

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР,  
 регистрационное свидетельство №002564, почтовый индекс 77346.

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины.

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012 г. [www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозобаевна**, д.м.н., профессор

Зам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор, e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: [drmatatov@mail.ru](mailto:drmatatov@mail.ru)

#### Редакционная коллегия:

**Адамбеков Д.А.** – д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии

**Атамбаева Р.М.** – д.м.н., профессор, зав. каф. гигиенических дисциплин

**Бримкулов Н.Н.** — д.м.н., профессор, зав. каф. семейной медицины

**Зурдинов А.З.** – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР

**Джумабеков С.А.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

**Кудаяров Д.К.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

**Мамакеев М.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор

**Мамытов М.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последилового образования

**Мурзалиев А.М.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор

**Оморов Р.А.** - д.м.н., профессор, чл.-корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии

**Раимжанов А.Р.** - академик НАН КР, д.м.н., профессор

#### Редакционный Совет:

**Алымбаев Э.Ш.** – д.м.н., проф., проректор по учебной работе

**Алымкулов Р.Д.** – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии

**Арнольдас Юргутис** - профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

**Батыралиев Т.А.** – д.м.н., проф., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

**Бейшенбиева Г.Д.** - д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского дела

**Даваасурэн Одонтуяа С.** - д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский государственный университет медицинских наук (Монголия)

**Джумабеков А.Т.** – д.м.н., проф., зав. каф. хирургии и эндоскопии КазМУНО (Казахстан)

**Джумалиева Г.А.** – д.м.н., проректор по международным связям и стратегическому развитию

**Кадырова Р.М.** — д.м.н., проф. каф. детских инфекционных болезней

**Калиев Р.Р.** – д.м.н., проф. каф. факультетской терапии

**Карашева Н.Т.** - к.п.н., зав. каф. физики, математики, информатики и компьютерных технологий

**Катаев В.А.** - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

**Кононец И.Е.** - д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии им. С.Д. Даниярова биологии, генетики и паразитологии

**Кутгубаев О.Т.** - д.м.н., проф., зав. каф. медицинской

**Кутгубаева К.Б.** - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии

**Луи Луган** - проф., Университет Женевы (Швейцария)

**Мингазова Э.Н.** - д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (РФ, Татарстан)

**Миррахимов Э.М.** - д.м.н., проф., зав. каф. факультетской терапии

**Молдобаева М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии

**Мусаев А.И.** - д.м.н., проф., зав. каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии

**Мусуралиев М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1

**Сатылганов И.Ж.** - д.м.н., проф., зав. каф. патологической анатомии

**Тилекеева У.М.** - д.м.н., проф. каф. базисной и клинической фармакологии

**Усупбаев А.Ч.** - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и после дипломного обучения

**Чолпонбаев К.С.** - д.фарм.н., проф., зав. каф. управления и экономики фармации, технологии лекарственных средств

**Чонбашева Ч.К.** - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

**Шекера О.Г.** - д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной медакадемии последилового образования П.Л. Шурика (Украина)

**Брысов К.Б.** – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

#### Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: +996 (312) 54-94-60, 54-46-10.

E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Тираж 200 экз.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы. Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

Журнал КР Юстиция министрлигинде каттоодон өткөн,  
катоо күбөлүгү №002564, почталык индекс 77346.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.

2012-жылдан бери Россиялык илимий питата беруу индекси менен индекстелет: [www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессор

Башкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)

Окумуштуу катчы - **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, м.и.к., e-mail: [drmatamov@mail.ru](mailto:drmatamov@mail.ru)

#### Редакциялык жамаат:

**Адамбеков Д.А.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы

**Атамбаева Р.М.** - м.и.д., профессор, гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

**Бримкулов Н.Н.** - м.и.д., профессор, үй-бүлөлүк медицина кафедрасынын башчысы

**Зурдинов А.З.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти,

**Джумабеков С.А.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор

**Кудаяров Д.К.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, госпиталдык педиатрия неонатология курсу менен кафедрасынын башчысы

**Мамакеев М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

**Мамытов М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломог чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

**Мурзалиев А.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

**Оморов Р.А.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти, факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

**Раимжанов А.Р.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

#### Редакциялык Кеңеш:

**Алымбаев Э.Ш.** - м.и.д., профессор, окуу иштери боюнча проректору

**Альмикулов Р.Д.** - м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

**Арнольдас Юргутис** - м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)

**Батыралиев Т.А.** - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

**Бейшенбиева Г.Дж.** - м.и.д., профессор м.а., «Мээрмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

**Даваасурэн О.С.** - м.и.д., профессор, Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, Медицина илиминин Монгол улуттук медициналык университети (Монголия)

**Джумабеков А.Т.** - м.и.д., профессор, КазҮОМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казакстан)

**Джумалиева Г.А.** - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

**Кадырова Р.М.** - м.и.д., профессор, балдардын жугуштуу оорулары кафедрасынын башчысы

**Калиев Р.Р.** - м.и.д., факультеттик терапия кафедрасынын профессор

**Карашева Н.Т.** - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы

**Катаев В.А.** - фарм. и.д., профессор, РСММ караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия, Башкортостан)

**Кононец И.Е.** - м.и.д., профессор, фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы

**Куттубаев О.Т.** - м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын

башчысы

**Куттубаева К.Б.** - м.и.д., профессор, терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы

**Луи Лутан** - профессор, Женева университета (Швейцария)

**Мингазова Э.Н.** - м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

**Миррахимов Э.М.** - м.и.д., профессор, факультеттик терапия кафедрасынын башчысы

**Молдобаева М.С.** - м.и.д., профессор, ички ооруя пропедевтикасы эндокринология курсу менен кафедрасынын башчысы

**Мусаев А.И.** - м.и.д., профессор, комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасынын башчысы

**Мусуралиев М.С.** - м.и.д., профессор, №1 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

**Сатылганов И.Ж.** - м.и.д., профессор, паталогиялык анатомия кафедрасынын башчысы

**Тилекеева У.М.** - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессор

**Усупбаев А.Ч.** - м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломог чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

**Чолпонбаев К.С.** - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармациянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

**Чонбашева Ч.К.** - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессор

**Шекера О.Г.** - м.и.д., профессор, П.Л. Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)

**Ырысов К.Б.** - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

#### Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:  
Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.  
Телефону: +996 (312) 54 94 60, 54-46-10.  
E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет. Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну жооптуу эмес.

The journal is registered at the Ministry of justice KR,  
 registered certificate - №002564, post index 77346.

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of  
 doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

[www.kgma.kg](http://www.kgma.kg)

Editor in chief - **Kudaibergenova Indira Orozobaevna**, dr.med.sci., professor  
 Deputy Editor in Chief – **Sopuev Andrei Asankulovich**, dr.med.sci., professor, e-mail: [sopuev@gmail.com](mailto:sopuev@gmail.com)  
 Learned Secretary – **Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich**, cand.med.sci. e-mail: [drmatov@mail.ru](mailto:drmatov@mail.ru)

#### Editorial Board:

<p><b>Adambekov D.A.</b> - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of microbiology, virusology and immunology department</p> <p><b>Atambaeva R.M.</b> - dr.med.sci., prof., the head of hygienic disciplines department</p> <p><b>Brimkulov N.N.</b> - dr.med.sci., prof., the head of family medicine department</p> <p><b>Djumabekov S.A.</b> - academician of NAS. KR, dr.med. sci., prof. of the department of traumatology, orthopedy and ES</p> <p><b>Kudayarov D.K.</b> - academician NAS KR, dr. med. sci., prof., the head of hospital pediatry dep/ with neonatology course</p>	<p><b>Mamakeev M.M.</b> - academician NAS KR, dr. med.sci., prof. the head of neurosurgery department</p> <p><b>Mamytov M.M.</b> - academician NAS KR, dr. med. sci. prof., the head of neurosurgery department</p> <p><b>Murzaliev A. M.</b> - academician NAS KR., dr. med. sci., prof.</p> <p><b>Omorov R.A.</b> - dr.med.sci., prof., corresponding member NAS KR, the head of faculty surgery</p> <p><b>Raimzhanov A.R.</b> - academician of NAS KR, dr.med.sci., professor</p> <p><b>Zuridinov A.Z.</b> - med.sci., prof., corresponding member NAS KR</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Editorial Council:

<p><b>Alymbaev E.Sh.</b> - dr.med. sci., prof., Vice Rector for Academic Affairs</p> <p><b>Alymkulov R.D.</b> - dr.med. sci., prof., the head of clinical rehabilitation and physiotherapy</p> <p><b>Arnoldas Jurgutis</b> - dr.med.sci., prof., the head of public health department of Klaipeda University (Lithuania)</p> <p><b>Beishembieva G.D.</b> - dr.med. sci., deputy prof., the head of nursing department</p> <p><b>Cholponbaev C.S.</b> - dr.med. sci., prof., the head of <b>Management and Economics of Pharmacy, medications technology department</b></p> <p><b>Chonbasheva Ch.K.</b> - dr.med.sci., prof. of hospital therapy, occupational pathology department with hematology course</p> <p><b>Davaasuren O.S.</b> - dr.med.sci., prof., the Department of General Practice of the Mongolian State University, President of the Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)</p> <p><b>Djumabekov A.T.</b> - dr.med.sci., prof, the head of surgery and endoscopy of KMUNT (Kazakstan)</p> <p><b>Djumalieva G.A.</b> - dr.med.sci., vice -rector in international relations and strategical development</p> <p><b>Louis Loutan</b> - prof., University of Geneva (Swiss)</p> <p><b>Kadyrova R.M.</b> - dr.med.sci., prof., the head of children infectious diseases</p> <p><b>Kaliev R.R.</b> - dr.med.sci., prof. of faculty therapy department</p> <p><b>Karasheva N.T.</b> - cand.ped.sci., the head of the department of physics, mathematics, informatics and computer technologies</p> <p><b>Kataev V.A.</b> - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir State Medical</p>	<p>University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)</p> <p><b>Kononets I.E.</b> - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and clinical physiology department</p> <p><b>Kuttubaev O.T.</b> - dr.med.sci., prof., the head of department of medical biology, genetics and parasitology</p> <p><b>Kuttubaeva K.B.</b> - dr.med.sci., prof., the head of therapeutic stomatology department</p> <p><b>Mingazova E.N.</b> - dr.med.sci., prof., Kazan State Medical University (Russia, Tatarstan)</p> <p><b>Mirrahimov E.M.</b> - dr.med.sci., prof., the head of faculty therapy department</p> <p><b>Moldobaeva M.S.</b> - dr.med.sci, the head of internal diseases propedeutics department with endocrinology course</p> <p><b>Musaev A.I.</b> - dr.med.sci., prof., the head of department of surgery of general practice with a course of combustiology</p> <p><b>Musuraliev M.S.</b> - dr.med.sci., prof., the head of obstetrics and gynecology №1</p> <p><b>Satylganov I.Z.</b> - dr.med.sci., prof., the head of pathological anatomy</p> <p><b>Shekera O.G.</b> - dr.med.sci., prof., the head of family Medicine National medical academy of post diploma education Institute named after P.L. Shupik (Ukraine)</p> <p><b>Tilekeeva U.M.</b> - dr.med.sci., prof. of fundamental and clinical pharmacology department</p> <p><b>Usupbaeva Ch.</b> - dr.med.sci., prof., the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training</p> <p><b>Yrysov K.B.</b> - dr.med.sci., prof. of neurosurgery department</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:  
 Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.  
 Phone: +996 (312) 54 94 60, 54-46-10.  
 E-mail: [j\\_kgma@mail.ru](mailto:j_kgma@mail.ru). Circulation 200 copies.  
 The authors are responsible for the content and authenticity of materials.  
 The Editorial board is not responsible for the content of

## СОДЕРЖАНИЕ

---

### ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ

Азимханова Б.Б., Устенова Г.О., Шарипов К.О., Абилжан Г.Б., Байбулова М.С.  
ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ  
ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ КЛОПОВНИКА ШИРОКОЛИСТНОГО  
(*LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*) 10

Темирбаева К.Б., Устенова Г.О.  
ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТАБЛЕТОК, ПОКРЫТЫХ ОБОЛОЧКАМИ  
НА ОСНОВЕ ЖАНТАДИНА 16

Усманов У.Х., Зайнутдинов Х.С., Комилов Х.М.  
КОНТЕНТ-АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ  
ПРЕПАРАТОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ  
В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 23

### ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Раимкулов К.М., Тойгомбаева В.С., Куттубаев О.Т., Абдыжапаров Т.А.,  
Бабаджанов Н.Н.  
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗАМ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (на примере Нарынской и Ошской областей) 31

Садабаева А.Д., Курманалиева З.Б., Бейшенбиева Г.Дж.  
РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ  
ПО ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА,  
ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ НОВОСТРОЕК 37

Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Карамурзаева Г.А.,  
Даданова Г.С., Бочарникова А.А.  
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ КОРИ В КЫРГЫЗСТАНЕ 44

### ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Молдобаева М.С., Эсенгелдиева Н.М.  
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ВЫРАЖЕННОСТИ  
ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ  
САХАРНОГО ДИАБЕТА 50

Саркина А.К., Аширова А.М.  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА  
У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА 57

Толомбаева Н.Т., Сапарова Н.М., Элдиярова А.Э., Кайыпова А.А.  
УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ О ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ  
ГЕПАТИТЕ В И С НА ДОКЛИНИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ 63

### ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

Мамакеев М.М., Ниязов Б.С., Мамакеев К.М., Кудайбергенов Т.И.  
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ  
ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ  
С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (обзор литературы) 71

Джумабеков С.А., Байгараев Э.А., Кулуев Т.М., Жумабеков С.Б.  
КОМБИНИРОВАННОЕ УДЛИНЕНИЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ 81

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Жумабаев С.А., Калиев Т.Б., Урманбетов К.С., Асаналиев М.И., Турсунбекова Г.Т.</b> НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С СОХРАНЕНИЕМ И БЕЗ СОХРАНЕНИЯ ЗАДНЕЙ СТОРОНЫ	87
<b>Маликов Н.Ж., Шамшиев А.Т.</b> ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТОВ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЧЕРЕПА	96
<b>Мамражапова Г.Т.</b> СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТНЫХ ГЕМАТОМ	103
<b>Молдоташова А.К., Акимов М.М., Исмайылова А.Б., Накыспек А.К., Маматалиева Б.М.</b> АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ТРАХЕОСТОМИИ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ	110
<b>ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ</b>	
<b>Батырканова А.И., Нурмаматова Б.Н., Чыныева Д.К., Мамажанова А.А.</b> КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ	116
<b>Кубанычбек к. Н., Тепеева Т.Х., Омурбекова М.М., Исакова З.З.</b> ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ	120
<b>ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ</b>	
<b>Болотбекова Ж.Б., Насыров Т.В., Нуритдинов Р.М., Ким А.А., Масаева Р.А.</b> ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ ОРТОПАНТОМОГРАММ	126
<b>Чолокова Г.С., Давлетова С.Б.</b> АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭСТЕТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ	131
<b>Ешиев А.М., Ешиева А.А.</b> ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ В ЕДИНОЙ СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ ЧЕЛЮСТНОЙ-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ	136
<b>ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ</b>	
<b>Мукашев М.Ш., Колопов А.С.</b> ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОЛОНИИ)	141

### ФАРМАЦИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Азимханова Б.Б., Устенова Г.О., Шарипов К.О., Абилжан Г.Б., Байбулова М.С.  
ЧОҢ ЖАЛБЫРАКТУУ КЛОПОВНИКТИН (*LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*) ДАРЫЛУУ ЧИЙКИ  
ЗАТЫНЫН ЖЕРДИН ҮСТҮНКҮ БОЛУГУНУН МОРФОЛОГИЯЛЫК-АНАТОМИЯЛЫК  
ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮН ИЗИЛДӨӨ 10

Темирбаева К.Б., Устенова Г.О.  
ЖАНТАДИНДИН НЕГИЗИНДЕГИ КАБЫК МЕНЕН КАПТАЛГАН ТАБЛЕТКАЛАРДЫН  
КӨӨПСҮЗДҮГҮН ИЗИЛДӨӨ 16

Усманов У.Х., Зайнутдинов Х.С., Комилов Х.М.  
ӨЗБЕКСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА КАТТАЛГАН, АТА-МЕКЕНДИК ОНДУРУШТУН  
ЖАРАГА КАРШЫ ДАРЫ КАРАЖАТТАРЫНЫН НОМЕНКЛАТУРАСЫНЫН  
КОНТЕНТ-ТАЛДООСУ 23

### ГИГИЕНА ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Раимкулов К.М., Тойгомбаева В.С., Куттубаев О.Т., Абдыжапаров Т.А., Бабаджанов Н.Н.  
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭХИНОКОККОЗДОРДУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК  
АБАЛЫ (Нарын жана Ош облустарынын мисалында) 31

Садабаева А.Д., Курманалиева З.Б., Бейшенбиева Г.Дж.  
ЖАНЫ КУРУЛУШТА ЖАШАГАН МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДАН  
ТАМАКТАНУУСУНУН БУЗУУЛАРЫНЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ ИШИНДЕ  
МЕДИЦИНАЛЫК АЙЫМ АДИСТЕРИНИН РОЛУ 37

Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Карамурзаева Г.А.,  
Даданова Г.С., Бочарникова А.А.  
КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КЫЗАМЫКТЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ 44

### ИЧКИ МЕДИЦИНА

Молдобаева М.С., Эсенгелдиева Н.М.  
ДИАБЕТТИН УЗАКТЫГЫНА ЖАРАША ТИОКТ КЫЧКЫЛДЫГЫНЫН ДИАБЕТТИК  
ПОЛИНЕВРОПАТИЯНЫН БЕЛГИЛЕРИНЕ КАРАТА КОЛДОНУУ ТАЖЫРЫЙБАСЫ 50

Саркина А.К., Аширова А.М.  
АИВ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК ТОКСОПЛАЗМОЗДУН  
КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ 57

Толомбаева Н.Т., Сапарова Н.М., Элдиярова А.Э., Кайыпова А.А.  
В ЖАНА С ӨНӨКӨТ ВИРУСТУК ГЕПАТИТИ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК ОКУТУУГА  
ЧЕЙИНКИ СТУДЕНТ-МЕДИКТЕРДИН БИЛИМ ДЕНГЭЭЛИ 63

### ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Мамакеев М.М., Ниязов Б.С., Мамакеев К.М., Кудайбергенов Т.И.  
ДЕКОМПЕНСИЛЕРГЕН САРЫК МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ ВАРИКОЗДУК  
КЕНЕЙГЕН ВЕНАЛАРЫНАН КАН АГУУСУНУН ДИАГНОСТИКАЛЫК ЖАНА ДАРЫЛОО  
ЫКМАЛАРЫ (сереп адабиятты) 71

Джумабеков С.А., Байгараев Э.А., Кулуев Т.М., Жумабеков С.Б.  
УЗУН ТҮТҮКТҮҮ СӨӨКТӨРДҮ АЙКАЛЬШТЫРЫП УЗАРТУУ 81

<b>Жумабаев С.А., Калиев Т.Б., Урманбетов К.С., Асаналиев М.И., Турсунбекова Г.Т.</b> <b>АРТКЫ КАПКАКЧАНЫ САКТОО МЕНЕН ЖАНА МИТРАЛДЫК КАПКАКЧАНЫ</b> <b>САКТАБАЙ ПРОТЕЗДӨӨНҮН ТҮЗДӨН ТҮЗ ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ</b>	87
<b>Маликов Н.Ж., Шамшиев А.Т.</b> <b>БАШ СӨӨКТӨРҮНҮН КЕМЧИЛИКТЕРИНДЕ ЖЕКЕ ӨЗДҮК ТИТАН ИМПЛАНТАРЫН</b> <b>КОЛДОНУУ</b>	96
<b>Мамражапова Г.Т.</b> <b>БАШ МЭЭНИН ГЕМОМРАГИЯЛЫК КАН КУЮЛУУЛАРЫНДАГЫ ХИРУРГИЯЛЫК</b> <b>ЫКМАЛАРДЫН НАТЫЙЖАЛАРЫН ЖАНА КОНСЕРВАТИВДИК ДАРЫЛООНУ</b> <b>САЛЫШТЫРУУ</b>	103
<b>Молдоташова А.К., Акимов М.М., Исмайылова А.Б., Накыспек А.К., Маматалиева Б.М</b> <b>КАЙРА ЖАНДАНДЫРУУ БӨЛҮМҮНДӨГҮ БЕЙТАПТАРГА ТРАХЕОСТОМА ЖАСОО</b> <b>ТУУРАЛУУ АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕР. МАСЕЛЕНИН УЧУРДАГЫ АСПЕКТИЛЕРИ</b>	110
<b>АКУШЕРДИК ЖАНА ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>	
<b>Батырканова А.И., Нурматова Б.Н., Чыныева Д.К., Мамажанова А.А.</b> <b>БАЛДАРДА МОНОНУКЛЕОЗ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН</b> <b>КЛИНИКА-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ</b>	116
<b>Кубанычбек к. Н., Тепеева Т.Х., Омурбекова М.М., Исакова З.З.</b> <b>КОШ БОЙЛУУ ЖАНА ТӨРӨТ МЕЗГИЛИНДЕГИ ИРИ ТҮЙҮЛДҮКТҮ ЖАРЫККА</b> <b>АЛЫП КЕЛҮҮ УСУЛУН ТАНДОО</b>	120
<b>СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>	
<b>Болотбекова Ж.Б., Насыров Т.В., Нуритдинов Р.М., Ким А.А., Масаева Р.А.</b> <b>ДИСТОПИЯЛУУ ТИШТЕРДИ АНЫКТОО, ОРТОПАНТОМОГРАММАНЫН ЖАРДАМЫ</b> <b>МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ</b>	126
<b>Чолокова Г.С., Давлетова С.Б.</b> <b>ОРТОДОНТИКАЛЫК ДАРЫЛОО ҮЧҮН КАЙРЫЛГАН БЕЙТАПТАРДЫН</b> <b>ТИШ ЭСТЕТИКАЛЫК ИНДЕКСИН БААЛОО</b>	131
<b>Ешиев А.М., Ешиева А.А.</b> <b>БЕТ-ЖААК ЖАРАКАТЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ МЕДИЦИНАЛЫК</b> <b>БИРДИКТҮҮ СИСТЕМАСЫ АРКЫЛУУ КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ</b>	136
<b>ЭКСПЕРТТИК ИШМЕРДИГИ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>	
<b>Мукашев М.Ш., Колопов А.С.</b> <b>ПЕНИТЕНЦИАРДЫК МЕКЕМЕЛЕРДЕ АЯЛДАРДЫН КОНТИНГЕНТИНЕ</b> <b>МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН УЮШТУРУЛУШУНУН МАСЕЛЕЛЕРИ</b>	141

## CONTENTS

---

### PHARMACY PROBLEMS

- Azimkhanova B.B., Ustenova G.O., Sharipov K.O., Abizhan G.B., Baibulova M.S.**  
THE STUDY OF MORPHOLOGICAL AND ANATOMICAL FEATURES OF ABOVEGROUND PARTS OF MEDICINAL RAW MATERIALS OF *LEPIDIUM LATIFOLIUM* L. 10
- Temirbayeva K.B., Ustenova G.O.**  
STUDYING OF THE SAFETY OF TABLETS COVERED WITH SHEETS ON THE BASIS OF ZHANTADIN 16
- Usmanov U.H., Zaynutdinov Kh.S., Komilov H.M.**  
CONTENT ANALYSIS OF THE NOMENCLATURE OF ANTI-ULCER MEDICINAL PREPARATIONS OF THE DOMESTIC PRODUCTION REGISTERED IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN 23

### QUESTIONS OF HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

- Raimkulov K.M., Toygombaeva V.S., Kuttubaev O.T., Abdyjaparov T.A., Babadzhanov N.N.**  
EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF ECHINOCOCCOSIS IN THE KYRGYZ REPUBLIC (on the example of Naryn and Osh region) 31
- Sadabaeva A.D., Kurmanalieva Z.B., Beishenbieva G.D.**  
THE ROLE OF NURSING SPECIALISTS AT OPTIMIZATION WORK IN REVEALING EATING DISORDER AMONG PRE-SCHOOL AGED CHILDREN, WHO ARE RESIDENTS OF NEW BUILDING DISTRICT 37
- Chechetova S.V., Kadyrova R.M., Djolbunova Z.K., Karamurzaeva G.A., Dadanova G.S., Bocharnikova A.A.**  
ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF MEASLES IN KYRGYZSTAN 44

### INTERNAL MEDICINE

- Moldobaeva M.S., Esengeldieva N.M.**  
EXPERIENCE OF USING THIOCTIC ACID ON THE SEVERITY OF DIABETIC POLYNEUROPATHY, DEPENDING ON THE DURATION OF DIABETES 50
- Sarkina A.K., Ashirova A.M.**  
CLINICAL CASE OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS IN HIV-INFECTED PATIENT 57
- Tolombaeva N.T., Saparova N.M., Eldiyarova E.A., Kaiypova A.A.**  
LEVEL OF KNOWLEDGE OF MEDICAL STUDENTS ABOUT CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C IN PRE-CLINICAL TRAINING 63

### QUESTIONS OF SURGERY

- Mamakeev M.M., Niyazov B.S., Mamakeev K.M., Kudaybergenov T.I.**  
DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS FOR BLEEDING FROM VARICOSE-EXTENDED VEINS OF ESOPHAGUS IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED LIVER CIRRHOSIS 71
- Dzhumabekov S.A., Baygaraev E.A., Kuluev T.M., Zhumabekov S.B.**  
COMBINED LENGTHENING OF LONG TUBULAR BONES 81
- Zhumabaev S.A., Kaliev T.B., Urmanbetov K.S., Asanaliev M.I., Tursunbekova G.T.**  
THE IMMEDIATE RESULTS OF THE MITRAL VALVE REPLACEMENT WITH PRESERVATION AND WITHOUT PRESERVATION OF THE POSTERIOR CUSP 87



## CONTENTS

---

<b>Malikov N.J., Shamshiev A.T.</b> THE USE OF INDIVIDUAL TITANIUM IMPLANTS FOR DEFECTS OF THE SKULL	96
<b>Mamrazhapova G.T.</b> COMPARISON OF SURGICAL METHODS RESULTS AND CONSERVATIVE MANAGEMENT FOR HEMORRHAGIC STROKE HEMATOMAS	103
<b>Moldotashova A.K., Akimov M.M., Ismayilova A.B., Nakyspek A.K., Mamatalieva B.M.</b> ACTUAL TRAHEOSTOMY ISSUES IN PATIENTS IN THE INTENSIVE CARE UNIT. MODERN ASPECTS OF THE PROBLEM	110
<b>PROBLEMS OF OBSTETRICS AND PEDIATRICS</b>	
<b>Batyrkanova A.I., Nurmamatova B.N., Chynyeva D.K., Mamazhanova A.A.</b> CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN	116
<b>Kubanychbek k. N., Teppeeveva T.H., Omurbekova M.M., Isakova Z.Z.</b> CHOICE OF METHOD OF DELIVERY DURING PREGNANCY AND IN CHILDBIRTH WITH A BIG FETUS	120
<b>QUESTIONS OF DENTISTRY</b>	
<b>Bolotbekova J.B., Nasyrov T.V., Nuritdinov R.M., Kim A.A., Masaeva R.A.</b> IDENTIFICATION OF DYSTOPIC TEETH IN THE STUDY OF ORTHOPANTOMOGRAMS	126
<b>Cholokova G.S., Davletova D.S.</b> ANALYSIS OF DENTAL AESTHETIC INDEX IN PATIENTS, SEEKING ORTHODONTIC TREATMENT	131
<b>Eshiev A.M., Eshieva A.A.</b> CAUSAL AND EFFECT RELATIONS IN THE UNIFIED SYSTEM OF MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL AREA TRAUMAS	136
<b>QUESTIONS OF FORENSIC ACTIVITIES</b>	
<b>Mukashev M.SH., Kolopov A.S.</b> PROBLEMS OF MEDICAL CARE IN PENITENTIARY INSTITUTIONS (ON THE EXAMPLE OF THE FEMALE PENAL COLONY)	141

**ИЗУЧЕНИЕ МОРФОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ  
НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ЛЕКАРСТВЕННОГО СЫРЬЯ КЛОПОВНИКА  
ШИРОКОЛИСТНОГО (*LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*)**

**Б.Б. Азимханова, Г.О. Устенова, К.О. Шарипов, Г.Б. Абилжан, М.С. Байбулова**  
АО «Национальный Медицинский Университет»  
(ректор – д.м.н., проф. Нургожин Т.С.)  
г. Алматы, Республика Казахстан

**Резюме.** Проведено морфолого-анатомическое изучение надземной части *Lepidium latifolium L.*, собранного на территории Энбекшинского района Алматинской области Республики Казахстан. Анатомическое исследование растения проводилось согласно методическому указанию Барыкиной Р.П. Для приготовления препаратов использовали высушенное сырье. Фиксацию проводили по методике Страсбург-Флемминга (спирт, глицерин, вода, в соотношении 1:1:1). Определены морфологические и анатомические признаки стебля и листьев *Lepidium latifolium L.*, что позволяет провести идентификацию данного вида.

**Ключевые слова:** лекарственное растение, *Lepidium latifolium L.*, анатомическое строение, микроскопический анализ, макроскопический анализ.

**THE STUDY OF MORPHOLOGICAL AND ANATOMICAL FEATURES  
OF ABOVEGROUND PARTS OF MEDICINAL RAW MATERIALS  
OF *LEPIDIUM LATIFOLIUM L.***

**B.B. Azimkhanova, G.O. Ustenova, K.O. Sharipov, G.B. Abizhan, M.S. Baibulova**  
JSC "National Medical University" (rector- prof. Nurgozhin T. S.)  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Summary.** Morphological and anatomical study of the aboveground part of *Lepidium latifolium L.* which collected on the territory of Enbekshinsky district of Almaty region Republic of Kazakhstan was carried out. Anatomical study of the plant was carried-out according to the methodical manual Barykina R. P. For preparation of section were used dried raw materials. Fixation was carried out by the method of Strasbourg-Fleming (ethanol, glycerol, water, in a ratio of 1:1:1). Morphological and anatomical peculiarities of the stem and leaves of *Lepidium latifolium L.* were determined for identify this species.

**Key words:** medical plant, *Lepidium latifolium L.*, anatomical structure, microscopic analysis, macroscopic analysis.

**Введение.** Одним из приоритетов Республики Казахстан в области здравоохранения является разработка новых лекарственных средств растительного происхождения (фитопрепаратов), т.к. территория Казахстана обладает большим

запасом лекарственных растений [1]. Одним из таких перспективных растений является клоповник широколистный (*Lepidium latifolium L.*), который используется в народной медицине в качестве мочегонного, антибактериального, про-

тивовоспалительного, слабительного средства [2,3].

Клоповник широколистный относится к семейству крестоцветных (*Brassicaceae*). Терапевтическое действие растительного сырья обусловлено содержанием в нем различных биологически активных веществ. Надземная часть клоповника содержит сапонины, флавоноиды, алкалоиды, тиогликозиды, дубильные вещества, органические кислоты, жирное и горчичное масло, витамины. В семенах обнаружено эфирное масло, в состав которого входят изотиоцианаты [4,5].

**Цель исследования:** диагностика морфологических и анатомических признаков листьев, стебля *Lepidium latifolium* L.

**Материалы и методы** Объектом изучения морфолого-анатомического строения явилась надземная часть клоповника широколистного, собранного на территории Энбекшинского района Алматинской области. Сбор растительного сырья осуществлялся в фазу цветения.

Анатомическое исследование растения проводилось согласно методическому указанию Барыкиной Р.П. [6]. Для

приготовления препаратов использовали высушенное сырье.

Фиксацию проводили по методике Страсбурге-Флемминга (спирт, глицерин, вода, в соотношении 1:1:1) [7]. Анатомические препараты изготовлены с помощью микротомы с замораживающим устройством ТОС-2. Срезы заключали в глицерин, затем объект накрывали покровным стеклом и микроскопировали (увеличение  $\times 180$ ).

Микрофотографии сделаны на микроскопе МС-300 (комплектация TS) с видеокамерой САРМ 400, Vienna, Austria.

### Результаты и их обсуждение

Для идентификации лекарственного растительного сырья используются различные методы исследования, в частности макроскопические, микроскопические, фито-химические и др. Так, макроскопический анализ проводят с целью установления размера, цвета, запаха, вкуса лекарственного растительного сырья. С помощью микроскопического анализа изучается анатомическое строение растения, устанавливаются характерные диагностические анатомические признаки (рис. 1).



Рис. 1. Внешний вид надземной части *Lepidium latifolium* L.

*Макроскопия стебля.* Стебель прямой, в верхней части ветвистый, высотой 30-100 см. Голый, коротко-пушистый (рис. 2.)



Рис. 2. Морфологические особенности *Lepidium latifolium* L.  
(вегетативная часть – стебель).

*Макроскопия листа.* Листья продолговатые, суженные в черешок, эллиптические или яйцевидно-ланцетовидные, длина пластинки 3-11 см, ширина пластинки составляет 1-4 см, с верхней стороны зеленые, с нижней - сероватые. Прикорневые длинночерешковые, верхние на верхушке с белой каймой (рис. 3).



Рис. 3. Морфологические особенности *Lepidium latifolium* L.  
(вегетативная часть – листья).

*Макроскопия цветков.* Кисти собраны в пирамидальную или щитковидную метелку, чашелистики почти округлые, белые, 2-3 мм длиной, 1,25-1,5 мм шириной (рис. 4).



Рис. 4. Морфологические особенности *Lepidium latifolium* L.  
(вегетативная часть – цветоносы).

*Микроскопия листовой пластинки.* Для изучения анатомического строения листа готовили временные микропрепараты.

При изучении среза листовой пластинки было установлено, что лист *Lepidium latifolium* L. имеет дорсовентральное строение (рис. 5). При рассмотрении среза листа, с верхней и нижней стороны видны клетки эпидермиса, которые отличаются достаточно сильной извилистостью структуры. Клетки верхнего эпидермиса размером  $3,89 \pm 1,2$  мкм в два раза меньше клеток нижнего эпидермиса, размер которого равен  $5,91 \pm 0,18$  мкм. Форма клеток верхнего эпидермиса округлые или овальные со слабо или сильно извилистыми стенками. Покровная ткань эпидерма не имеет трихом.

Между верхней и нижней эпидермой расположены узкие цилиндрические клетки, вытянутые перпендикулярно поверхности листа. Это живые

тонкостенные клетки с многочисленными хлоропластами. Таковую ткань называют столбчатым мезофиллом. Толщина столбчатого мезофилла составляет  $9,61 \pm 1,9$  мкм. К верхней эпидерме примыкает столбчатый мезофилл, который состоит из 2-3 рядов клеток.

Губчатая ткань рыхлая, состоит из клеток разнообразной формы, вытянутых по ширине листа клеток и лежащих в плоскости, параллельной поверхности листа. Толщина губчатого мезофилла составляет  $11,8 \pm 2,2$  мкм.

Губчатый мезофилл состоит из 5-6 рядов клеток. На срезе хорошо различимы проводящие пучки разных размеров. Диаметр проводящих пучков равна  $66,8 \pm 5,2$  мкм. Проводящие пучки листа не имеют камбия, они коллатерально закрытые. Ксилема в пучках расположена к верхней стороне листа, а флоэма к нижней (рис. 5).

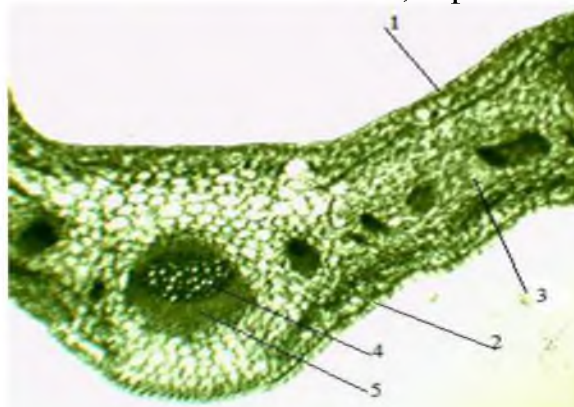


Рис. 5. Микроскопическое строение листовой пластинки *Lepidium latifolium* L.

1-верхний эпидермис, 2-нижний эпидермис, 3-губчатый мезофилл, 4- ксилема, 5- флоэма

*Микроскопия стебля.* На поперечном срезе стебля *Lepidium latifolium* L. видно, что снаружи покрыто первичной покровной тканью – эпидермой. На поверхности эпидермиса покрыт слоем кутикулы. Под эпидермой в несколько слоев располагаются клетки первичной коры. Толщина первичной коры -  $32,06 \pm 1,3$  мкм. Под эпидермисом расположены несколько слоев клеток неправильной формы, которые к центру стебля приобретают более округлую форму - тонкостенная парен-

хима. Центральный цилиндр стебля содержит открытые проводящие пучки, расположенные по кругу. В растении четко отслеживается однорядный слой эндодермы. Проводящие пучки встречаются в числе 16-17. Диаметр проводящего пучка составляет  $96,54 \pm 5,6$  мкм. Между ними находятся паренхимные клетки сердцевинных лучей, окруженные склеренхимными клетками. Флоэма состоит из тонкостенных клеток. В одном большом проводящем пучке ксилемных

сосудов насчитывается от 5 до 14. Площадь ксилемных сосудов составляет  $11,5 \pm 4,2$  мкм. В центральной части обнаружены округлые, паренхимные

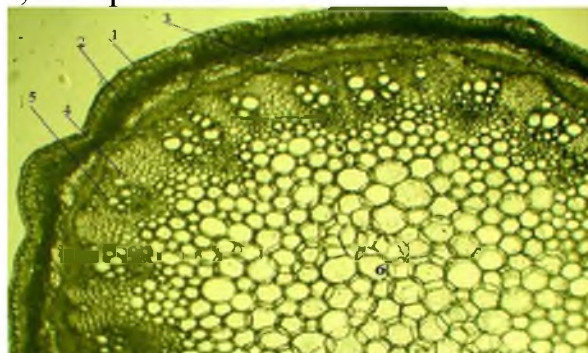


Рис. 6. Микроскопическое строение стебля *Lepidium latifolium* L.  
1-эпидермис, 2-кора, 3-склеренхима, 4-флоэма, 5- ксилема, 6-паренхимные сердцевины

**Заключение.** Были изучены морфолого-анатомические особенности надземной части *Lepidium latifolium* L., собранного на территории Энбекшинского района

Алматинской области Республики Казахстан. В ходе исследования было установлено, что листовая пластинка *Lepidium latifolium* L. имеет дорсовентральную структуру. При рассмотрении среза листа с верхней и нижней стороны видны клетки эпидермиса, которые отличаются достаточно сильной извилистостью структуры. Клетки верхнего эпидермиса по размеру в два раза меньше клеток нижнего эпидермиса, форма клеток верхнего эпидермиса округлые или овальные со слабо или сильно извилистыми стенками. К верхней эпидерме примыкает столбчатый мезофилл. Столбчатый мезофилл состоит из 2-3 рядов клеток. Губчатая ткань рыхлая, состоит из клеток разнообразной формы, вытянутых по ширине листа клеток и лежащих в плоскости, параллельной поверхности листа.

Губчатый мезофилл состоит из 5-6 рядов клеток. На срезе хорошо различимы проводящие пучки разных размеров.

Стебель *Lepidium latifolium* L. снаружи покрыт первичной покровной тканью - эпидермой. С поверхности эпидермис по-

крыт слоем кутикулы. Под эпидермисом расположены несколько слоев клеток неправильной формы, которые к центру стебля приобретают более округлую форму. В центральном цилиндре по кругу расположены коллатеральные открытые проводящие пучки. Проводящие пучки встречаются в числе 16-17. Между ними находятся паренхимные клетки сердцевидных лучей, окруженные склеренхимными клетками. Флоэма состоит из тонкостенных клеток. В одном большом проводящем пучке ксилемных сосудов насчитывается от 5 до 14.

клетки сердцевины. Диаметр сердцевинной паренхимы -  $24,7 \pm 5,5$  мкм (рис. 6).

крыт слоем кутикулы. Под эпидермисом расположены несколько слоев клеток неправильной формы, которые к центру стебля приобретают более округлую форму. В центральном цилиндре по кругу расположены коллатеральные открытые проводящие пучки. Проводящие пучки встречаются в числе 16-17. Между ними находятся паренхимные клетки сердцевидных лучей, окруженные склеренхимными клетками. Флоэма состоит из тонкостенных клеток. В одном большом проводящем пучке ксилемных сосудов насчитывается от 5 до 14.

Таким образом, изучение морфолого-анатомических особенностей растения необходимо для идентификации вида растительного сырья *Lepidium latifolium* L., результаты будут использованы для его стандартизации.

### Литература

1. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана: Справочное издание / [Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева, Н.В. Нелина и др.]. - Алматы, 2014. - Том 20 (1). - 200 с.
2. Isolation, purification and identification of antioxidants from *Lepidium latifolium* extracts / [Y. Xiang, W. Haixia, M. Li

juan et al.] // *Medicinal Chemistry Research*. -2018. -№1, Vol. 27. – P. 37-45.

3. Fursa, N.S. *Flavonol glycosides of Lepidium latifolium and Lepidium draba* / N.S. Fursa, V.I. Litvineko, P.E. Krivenchuk // *Rastitel'nye Resursy*. -2012. -№6. – P. 567-571.

4. Roughani, A. *Lepidium species as anti-diabetic herbal medicines* / Afra Roughani, Seied Mehdi Miri // *The first National Congress and international Fair of Medicinal Plants and strategies for Persian medicine that affect diabetes*. – MPSID, 2018.

5. *Evaluation of nutritional and antioxidant status of Lepidium latifolium Lin.: A*

*novel phytofood from Ladakh* / [T. Kaur, K. Hussain, S. Koul et al.] // *PLOS ONE*. - 2013.-№8, Vol. 8. - P. 5.

6. *Справочник по ботанической микротехнике* / [Р.П. Барыкина и др.] - М.: Издательство МГУ, 2004. - 312 с.

7. Долгова, А.А. *Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии* / А.А. Долгова, Е.Я. Ладыгина. – М.: Медицина, 2003. – 426 с.

**ИЗУЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ ТАБЛЕТОК, ПОКРЫТЫХ ОБОЛОЧКАМИ  
НА ОСНОВЕ ЖАНТАДИНА**

**К.Б. Темирбаева, Г.О. Устенова**  
АО «Национальный медицинский университет»  
г. Алматы, Республика Казахстан

*E-mail karlygash.t.91@mail.ru*

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования острой и подострой токсичности таблеток, покрытых оболочками на основе экстракта верблюжьей колючки на беспородных белых мышах. Показано, что данное лекарственное средство не имеет токсического действия при однократном (острая токсичность) и многократном (подострая токсичность, 30 дней) пероральном введении.

**Ключевые слова:** токсичность, растительный экстракт, жантадин, таблетка.

**STUDYING OF THE SAFETY OF TABLETS COVERED WITH SHEETS  
ON THE BASIS OF ZHANTADIN**

**K.B. Temirbayeva, G.O. Ustenova**  
JSC "National Medical University",  
Almaty, Republic of Kazakhstan

**Summary.** The article presents the results of a study of acute and subacute toxicity of coated tablets on the basis of Alhagi spike extract on outbred white mice. It is shown that this drug does not have a toxic effect after a single (acute toxicity) and multiple (subacute toxicity, 30 days) oral administration.

**Keywords:** toxicity, plant extract, jantadine, tablet.

**Введение.** Природа Казахстана очень богата дикорастущей флорой и на территории Республики насчитывается свыше 6000 видов растений, из них 520 — эндемики. Использование растений в качестве лекарств уходит своими корнями в глубокую древность, растительные препараты до сих пор играют огромную роль в выборе средств современной медицины [1]. В настоящее время растительные лекарственные средства занимают значительное место в профилактике и терапии различных заболеваний, способствуя укреплению и сохранению здоровья населения.

Поиск и создание лекарственных субстанций с высокой фармакологической активностью является первоочередной задачей фармацевтической отрасли. В этом плане большой интерес представляет лекарственное растительное сырье как источник ценных биологически активных веществ обладающих комплексным терапевтическим действием на организм [2]. В связи с чем, можно утверждать, что разработка и создание фитопрепаратов из отечественного лекарственного сырья является перспективным направлением фармацевтической промышленности Республики Казахстан и одной из основных задач, обозначенных в Про-



грамме развития фармацевтической отрасли Казахстана является создание условий для импортозамещения фармацевтической и медицинской продукции на базе современных технологий в соответствии международным стандартам GMP. В рамках реализации данной Программы нами была разработана таблетки на основе экстракта верблюжьей колючки (далее жантадин) и их технология получения [3,4].

Полномасштабные исследования включают обязательное изучение ее безопасности.

**Цель.** Исходя из актуальности темы, целью работы является изучение острой и подострой токсичности таблеток, покрытых оболочками на основе жантадина (экстракт верблюжьей колючки).

**Материалы и методы.** Изучение острой и подострой токсичности исследуемых таблеток на основе жантадина были проведены на базе НИИ фундаментальной и прикладной медицины им. Б. Атчабарова и проводилось согласно методическим рекомендациям, утвержденным фармакологическим комитетом Республики Казахстан [5].

В опытах в качестве экспериментальных животных использовались беспородные белые мыши (масса 18-25 г.), одного пола и возраста, в количестве – 36 особей. Животные были разделены на 6 групп по 6 особей, при этом 4 опытных группы и 2 контрольные: Контрольные группы животных, в отличие от подопытных, получали индифферентное вещество. Перед началом экспериментов животные прошли двухнедельный карантин и содержались на стандартном рационе вивария.

При определении острой токсичности исследуемые таблетки вводились однократно, перорально, с помощью металлического зонда, в виде суспензии в воде очищенной, приготовленной непосред-

ственно перед введением в трех концентрациях: 1:10; 1:15; 1:20. При изучении подострой токсичности вещества вводили вышеописанным способом ежедневно в течение тридцати дней.

В первый день эксперимента животные находились под непрерывным контролем. Далее, наблюдение за поведением и фиксирование изменений состояния животных проводили в конце рабочего дня, ежедневно.

В ходе эксперимента с помощью метода «вертикальной двигательной активности в ограниченном пространстве» и метода «открытой площадки», регулярно отмечалась интенсивность и характер двигательной активности, наличие заторможенности реакций, координация движений. Одновременно с двигательным компонентом ориентировочно-исследовательской реакции отмечалась и вегетативная деятельность (дефекация, мочеиспускание, почесывание, умывание и др.), для которой велся количественный учет.

Реакции на тактильные, болевые, звуковые и световые раздражители оценивались как выраженные/невыраженные. Реакции на звуковой раздражитель: реакция на внезапный звук (постукивание по клетке) в виде мигания, вздрагивания или другой двигательной активности. Реакции на световой раздражитель: реакция в ответ на освещение глаз карманным фонариком, возникает смыкание век, сокращение круговой мышцы глаз (зажмуривание). Реакции на тактильные, болевые раздражители: сжатие прикорневой части хвоста и раздражение острым стилетом.

В конце эксперимента после эвтаназии (методом передозировки эфира для наркоза) экспериментальных животных делали патоморфологическое заключение о проявлении токсичности таблеток путем оценки макро- и микроскопических исследований.

**Результаты:** В первые сутки при преоральном введении мышам таблеток, покрытых оболочками на основе жантадина в различных концентрациях (1:10, 1:15, 1:20) симптомы острого отравления отсутствовали. В последующем не было выявлено изменений общих показателей, все животные были активны, подвижны, с нормальной координацией движений, стандартной реакцией на внешние раздражители, нормальной консистенцией и количеством фекальных масс, частотой мочеиспускания и окраской мочи, не наблюдалось изменений в объемах потребляемой пищи и воды, а также любых других отклонений. Отличий от контрольных групп животных по вышеуказанным характеристикам установлено не было. К концу эксперимента не было зафиксировано ни одного летального случая во всех группах животных, в связи с чем, не

представилось возможным определение LD50.

При макроскопическом исследовании печени мышей, получавших перорально таблеток в разведениях 1:10, 1:15 и 1:20 выявлены ткани темно-вишневого цвета с заостренными краями. При разрезе каждой лопасти не оставляет следов на лезвии скальпеля. При микроскопическом исследовании паренхима печени всех групп животных (1:10, 1:15 и 1:20) выглядит компактной, дольковое строение печени сохранено.

Элементы печеночной триады, центральной вены и радиальная направленность печеночных балок не нарушены. При большем увеличении микроскопа отмечается очаговое расширение просвета Диссе, преимущественно в перипортальной зоне. Ядра округлые, отдельные клетки с двумя ядрами. Очаговая активация клеток Купфера (рис. 1-3).

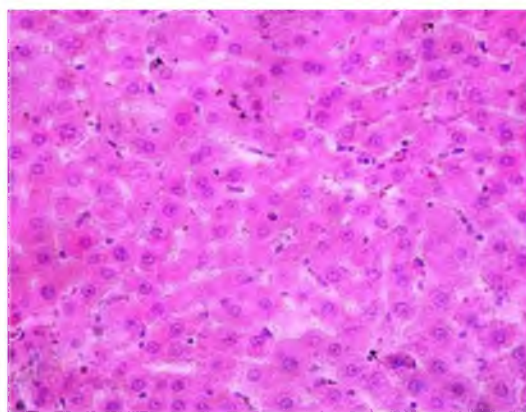


Рис. 1. Гистоструктура печени мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:10.

Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

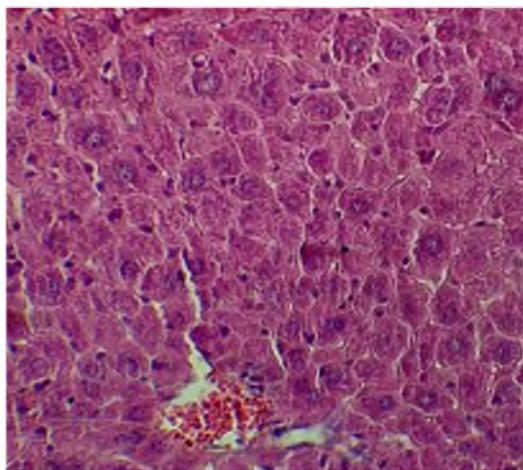


Рис. 2. Гистоструктура печени мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:15.  
Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

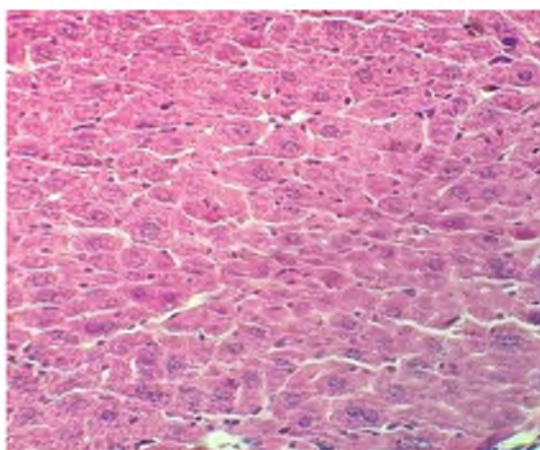


Рис. 3. Гистоструктура печени мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:20.  
Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

При макроскопическом исследовании почек всех групп мышей, получавших таблеток в разведениях 1:10, 1:15 и 1:20 выявлены ткани светло - коричневого цвета, капсула почки тяжело снималась. При разрезе граница между мозговым и корковым слоем четко дифференцировалась.

Корковое вещество представлено почечными тельцами, четко прослеживается мочевое пространство. Основную до-

лю коркового вещества составляют темноокрашенные проксимальные канальца с эпителиоцитами с несколько мутной цитоплазмой. У отдельных канальцев ядро вытолкнуто в просвет. Также отмечаются более светло окрашенные дистальные канальца с более широким просветом. В мозговое вещество преимущественно различаются толстые отделы нефрона и собирательные трубочки (рис. 4-6).

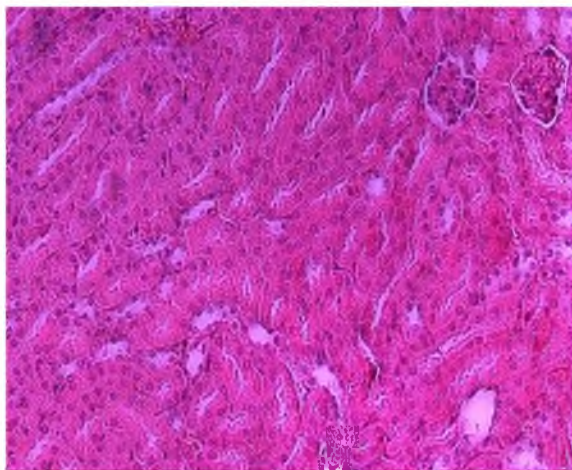


Рис. 4. Гистоструктура почек мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:10.  
Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

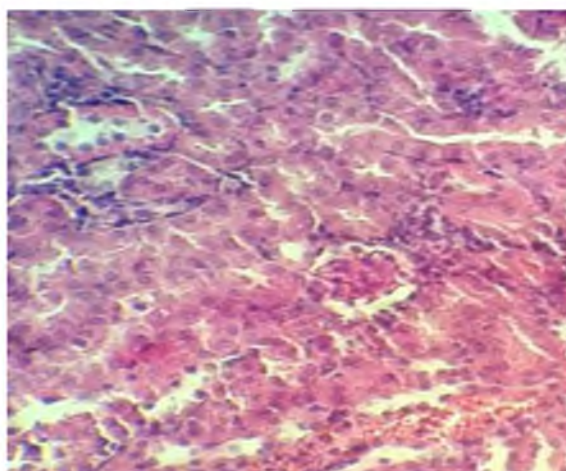


Рис. 5. Гистоструктура почек мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:15.  
Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

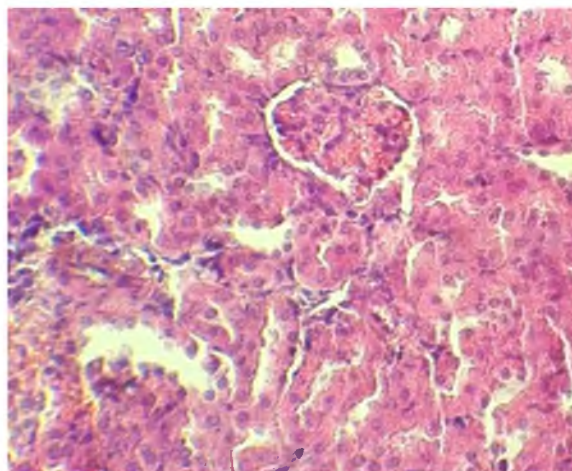


Рис. 6. Гистоструктура почек мышей, получавших таблеток, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:20.  
Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

На рисунках 7-9 представлены микрофотографии тонкого кишечника мышей, получавших таблеток, покрытых оболочками на основе жантадина в разведениях 1:10, 1:15 и 1:20.

При малом увеличении прослеживаются три оболочки: серозная (соединительно тканная), мышечная и слизистая. Собственно слизистая с характерными пальцевидными (листовидными) ворсинками. У каждой ворсинки прослеживается строма, представленная рыхлой волокнистой тканью. Однослойный призматический (столбчатый) каемчатый эпителий диффузно слушен. Среди

призматического эпителия прослеживаются крупные, со смещенным ядром на периферию бокаловидные экзокриноциты.

В криптах прослеживаются многочисленные либеркюновы железы, отдельные клетки которых имеют ядра, смещенные на базальную мембрану, и просвет заполненный секретом. Четко прослеживаются клетки Панета с крупными гранулами в апикальной части клетки. Бруннеровы железы, располагаемые в подслизистой основе, и их протоки типичны (рис. 7-9).

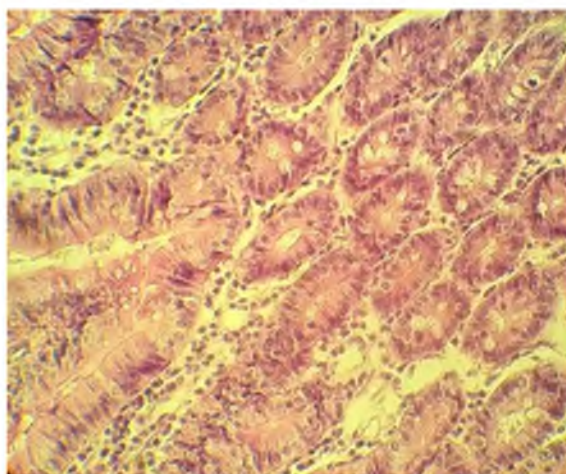


Рис. 7. Гистоструктура тонкого кишечника мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:10. Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

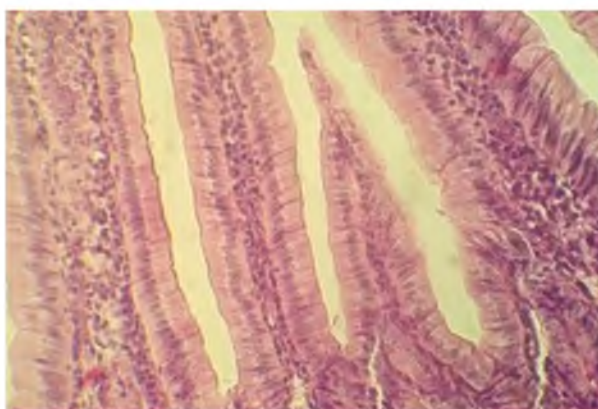


Рис. 8. Гистоструктура тонкого кишечника мышей, получавших таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина в разведении 1:20. Увеличение: x 200; окраска: гематоксилин-эозин

**Заключение.** При анализе результатов изучения острой и подострой токсичности исследуемых таблеток при пероральном введении экспериментальным животным (белые беспородные мыши) не было выявлено признаков токсичности, летальных исходов, что не позволило установить LD50. Таким образом, можно утверждать, что таблетки, покрытые оболочками на основе жантадина, при многократном пероральном введении относятся к малотоксичным веществам (V класс токсичности).

Полученные данные подтверждают перспективность проведения дальнейших исследований по изучению фармакологической активности данных таблеток.

### Литература

1. Егорова, К.А. Российский рынок лекарственных растительного сырья / К.А. Егорова, К.А. Камашева, В.И. Жирохов // *Интересный научный журнал*. – 2014. – №1. – С. 17-18.
2. Крпкова, Л.В. Некоторые аспекты токсикологического изучения лекарственных препаратов, созданных на основе лекарственного растительного сырья / Л.В. Крпкова, В.В. Бортникова, Т.А. Сокольская // *Фундаментальные исследования*. – 2013. – №9. – Ч.2. – С. 256-258.
3. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 гг.
4. Национальная политика лекарственного обеспечения. Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2017 – 2021 гг.
5. Выписка из протокола заседания №10 (74) от 24.10.2018 г. Локальной Этической Комиссии, АО Национальный Медицинский университет.

**КОНТЕНТ-АНАЛИЗ НОМЕНКЛАТУРЫ ПРОТИВОЯЗВЕННЫХ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА,  
ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН**

**У.Х. Усманов, Х.С. Зайнутдинов, Х.М. Комилов**

Ташкентский фармацевтический институт

г. Ташкент, Узбекистан

*E-mail: uulugbek63@gmail.com*

Анализ номенклатуры противоязвенных лекарственных препаратов, зарегистрированных в Республике Узбекистан показал, что на фармацевтическом рынке Узбекистана противоязвенные препараты представлены такими лекарственными формами, как капсулы, таблетки, суспензии, инъекционные растворы и гранулы, подавляющее большинство которых являются препаратами синтетического происхождения. Учитывая, что доля противоязвенных лекарственных препаратов, зарегистрированных в Республике Узбекистан на основе лекарственного растительного сырья, составляет незначительное количество - 1 препарат (3,34% от количества отечественного производства), целесообразно создание противоязвенного лекарственного препарата на основе лекарственного растительного сырья.

**Ключевые слова:** Контент анализ, номенклатура, противоязвенные средства, противоязвенные препараты, лекарственное растительное сырье, Государственный Реестр лекарственных средств.

**CONTENT ANALYSIS OF THE NOMENCLATURE OF ANTI- ULCER  
MEDICINAL PREPARATIONS OF THE DOMESTIC PRODUCTION  
REGISTERED IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN**

**U.H. Usmanov, Kh.S. Zaynutdinov, H.M. Komilov**

Tashkent Pharmaceutical Institute

Tashkent, Uzbekistan

An analysis of the range of anti-ulcer drugs registered in the Republic of Uzbekistan showed that anti-ulcer drugs on the pharmaceutical market of Uzbekistan are represented by such dosage forms as capsules, tablets, suspensions, injection solutions and granules, the vast majority of which are preparations of synthetic origin. Considering that the share of anti-ulcer drugs registered in the Republic of Uzbekistan on the basis of medicinal plant materials is insignificant: 1 drug (3.34% of the number of domestic production), it is advisable to create an anti-ulcer drug based on medicinal plant materials.

**Keywords:** Content analysis, nomenclature, anti-ulcer drugs, anti-ulcer drugs, medicinal herbs, State Register of medicines.

**Введение.** Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ и ДК) характеризуется широкой распро-

страненностью, тяжестью течения и тенденцией к хронизации, ведущей к инвалидизации и даже к смертности больных.

В патогенезе заболевания основная роль отводится нарушению баланса между факторами агрессии и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне изменения нейроэндокринной и иммунной регуляции гастродуоденальной зоны. Основными факторами агрессии являются соляная кислота, пепсин, желчные кислоты, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), а защищают слизистую оболочку непосредственно слизь, бикарбонаты, гидрофобность эпителия, надлежащее кровоснабжение, обновление клеток эпителиального слоя, а также продуцируемые простагландины и другие медиаторы [1].

В соответствии с этим при лечении ЯБЖ и ДК основная задача заключается в снижении факторов агрессии с одновременным повышением защитных механизмов с использованием соответствующих лекарственных препаратов, нейтрализующих кислотно-пепсическую агрессию, повышающих цитопротективные свойства слизистой, обладающих антибактериальным действием, стресспротективных и мобилизующих адаптивные возможности организма [2].

На сегодняшний день рынок лекарственных препаратов Республики Узбекистан характеризуется неуклонным ростом товарной номенклатуры. Увеличение товарной номенклатуры в большей степени связано с регистрацией на фармацевтическом рынке Республики Узбекистан большого количества воспроизведенных препаратов - дженериков (generic drugs) зарубежных и отечественных производителей. Это существенно увеличило возможность выбора необходимых лекарственных препаратов с учетом современных подходов в фармакотерапии патологических состояний желудочно-кишечного тракта, индивидуальных особенностей течения заболеваний, потребительских предпочтений конечных потребителей.

В этой связи использование лекарственных препаратов растительного происхождения в терапии ЯБЖ и ДК является актуальной. Издавна лекарственные растения широко применялись в терапии многих заболеваний, и в наше время трудно переоценить значение растительных препаратов для медицинской практики, так как используемые в клинической практике синтетические противоязвенные препараты часто приводят к развитию различного рода побочных эффектов [3–5].

Исследования последних лет в области создания современных лекарственных препаратов (ЛП) невозможны без детального и всестороннего изучения номенклатуры уже зарегистрированных ЛП, аналогичных по составу, способу получения или другим параметрам.

### Материал и методы

В целях детального обоснования и актуализации направления исследований по изучению противоязвенных средств растительного происхождения и созданию оригинальных ЛП на их основе была поставлена цель по проведению контент-анализа номенклатуры противоязвенных лекарственных препаратов, зарегистрированных в Республике Узбекистан. Для проведения данного исследования были использованы данные, приведенные в “Государственном Реестре лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, разрешенных к применению в медицинской практике Республики Узбекистан” за 2014-2018 гг. (№18-22) [6-10], и в “Списке основных лекарственных препаратов” (СОЛС), Республики Узбекистан, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Узбекистан от 20 июля 2018 года за № 41 и зарегистрированный в Министерстве юстиции Республики Узбекистан за № 3045 от 27 июля 2018 г.



**Экспериментальная часть**

В данной публикации изучена номенклатура противоязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, зарегистрированных в Республике Узбекистан с использованием контент-анализа данных о регистрации данной фармакотерапевтической группы.

Номенклатура противоязвенных лекарственных препаратов в Государственном Реестре за 2014 год представлен 22 номенклатурными позициями с

учетом торговых наименований, международных непатентованных названий, лекарственных форм, доз и производителей такими лекарственными формами, как капсулы, суспензии и инъекционные растворы. С 2014 по 2018 годы номенклатура данной группы лекарственных препаратов увеличилась с 21 до 33 номенклатурных позиций. Динамика изменения номенклатуры противоязвенных лекарственных препаратов за 2014-2018 гг. приведена в табл. 1.

Таблица 1 - Номенклатура противоязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, зарегистрированных в Республике Узбекистан

№	Государственный реестр Республики Узбекистан	Лекарственные препараты отечественного производства
1.	№18 (2014)	22
2.	№19 (2015)	21
3.	№20 (2016)	25
4.	№21 (2017)	33
5.	№22 (2018)	30

Как видно из данных табл. 1. на долю лекарственных препаратов, отечественного производства приходится от 22 в 2014 году до 33 наименований в 2017 году. количество которых к тому же в 2018 году снизилось до 30 наименований.

Учитывая что сроки регистрации лекарственных препаратов, зарегистрированных в прошедших годах могут быть истечены, нами был проведен контент-

анализ противоязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, внесенных в Государственный реестр Республики Узбекистан за 2018 год (№ 22) [10].

В табл. 2. представлены противоязвенные лекарственные препараты отечественного производства, зарегистрированные в Государственном реестре Республики Узбекистан за 2018 год (№ 22) [10].

Таблица 2 - Противоязвенные лекарственные препараты отечественного производства зарегистрированные в Республике Узбекистан

№	Название препарата	Лекарственная форма	Фирма-производитель
<b>КАПСУЛЫ</b>			
1.	МЕР ОМЕЗОЛ (MER Omezol)	Капсулы N10, N10, N30 ,N100	MerryMed Farm, ООО
2.	ГАСТРАЛ (Gastral)	Капсулы 40 мг N10, N10, N20 , N30	ATM Pharm, ООО
3.	ОМЕГАСТ (Omegast)	Капсулы с микропеллетами 20 мг N7, N14, N28	Nobel-Pharmsanoat, ИП
4.	ОМЕГАСТ® 20 (Omegast)	Капсулы с микропеллетами 20 мг N14 , N28, N56	Nobel-Pharmsanoat, ИП ООО

## ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ

5.	ОМЕЗЕФ (Omezef)	Капсулы 200 мг N10, N20	Remedy Group, СП ООО для Zefer Pharma Ltd, Великобритания
6.	ОМЕПРАЗОЛ АТМ (Omeprazol АТМ)	Капсулы 20 мг N10, N30, N50	АТМ Pharm, ООО
7.	ОМЕПРАЗОЛ (Omeprazol)	Капсулы 20 мг N10, N10, N20, N30	Torimed Pharm, ООО
8.	ОМЕПРАЗОЛ (Omeprazol)	Капсулы 20 мг N30 (3x10)	Novo Pharm, СП ООО для Stellar Zeneka, ООО
9.	ОМЕПРАЗОЛ (Omeprazol)	Капсулы 200 мг N10, N20	Remedy Group, СП ООО
10.	ОМЕПРАЗОЛ (Omeprazolium)	Капсулы 20 мг N10, N10, N20	O'zkimyofarm, АО им. С.К. Исламбекова (упак.), Ultra Laboratories Pvt. Ltd. Индия (произв.)
11.	ОМЕПРАЗОЛ-LP (Omeprazol-LP)	Капсулы 20 мг N10, N20, N30	LAXISAM Pharmaceuticals, ООО
12.	ОМЕПРАЗОЛ-НИКАРНАМ (Omeprazol-Nikapharm)	Капсулы 20 мг N10, N30, N100	Nika Pharm, ДХО
13.	ОМИЗОЛ® (Omizol)	Капсулы 20 мг N10, N20, N30, N30	Remedy, СП ООО, Узбекско-Британское
14.	ПАНТОПРАЗОЛ ДМ (Pantoprazol DM)	Капсулы с пролонгированным высвобождением 40 мг+30 мг N10	Samarkand England Ecomedical, СП ООО (упак.), East African (India) Overseas, Индия (произв.)
15.	ПРОМЕЗ 20 (Promez 20)	Капсулы 20 мг N10, N20, N30	BIOGEN, СП, ООО Узбекско-Британское (упаков.) для Zefer Pharma, Великобритания Protech Biosystems Pvt. Ltd., Индия (произв.)
<b>СУСПЕНЗИИ</b>			
1.	АЛМАГЕЛЬ А (Almagel A)	Суспензия для приёма внутрь 50 мл, 100 мл, 120 мл, 170 мл, 200 мл	Torimed Pharm, ООО
2.	АЛМАГЕЛЬ (Almagel)	Суспензия для приёма внутрь 50 мл, 100 мл, 120 мл, 170 мл, 200 мл	Torimed Pharm, ООО
3.	АЛЮЗИД (Alyuzid)	Суспензия 90 мл 100 мл, 150 мл, 200 мл	Remedy Group, СП ООО для Zefer Pharma Ltd, Великобритания
4.	АЛЮЦИТ (Alyutsit)	Суспензия 90 мл, 100 мл, 150 мл, 200 мл	Remedy Group, СП ООО для Citco Chemicals Ltd., Великобритания
5.	ИЗИМАГ (Izimag)	Суспензия 90 мл, 100 мл, 150 мл, 200 мл	Remedy Group, СП ООО для Izida Pharma Ltd., Великобритания
6.	КВИТИКОН (Kvitikon)	Суспензия 90 мл 100 мл, 150 мл, 200 мл	Remedy Group, СП ООО для ZEUS Pharma Ltd., Великобритания

## ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ

7.	РЕМЕТИК® (Remetik)	Суспензия 100 мл, 200 мл	Remedy Group, СП ООО
<b>ТАБЛЕТКИ</b>			
1.	ГАСТРАЛ (Gastral)	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 40 мг N10, N20, N30	ATM Pharm, ООО
2.	ГАСТРОСИДИН-DF (Gastrosidin-DF)	Таблетки, покрытые оболочкой 20 мг, 40 мг N10, N20	Torimed Pharm, ООО
3.	ПАНТАП® 40 (Pantap 40)	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой 40 мг N14, N28;	Nobel-Pharmsanoat, ИП ООО (упаков.) Nobel Pac Sanayi ve Ticaret A.S., Турция (произ.)
4.	РАНИТИДИН (Ranitidinum)	Таблетки, покрытые оболочкой 150 мг N10, N100	Ultra Health care, СП, ООО
5.	РАНИТИДИН (Ranitidinum)	Таблетки, покрытые оболочкой 0,15 г N10, N10, N20, N100	Nika Pharm, ДХО
6.	РАНИТИДИН-RG (Ranitidin-RG)	Таблетки, покрытые оболочкой 150 мг N20	Remedy Group, СП ООО Узбекско-Британское
7.	РАНИТИДИН-НИКА (Ranitidin-Nika)	Таблетки, покрытые оболочкой 150 мг N10, N20, N30, N40, N50, N60, N70, N80, N90, N100	Nika Pharm, ДХО
<b>ИНЪЕКЦИОННЫЕ РАСТВОРЫ</b>			
1.	ПАНТОПРАЗОЛ (Pantoprazol)	Лиофилизированный порошок для приготовления инъекционного раствора 40 мг N10	Samarkand England Ecomedical, СП ООО (упак.) East African (India) Overseas, Индия (произ.)

Как видно из данных табл. 2, анализ номенклатуры противоязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, зарегистрированные в Государственном реестре Республики Узбекистан за 2018 год показал, что всего зарегистрировано 30 лекарственных препаратов, из них: 15 лекарственных препаратов в виде капсул, 7 жидких лекарственных препаратов в виде суспензии, 7 лекарственных препаратов в виде таблеток и 1 лиофилизированный поро-

шок для приготовления инъекционного раствора. Подавляющее большинство данных препаратов являются препаратами синтетического происхождения (препараты омепразола, ранитидина или их производных).

На рисунке показано количественное соотношение противоязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, выпускаемых в различных лекарственных формах.



Рис. Количественное соотношение противовязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, выпускаемых в различных лекарственных формах.

Как видно из рис., в номенклатуре противовязвенных лекарственных препаратов отечественного производства присутствуют твердые и жидкие лекарственные формы, но доминирующее количество лекарственных препаратов выпускаются в виде капсул и таблеток. Среди них преобладают капсулы, на втором месте таблетки. Из жидких лекарственных форм присутствуют суспензии 7 наименований и 1 лекарственная форма в виде лиофилизированного порошка

для приготовления инъекционного раствора.

Среди данной группы лекарственных препаратов препаратом на основе лекарственного растительного сырья является всего лишь 1 препарат, разработанный УзКФИТИ им. А. Султанова (Сухой экстракт стеблей штока розы розовой в упаковке по 500 и 1000 г), который был зарегистрирован в 2012 году и срок регистрации которого истек в 2017 году (табл. 3).

Таблица 3 - Противовязвенные лекарственные препараты отечественного производства растительного происхождения, зарегистрированные в Республике Узбекистан

№	Название препарата	Лекарственная форма	Страна-производитель	Производитель	Дата регистр.
1.	ШТОК-РОЗЫ РОЗОВОЙ СТЕБЛЕЙ СУХОЙ ЭКСТРАКТ (Alcea rosea L)	Экстракт сухой 500 г, 1000 г (банки)	Узбекистан	Уз КФИТИ им. А. Султанова РУз	РУз 04/11/08 12/12/12

Следовательно, можно сделать вывод, что фармацевтический рынок Республики Узбекистан предлагает целевому сегменту потребителей значительную номенклатуру противовязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, но к сожалению на сегодняшний день в республике не зарегистрировано ни одного лекарственного

препарата на основе лекарственного растительного сырья.

Результаты контент-анализа номенклатуры противовязвенных лекарственных препаратов отечественного производства, зарегистрированных в Республике Узбекистан, показали, что подавляющее большинство противовязвенных лекарственных препаратов являются препаратами синтетического происхож-

дения, применение которых в клинической практике часто приводит к развитию различного рода побочных эффектов [3-5]. В этой связи использование лекарственных препаратов растительного происхождения в профилактике и терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки является актуальной.

В соответствии с Постановлением Президента Республики Узбекистан «О мерах по созданию благоприятных условий для ускоренного развития фармацевтической промышленности республики» за № ПП-2911 от 20 апреля 2017 года (Собрание законодательства Республики Узбекистан, 2017 г., № 18, ст. 315) в целях расширения внутреннего рынка республики отечественными лекарственными препаратами на основе местных сырьевых ресурсов, обеспечения благоприятных условий для всестороннего и ускоренного развития фармацевтической промышленности запланировано создание нового противоязвенного лекарственного препарата на основе лекарственного растительного сырья местного происхождения.

Новый препарат включает в себя лекарственные растения, с достаточно обеспеченной сырьевой базой на территории нашей республики. В частности, в состав противоязвенного препарата входят: корень солодки голой (*Glycyrrhiza glabra* L.), цветки календулы (*Calendula officinalis* L.), и трава тысячелистника таволголистного (*Achillea filipendulina*) [11].

Таким образом, изучение данных «Государственного Реестра лекарственных препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, разрешенных к применению в медицинской практике Республики Узбекистан» за 2014-2018 гг. №18-22) показало, что на долю лекарственных препаратов, отечественного

производства приходится от 22 в 2014 году до 33 наименований в 2017 году, количество которых к тому же в 2018 году снизилось до 30 наименований.

Анализ конъюнктуры противоязвенных лекарственных препаратов на фармацевтическом рынке Узбекистана показал, что подавляющее большинство данных препаратов являются препаратами синтетического происхождения (препараты омепразола, ранитидина или их производные), доля противоязвенных лекарственных препаратов растительного происхождения составляют очень незначительное количество: 1 препарат (3,34% от общего количества отечественного производства), разработанный УзКФТИ им. А. Султанова «Сухой экстракт стеблей штока розы розовой в упаковке по 500 и 1000 г», который был зарегистрирован в 2012 году и срок регистрации которого истек в 2017 году.

Учитывая, что доля противоязвенных лекарственных препаратов растительного происхождения составляет незначительное количество, считаем целесообразным создание нового противоязвенного лекарственного препарата на основе местного лекарственного растительного сырья.

### Литература

1. Экспериментальные модели эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / [А.И. Багинская, Е.В. Ферубко, Е.Н. Курманова и др.]. - М.: Русский врач, 2017. - 96 с.

2. Яковенко, Э.П. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки. Патогенетические подходы к терапии // Лекции для практикующих врачей. - М.: Русский врач, 2012. - С. 253-264.

3. Шигабутдинова, Ф.Г. Роль фитотерапии в гастроэнтерологии / Ф.Г. Шигабутдинова // Альтернативная медицина. - 2004. - №3. - С. 38-40.

4. Солодовниченко, Н.М. Лікарська рослинна сировина та фітопрепарати / Н.М. Солодовниченко, М.С. Журавльов, В.М. Ковальов. – Х. : Золоті сторінки, 2001. – 408 с.

5. Куркин, В.А. Фитотерапия гастрита и язвенной болезни / В.А. Куркин // Российские аптеки. – 2006. – №6. – С. 12–14.

6. Государственный Реестр 18 изд. перераб. и доп. - Т., 2014. – 604 с.

7. Государственный Реестр 19 изд. перераб. и доп. - Т., 2015. – 754 с.

8. Государственный Реестр 20 изд. перераб. и доп. - Т., 2016. – 560 с.

9. Государственный Реестр 21 изд. перераб. и доп. - Т., 2017. – 705 с.

10. Государственный Реестр 22 изд. перераб. и доп. - Т., 2018. – 612 с.

11. Усманов, У.Х. Яллигланишга қарши доривор йиғма таркибини ўрганишга доир / У.Х. Усманов, Х.М. Комилов, Х.У. Алиев // Сборник материалов научно-практической конференции «Вклад Абу Али Ибн Сино в развитие фармации и актуальные проблемы современной фармацевтики». – Ташкент, 2018. –С.173-175.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ЭХИНОКОККОЗАМ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (на примере Нарынской и Ошской областей)**

**К.М. Раимкулов, В.С. Тойгомбаева, О.Т. Куттубаев,  
Т.А. Абдыжапаров, Н.Н. Бабаджанов**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
(ректор - д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: kursanbek@mail.ru*

**Резюме.** Проведен сравнительный анализ встречаемости и распространенности эхинококкоза и альвеококкоза по республике и в эндемичных регионах Нарынской и Ошской областей за период с 2009 по 2018 гг. Установлено, что жители Нарынской области по интенсивному показателю чаще болели эхинококкозом, в то время как население Ошской области чаще страдало альвеококкозом.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, инвазия, эндемичные районы, профилактика.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭХИНОКОККОЗДОРДУН  
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ (Нарын жана Ош облустарынын мисалында)**

**К.М. Раимкулов, В.С. Тойгомбаева, О.Т. Куттубаев,  
Т.А. Абдыжапаров, Н.Н. Бабаджанов**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы  
(ректору – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 2009 – жылдан 2018 – жылдар ичинде республикадагы жана анын ичиндеги очок чордондуу аймактардагы эхинококкоз жана альвеококкоз ооруларынын кездешүүсү жана таркалышы боюнча салыштырмалуу анализ жүргүзүлдү.

Интенсивдүү көрсөткүчтөрү боюнча эхинококкоз оорусу менен Нарын облусунун жашоочулары, ошол эле учурда альвеококкоз оорусу менен Ош облусунун калкы көп ооругандыгы белгиленди.

**Негизги создор:** эхинококкоз, жугуу жолдору, очок чордондуу райондор, алдын алуу иш чаралары.

**EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF ECHINOCOCCOSIS  
IN THE KYRGYZ REPUBLIC (on the example of Naryn and Osh region)**

**K.M. Raimkulov, V.S. Toygombaeva., O.T. Kuttubaev,  
T.A. Abdyjaparov, N.N. Babadzhanov**  
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev  
(Rector - D.M., professor Kudaibergenova I.O.)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** A comparative analysis of the occurrence and prevalence of echinococcosis and alveococcosis in the Republic and in Endemic regions of Naryn and Osh arrears at time between 2009 and 2018 years. Found that residence of the Naryn region at an in tense the indicator was more likely suffers from echinococcosis, while the population of Osh area often suffered from alveococcosis.

**Key words:** echinococcosis, invasion, endemic areas, prevention.

**Введение.** Эхинококкоз является широко распространенным заболеванием в странах Центральной Азии и наносит огромный социально-экономический ущерб. Однако рост этого недуга наблюдается не только в Центрально-Азиатском регионе. Заболевание также распространено в Швейцарии, Турции, Японии (остров Хоккайдо), Франции, России, северо-западной части Канады, на Аляске [1, 2].

В Центральной Европе с 1982 по 2000 г. было зарегистрировано 559 случаев альвеококкоза. На западе Китая ежегодная заболеваемость составляет около 80 случаев на 100 тыс. населения, в России ежегодно регистрируется свыше 500 новых случаев, из которых 15% составляют дети [3, 4].

В советское время эхинококкоз считался практически побежденным заболеванием [5], но в настоящее время наблюдается рост инвазии.

По данным Центра электронного здравоохранения МЗ КР многолетняя динамика заболеваемости эхинококкозом за период с 2001 по 2018 год имеет выраженную тенденцию к росту. Уровень инвазии, по официальным данным на начало XXI века, вырос более чем в 2 раза по сравнению с 2001 годом [6].

Широкая распространенность этого заболевания в нашей республике объясняется тем, что основное население ее занимается животноводством, особенно в горных участках, к которым относятся Нарынская и Ошская области. До 60% валовой продукции животноводства приходится на скотоводство - одну из ведущих отраслей сельского хозяйства.

Кроме того, на ухудшение эпидемической и эпизоотической обстановки влияют антропогенные факторы. К числу последних относится внутренняя миграция, которая привела к тому, что паразитарные заболевания "переместились" с джайлоо в города и участились клинически выраженные формы инвазии.

Ущерб, наносимый этими гельминтозами здоровью населения и экономике страны, ставит перед органами здравоохранения и ветеринарии задачу усовершенствование комплекса научно обоснованных мероприятий по профилактике эхинококкоза и альвеококкоза [5].

Исходя из вышеизложенного, целью настоящей работы является сравнительный анализ распространенности эхинококкозов на территориях Нарынской и Ошской областей за 2009-2018г. для дальнейшего изучения этой актуальной для нашей страны проблемы.

### **Материалы исследования**

Нами были проанализированы статистические отчеты лечебных учреждений Ошской и Нарынской областей за период 2009-2018 гг., а также данные Центра электронного здравоохранения Министерства здравоохранения КР и государственного санитарно-эпидемиологического надзора за период с 2009 г. по 2018 г.

### **Методы исследования**

Ретроспективный эпидемиологический анализ, описательно-оценочный, статистический.

### **Результаты и их обсуждение**

Кыргызстан относится к высокоэндемичной территории по эхинококкозу и



альвеококкозу (*Echinococcus granulosus* и *Echinococcus multilocularis*).

До 2000 года отмечался равномерный рост заболеваемости населения всего Северного Кыргызстана, однако, с 2001 года по 2017 гг. наибольший уровень заболеваемости стал регистрироваться в Ошской области.

За период с 2000 г. по 2018 г. в хирургических стационарах городах Бишкек, Ош и в районных территориальных больницах республики было прооперировано 14982 больных эхинококкозами. Из общего числа инвазированных 47,0% (7049) составили женщины и 53,0% (7887) мужчины. За анализируемый период выраженную тенденцию роста имел эхинококкоз и альвеококкоз. Так, по данным департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ КР, было зарегистрировано 13536 человек, инвазированных эхинококкозами и 1446 (9,65%) - альвеококкозами (с 2000 по 2018 гг.). Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом на 1000 населения составил 16,86, минимальный – 14,3 (2018 г.), максимальный – 20,2 (2014 г.).

Средний многолетний интенсивный показатель заболеваемости альвеококко-

зом на 1000 населения составил 2,04, минимальный – 1,2 (2009 г.), максимальный – 3,9 (2015 г.).

Если в 2000 год по республике выявлено 555 случаев эхинококкоза, то за 2014 год зарегистрировано уже 1185, а в 2018-986 случаев. Рост заболеваемости эхинококкозом на 2,1 раза в 2014 г., на 1,9 в 2018 г. с интенсивными показателями 11,7, 20,2 и 14,3 соответственно, из которых доля детей до 14 лет составили в среднем 20,9%

Распространение эхинококкоза в республике повсеместное, но следует отметить, что в Ошской (22,78) и Нарынской (29,4) областях интенсивный показатель инвазированности в 1,5 раз выше, республиканского.

Если в 2002 году по республике было прооперировано всего 2 больных от альвеококкоза, то в 2005 г. - 22 и в последующие годы наблюдается стабильное неблагополучие: в 2015 г. – 235, в 2016 - 161, в 2017 - 149 и в 2018 - 122, из которых доля детей до 14 лет прооперированных с диагнозом альвеококкоз составила в среднем 15% (в 2017 году - 26,6% и в 2018 - 15,6%).

Сравнительная распространенность эхинококкоза в Ошской и Нарынской областях отражены в таблице 1.

Таблица 1 - Сравнительная распространенность эхинококкозом в Нарынской и Ошской областях

Период наблюдения	Область			
	Ошская		Нарынская	
	Число случаев	Интен. показатель	Число случаев	Интен. показатель
2009	131	10,2	72	27
2010	118	10	65	23
2011	126	11	82	30
2012	229	20	65	25
2013	250	21	91	35
2014	266	23	84	32
2015	393	33,4	105	38
2016	334	29,13	69	25
2017	299	24,34	85	30
2018	256	21	83	29
<b>всего</b>	<b>2402*</b>	<b>20,4</b>	<b>801</b>	<b>29,4</b>

Примечание: \*- $p < 0,01$

## ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Как видно, из таблицы 1, за период наблюдения встречаемость эхинококкоза была по данным интенсивного показателя примерно одинакова (в Ошской области 20,4, а в Нарынской–29,4), хотя по абсолютной встречаемости распространенность в Ошской области была достоверно выше, чем в Нарынской (2402 против 801,  $p < 0,01$ ).

При этом следует отметить, что встречаемость этой патологии была выше в 2015-2016 гг., а в настоящее время отмечается некоторая стабилизация в выявлении этого недуга.

Далее мы рассмотрели распространенность этой инвазии по районам каждой области за последние 10 лет.

Таблица 2 - Встречаемость эхинококкоза в различных районах Ошской области за 2014–2018 гг.

Районы	Районы Ошской области (интенсивный показатель)										
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Алай	14	17	14,3	11	15	97	212	77	57	51	56,5
Чон-Алай	16	20	15,8	12	35,2	65	83	72	56	75	45
Ноокат	7	11	19,9	21	4,3	15	18	23	20	13	15,2
Араван	12	12	11,5	7,2	12,6	12	17	46	13	11	15,4
Кара-Суу	17	11	10,8	14	19,7	17	25	25	18	18	17,5
Узген	9,3	6,9	7,7	16	14,9	19	19	22	21	21	15,7
Кара-Кулджа	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	28	21	49	51	22	17,2

Исходя из данных, представленных во 2-й таблице, нами выявлено, что наибольшая встречаемость эхинококкоза отмечалась в Алайском (56,5) и Чон-Алайском (45) районах, а наименьшая наблюдалась в Ноокатском и Араванском районах (15,2 и 15,4 соответственно).

Встречаемость эхинококкоза в различных районах Нарынской области от-

ражена в таблице 3. Как видно из представленных данных, больше всего были поражены этим недугом жители Жумгалского (43,6), Ат-Башинского (39,8) и Кочкорского (30,6) районов, в отличие от населения г. Нарын (14,4) и Ак-Талы (18,4).

У детей до 14 лет в Ошской области эхинококкоз был выявлен в 23,2% случаев, против 13,6% в Нарынской области.

Таблица 3 - Встречаемость эхинококкоза в различных районах Нарынской области за 2009-2018 гг.

Г.г.	Районы Нарынской области (интенсивный показатель)					
	Ак-Талаа	Ат-Башы	Жумгал	Кочкор	г. Нарын	Нарынский район
2009	40	25	19	25	52	5
2010	19	33	26	29	14	18
2011	34	27	39	25	11	49
2012	19	24	24	34	17	25
2013	33	48	24	33	14	53
2014	16	54	31	44	10	25

2015	16	50	51	37	11	64
2016	13	32	51	17	13	21
2017	22	28	35	33	18	42
2018	25	35	50	22	20	25
Итого	18,4	39,8	43,6	30,6	14,4	34,4

Поражение эхинококкозом у жителей Ошской области чаще наблюдалось у мужчин (47,8% и 52,2%), тогда как в Нарынской области эта патология регистрировалась больше у женщин (55,2%, против 44,8%  $P < 0,04$ ).

Среди пенсионеров Нарынской области эхинококкоз встречался в два раза чаще, чем в Ошской области, составляя 15,25% случаев, против 7,42%. Значительная разница отмечалась также по выявляемости этого заболевания и среди неработающих лиц (35,26% случаев в Ошской области, против 52,45% в Нарынской области). Распространенность среди учащихся и служащих была примерно одинаковой.

Анализируя наиболее часто поражающиеся органы среди жителей Нарынской и Ошской областей, мы заметили, что значительно чаще поражалась печень (в 87,8% и 84,4% случаев соответственно). Заражение легких отмечалось у 9,9% жителей Ошской и 6,7% жителей Нарынской областей. Другие органы поражались лишь в 5,5-5,7% случаев.

За период с 2009 г. по 2018 г. в Ошской и Нарынской областях было зарегистрировано 825 случаев альвеококкоза, при этом в 75% случаев это были жители Ошской области.

В отличие от эхинококкоза течение альвеококкоза чаще заканчивается летальным исходом. По результатам нашего исследования выяснилось, что с 2009 – 2018 гг. было зафиксировано 72 таких случая: 43 по Нарынской области и 29 – по Ошской.

### Выводы:

1. Жители Нарынской области по интенсивному показателю чаще болели эхинококкозом, в то время как население Ошской области чаще страдало альвеококкозом.

2. Более высокая зараженность эхинококкозом наблюдается среди населения Алайского и Чон-Алайского районов Ошской области и Джумгалского, Ат-Башинского и Кочкорского районов Нарынской области.

3. Заболеваемость среди детей Ошской области была достоверно выше аналогичного показателя Нарынской области.

4. Пенсионеры и неработающие Нарынской области страдают эхинококкозом чаще, чем в Ошской области.

5. За анализируемый период эхинококковые кисты чаще локализовывались в печени (более 80% случаев).

### Литература

1. *Клинический протокол диагностики и лечения альвеококкоза печени у взрослых: Протокол комиссии по качеству медицинских услуг от 13.07. 2016 г. №7 // Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан.- Астана, 2016.- 5 с.*

2. *Long-term results of hepatectomy for patients with alveolar echinococcosis: a single-center experience* / [N. Kawamura et al.] // *Journal of the American College of Surgeons, 2011. – Vol.212 (5). - P. 804–812.*

3. *Безбазов, Б.Х. Хирургическое лечение альвеококкоза печени у детей / Б.Х. Безбазов, Т.М. Уметалиев, Н.Д. Мамашев // Здоровье матери и ребенка. -2013. - № 1. - С. 115–118.*

4. Зайцев, И.С. Повторные операции при альвеококкозе: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.01.17/Зайцев И.С. – Томск: ТГУСУиР, 2015. – 24 с.

5. Методические указания по диагностике, клинике, лечению, эпидемиологии и профилактике эхинококкоза и альвеококкоза в СССР: Методическое письмо от 02.04.1970 г. № 842-70. – М.: Главное управление лечебно-профилактической помощи Минздрава СССР, 1985.- 21 с.

6. Иманалиев, Т.И., Распространенность эхинококкоза в Кыргызской Республике /Т.И. Иманалиев, Б.Н. Калыбекова// Вестник КНУ им. Ж. Баласагына.-2016.-№4.- С.17-24.

**РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В ОПТИМИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ВЫЯВЛЕНИЮ НАРУШЕНИЙ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ НОВОСТРОЕК**

**А.Д. Садабаева, З.Б. Курманалиева, Г.Дж. Бейшенбиева**

Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

Кафедра сестринского дела (зав. каф., д.м.н., и.о. проф. Бейшенбиева Г. Дж.)  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** С целью изучения особенностей и характера питания детей дошкольного возраста и влияния питания на физическое развитие детей было опрошено 300 родителей и произведено антропометрическое исследование их детей дошкольного возраста, проживающих в районе новостройки Ак-Орго. Выявлены недостатки в питании детей дошкольного возраста, выражающиеся в нерациональном и несбалансированном питании, дефиците таких продуктов питания как фрукты, молоко и молочные продукты, рыбы и мясных продуктов.

Сравнительный анализ между показателями физического развития организованных и неорганизованных детей, показал, что рост-весовые показатели организованных детей выше, чем у детей неорганизованных. Определена важность информирования медицинских работников в ЦСМ и дошкольных образовательных учреждениях по проблемным вопросам в питании дошкольников и проведение бесед с родителями по вопросам коррекции выявленных нарушений питания их детей.

**Ключевые слова:** дети раннего и дошкольного возраста, рост и развитие, питание детей, физическое развитие, витамины, минералы, микроэлементы.

**ЖАНЫ КУРУЛУШТА ЖАШАГАН МЕКТЕПКЕ ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДАН ТАМАКТАНУУСУНУН БУЗУУЛАРЫНЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ ИШИНДЕ МЕДИЦИНАЛЫК АЙЫМ АДИСТЕРИНИН РОЛУ**

**А.Д. Садабаева, З.Б. Курманалиева, Г.Дж. Бейшенбиева**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы  
(Ректор - м. и. д., проф. Кудайбергенова И.О.)

Мед. айым адистеринин кафедрасы  
(каф. башчысы, м. и. д., проф. Бейшенбиева Г. Дж.)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Ак-Орго жаны курулушунда мектепке чейинки балдардын тамактануусунун физикалык онугуусунун таасирин билиш учун 300 ата-эне суралган жана антропометрикалык изилдоо жүргүзүлгөн. Мектепке чейинки жаштагы балдардан тамактануусунда жетишпегендиктер тастыкталган. Мунун натыйжасында тамактанууда жашылча, жер- жемиш, сут, сут азыктары, балык жана эт азыктарынын жетишсиздиги тастыкталган. Салыштырмалуу анализ жасаганда тура жана тура эмес тамактанган балдардын онугуусундо айырма келип чыккан. Туура тамактанган балдардын онугуусу бийигирек болгон.

Мектепке чейинки мекемелерди жана ЦСМдарда медициналык ишкерлеринин тарабынан тура маалымат беруусу чон мааниге ээ.

**Негизги сөздөр:** эрте менен мектепке чейинки, өсүү жана өнүгүү, балдардын тамак-аш, физикалык өнүгүү, топуктуу, минералдык уулдары, микроэлементтерди.

### THE ROLE OF NURSING SPECIALISTS AT OPTIMIZATION WORK IN REVEALING EATING DISORDER AMONG PRE-SCHOOL AGED CHILDREN, WHO ARE RESIDENTS OF NEW BUILDING DISTRICT

**A.D. Sadabaeva, Z.B. Kurmanalieva, G.D. Beishenbieva**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

(Chancellor- m.d, professor Kudaibergenova I.O.)

Department of high nurse education (Head - m.d, professor Beishenbieva G.D.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** With a view to explore features and characteristics of preschool aged children s diet, nutrition effect on physical development of children, 300 parents were interviewed, also taken up within the study had been taken anthropometric measurements of preschool aged children, who are residents of Ak-Orgo district. The lack of nutrition of preschool aged children had been revealed, which was expressed in a form of disbalanced malnutrition, lack of fruits, milk, diaries, fish and meat.

Physical development indicators between organized and disorganized children s comparative analysis revealed that weight-to-height ratio of organized children is higher, than disorganized ones. The research showed the value of informing health workers at the family medicine center and preschool institutions about children s diet issues, also they must interview their parents about revealed disbalanced malnutrition issues.

**Key words:** children of early and pre-school age, growth and development, nutrition of children, physical development, vitamins, minerals, microelements.

**Введение.** Охрана и укрепление здоровья детского населения является первостепенной задачей любого государства. Дети составляют самую ранимую, чувствительную часть общества и определяют его трудоспособный, репродуктивный, интеллектуальный и жизненный потенциал в будущем [1,2].

Физическое развитие детей – один из главных критериев состояния здоровья детской популяции, отражающий влияние на организм эндогенных и экзогенных факторов [3, 4]. Среди всей совокупности факторов, важная роль принадлежит рациональному и сбалансированному питанию, соответствующему физиологическим потребностям, как в ко-

личественном, так и в качественном отношении [5].

Как известно, рациональное питание – это питание, обеспечивающее укрепление и улучшение здоровья человека, его физических и духовных сил, а также способствующее предупреждению и лечению заболеваний. Доказано, что правильное питание детей в раннем возрасте способно снизить риск развития в будущем таких заболеваний, как сахарный диабет, ожирение, сердечно-сосудистую патологию и некоторые виды рака [6, 7].

Вопросы питания детей широко обсуждаются на страницах медицинских изданий, при этом большинство публикаций освещают проблемы вскармливания детей первого года жизни. Гораздо

меньшее число работ посвящено изучению питания детей дошкольного возраста, хотя в этом возрасте фактор питания играет важнейшую роль в формировании здоровья [8].

Недостаточно изучены и особенности питания детей, проживающих в районе новостроек, основными жителями которых являются внутренние мигранты. Проблемы жителей новостроек Кыргызская Республика обусловлены недостатком инфраструктуры, торговых точек, детских садов для населения, доступностью медицинских учреждений и своевременностью оказания медицинской помощи и т.д.

В этих условиях, возрастает роль специалистов сестринского дела в связи с тем, что медицинские сестры являются неотъемлемой частью любого лечебного учреждения и в повседневной жизни работают в непосредственном контакте со всеми группами населения и в большинстве случаев являются первым, последним и наиболее постоянным звеном контакта человека с системой здравоохранения. Является важным, чтобы хорошо подготовленная медсестра могла принимать самостоятельные решения и проводить разъяснительную работу по оздоровлению населения и выявлению нарушений питания детей.

Таким образом, целью данного исследования явилось изучение характера питания детей дошкольного возраста, проживающих в районе новостроек, и его влияния на их физическое развитие, а также роли специалистов сестринского дела в выявлении нарушений.

### Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Центра семейной медицины (ЦСМ) № 12 г. Бишкек, обслуживающего население новостройки Ак-Орго. Методом опроса, по специально разработанной анкете, включающей в себя сведения о структуре, режиме, характере и привычках пи-

тания в семье и здоровье ребенка, было охвачено 300 родителей детей дошкольного возраста от 3 до 7 лет, проживающих в районе новостройки.

Для оценки физического развития были зарегистрированы антропометрические показатели этих детей (рост, вес, окружность грудной клетки). Результаты исследования были обработаны методом статистического анализа.

### Результаты исследования и их интерпретация

Исследование показало, что возраст опрошенных родителей был сравнительно молодым и распределился следующим образом-возрастная группа 20-24 года составила 8%, 25-29-29,6%, 30-34 года-25%, 35-39-16%, 40-44-13,66%, 45-49-7% и старше 50 лет-0,66%.

Общеизвестно, что уровень благосостояния семьи во многом определяет качество питания, а это в свою очередь влияет на здоровье домочадцев. Причем экономическое благополучие семьи тесно связано с уровнем образования родителей. В наших исследованиях выявлено, что уровень образования родителей был относительно высоким. Так среднее образование имело 24,66% из них, средне/специальное-27,66%, а высшее-40,66%.

Согласно многочисленным исследованиям, на дальнейшее физическое и нервно-психическое развитие ребенка положительно сказывается грудное вскармливание [9]. Выяснилось, что подавляющее большинство матерей (87%) кормили детей исключительно грудным молоком, 2,6% матерей предпочли искусственное, а 10,66% смешанное вскармливание.

Среди перенесенных заболеваний у детей наиболее часто встречались ОРВИ-33%, ветряная оспа-10,66%, кишечные инфекции-4,33%, анемия-8%, ЛОР-болезни-3,66%.

Проявления рахита отметили 20,33% респондентов.

Специалисты по детскому питанию отмечают важность соблюдения строгого режима питания, предусматривающего не менее 4 приемов пищи, причем 3 из них должны обязательно включать горячее блюдо. В нашем исследовании, 3-х

разовое питание отметили 46,66% респондентов, 4-х разовое-7%, 5-разовое-24%, остальные-более частое кормление.

Рыбу и морепродукты, богатые омега-3 жирными кислотами, йодом и другими минералами редко включают в питание детей 36% родителей, а нерегулярно-21% (рис. 1).

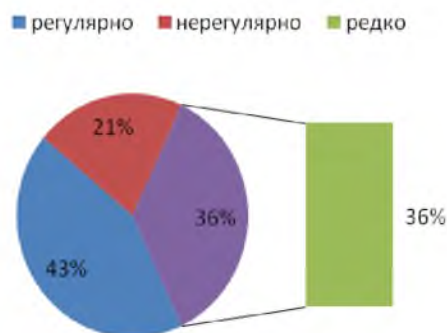


Рис. 1. Частота употребления рыбы и морепродуктов детьми.

Ежедневное включение в меню ребенка мяса и мясных продуктов отметили 52% респондентов, через день 32,33%, два раза в неделю 6,66%, 9% детей не едят мяса.

Ежедневное употребление фруктов отметили только 38% (n=114), часто 45,66% (n=137), редко дают детям фрукты 13% (n=39), не дают 3,33% (n=10) (рис. 2).



Рис. 2. Частота употребления фруктов детьми.

В вопросе анкеты, о полезных продуктах питания для их детей большинство респондентов (59%) отметили, что в рационе их детей необходимо добавить овощи, фрукты, соки (59%).

Употребление в меню ребенка легкоусвояемых углеводов (сладкая выпечка,

макаронные изделия, печенье, чипсы) родители отметили следующим образом: часто 62% (n=173), редко 26% (n=78), не употребляют 12% (n=37) (рис. 3). Сладости, как шоколад и конфеты получают каждый день 52,3% дошкольников.





Рис. 3. Частота употребления легкоусвояемых углеводов.

В то же время, ежедневное употребление полезной утренней каши отметили в рационе детей 60% родителей, редкое - 24% и не употребляют кашу 16%. Выявлен низкий уровень потребления молока: 200 мл - 50% детей, 500 мл - 15,33% детей, совсем из домашнего рациона исключили молоко родители 34,66% детей.

Известно, что суточная потребность дошкольника в воде составляет в среднем 60 мл на 1 кг веса. В наших исследованиях выявлено, что количество воды в день, употребляемого ребенком составляет, по данным опроса: 200 мл - 29,66% детей, 500 мл - 54% детей и больше 500 мл – всего 16,33%, что свидетельствует о ее недостаточности (рис. 4).



Рис. 4. Количество воды, употребляемой детьми.

Для оценки физического развития детей проводилась соматометрия – измерялись вес, рост и окружность грудной клетки детей. Анализ полученных результатов проводился с применением таблицы центилей, рекомендованных в практическом здравоохранении [10, 11] (Табл.)

Из нее видно, что согласно полученным нами данным, в области «очень

низких» величин по весу было больше девочек, чем мальчиков (3,8% и 1,2% соответственно) В области «низких» величин выявлена почти одинаковая доля мальчиков и девочек (6,2% и 6,4% соответственно). В области «очень низких» величин по росту больше девочек, чем мальчиков (9% и 4,1% соответственно), «низких» больше девочек, чем мальчиков (5,8% и 4,8% соответственно).

Таблица–Таблица центилей (по Е.И. Васильевой, 2013)

Величина (центиль)	ОГКл (%)		Рост (%)		Вес (%)	
	Д	М	Д	М	Д	М
Очень низкий -3-	10,32	7,58	9,03	4,13	3,87	1,37
Низкий -10-	7,09	6,2	5,8	4,82	6,45	6,2
Ниже среднего -25-	41,93	44,13	7,74	10,34	9,67	17,93
Средний -50-	32,25	34,48	54,19	62,75	62,58	56,55
Выше среднего -75-	4,51	4,82	7,09	6,89	12,9	11,72
Высокий -90-	3,87	2,66	7,09	11,02	4,51	6,19

В нашем исследовании проведен сравнительный анализ показателей физического развития детей посещающих и не посещающих дошкольное образовательное учреждение (ДОУ). Сравнительный анализ росто-весовых показателей детей среди детей, посещающих ДОУ, меньше детей с очень низкой массой тела (4,16%), чем среди детей, не посещающих ДОУ (13,3%). Детей с массой тела в области высоких величин больше среди посещающих ДОУ детей (17,5%), чем среди не посещающих ДОУ (3,8%) детей. Меньше детей с очень низким и низким ростом оказалось в группе посещающих ДОУ (12,5% и 12,5% соответственно), чем в группе не посещающих ДОУ детей (27,5% и 18,3% соответственно).

Показатели роста в области высоких величин больше в группе посещающих ДОУ детей (11,6 и 4,16%), чем в не посещающих ДОУ детей (7,2% и 1,6%).

### **Заключение**

Таким образом, анализ полученных в исследовании данных позволил выявить недостаточную кратность кормления детей (46,6% опрошенных родителей указали на 3-х разовый режим питания) и нерациональность их питания. Выявлено, что основу питания детей составляют легкоусвояемые углеводы (62%) и сладости (71,6%). При этом 50% из них недополучают в ежедневном рационе молока, 36% - рыбу и рыбные продукты, 48% - мясо и мясные продукты. Кроме

того, употребление полезной утренней каши детьми недостаточно (40% не употребляют каши по утрам). Из общего числа респондентов только 16% отметили достаточное потребление воды детьми.

Сравнительный анализ между показателями физического развития организованных и неорганизованных детей, показал, что росто-весовые показатели организованных детей, то есть посещающих ДОУ выше, чем у неорганизованных.

Все вышеизложенное, свидетельствует о необходимости повышения информированности медицинских работников в ЦСМ и дошкольных образовательных учреждениях в вопросах питания дошкольников и важности проведения бесед с родителями, с целью повышения их осведомленности о проблемах питания их детей.

### **Литература**

1. Баранов, А.А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах: монография/ А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева.-М.: Династия, 2004.-168 с.

2. Лир, Д.Н. Гигиеническая оценка показателей физического развития детей дошкольного возраста г. Перми /Д.Н. Лир // Сборник статей «Научная сессия Пермской государственной медицинской академии имени академика Е.А. Вагнера.

*Навстречу 100-летию высшего медицинского образования на Урале». –Пермь, 2014.–С. 37–40.*

3. Кочкорова, Ф.А. *Физическое развитие школьников, проживающих в южных регионах Кыргызской Республики: одномоментное исследование/ Ф.А. Кочкорова, Р.М. Атамбаева, Г.С. Китарова// Педиатрическая фармакология.–2018.-№15 (4).–С.310-317.*

4. Кочкорова, Ф.А. *Гигиеническая оценка питания и состояния здоровья детей в детских дошкольных учреждениях г. Бишкек // дис... канд.мед. наук: 14.00.07. – Бишкек, 2009-170 с.*

5. Кучма, В.Р. *Методы оценки физического развития детей при популяционных исследованиях/ В.Р. Кучма, Н.А. Скоблина // Российский педиатрический журнал.-2008.-№2.–С.47-49.*

6. Гулькинова, О.С. *Питание детей в возрасте старше года/ О.С. Гулькинова //Педиатрия.-2009.-88(5). – С.76-79.*

7. Баранов, А.А. *Состояние здоровья детей в Российской Федерации / А.А. Баранов // Педиатрия.-2012.-№91(3).-С. 9-14.*

8. Украинцев, С.Е. *Некоторые аспекты питания детей дошкольного возраста: формирование пищевых привычек и их влияние на состояние здоровья / С.Е. Украинцев // Педиатрия.-2009.-Том 88.-№6.-С. 91-95.*

9. Беляков, В.А. *Влияние вида вскармливания на физическое развитие детей /В.А. Беляков, А.В.Кашин, И.В. Попова // Гигиена и санитария.-2003.-№5.-С. 48-49.*

10. Васильева, Е.И. *Физическое развитие детей: учебно-методическое пособие для иностранных студентов-ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России.-И: ИГМУ, 2013.-32 с.*

11. Аверьянова, Н.И. *Комплексная оценка состояния здоровья детей школьного возраста / Н.И. Аверьянова, А.И. Егорова // Методические рекомендации. -Пермь, 2006.- 55 с.*

**АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ КОРИ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

**С.В. Чечетова<sup>1</sup>, Р.М. Кадырова<sup>1</sup>, З.К. Джолбунова<sup>1</sup>, Г.А. Карамурзаева<sup>1</sup>,  
Г.С. Даданова<sup>2</sup>, А.А. Бочарникова<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

<sup>2</sup>Республиканский центр иммунопрофилактики (РЦИ)

<sup>3</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: chechetova.svetl@mail.ru*

**Резюме.** Проведен анализ эпидемиологической ситуации кори в Кыргызской Республике. Чаще болеют непривитые дети в возрасте от года до 5 лет. Сохраняется тенденция снижения охвата прививками против кори, снижение регистрации случаев кори в регионах Республики, что способствует удлинению эпидемического процесса и негативному влиянию на вероятность наступления элиминации вируса кори.

**Ключевые слова:** дети, корь, эпидемия, диагностика, иммунизация.

**КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КЫЗАМЫКТЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫ**

**С.В. Чечетова<sup>1</sup>, Р.М. Кадырова<sup>1</sup>, З.К. Джолбунова<sup>1</sup>, Г.А. Карамурзаева<sup>1</sup>,  
Г.С. Даданова<sup>2</sup>, А.А. Бочарникова<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

<sup>2</sup>Иммунопрофилактика боюнча республикалык борбору

<sup>3</sup>Кыргыз-Орус Славян университети  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргыз Республикасындагы кызамыктын эпидемиологиялык абалы боюнча талдоо жүргүзүлдү. Кобунэсе бир жаштан беш жашка чейинки эмделбеген балдар ооруйт. Кызамыкка каршы эмдоо камтуусунун томондошу, республиканын региондорунда кызамыктын катталынбоосу кызамыктын эпидемиологиялык процессинин узарышына оболго тузот жана кызамыктын вирусунун элиминация болушуна терс таасирин тийгизет

**Негизги сөздөр:** жаш балдар, кызамык, эпидемия, дартты аныктоо, иммундаштыруу.

**ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF MEASLES  
IN KYRGYZSTAN**

**S.V. Chechetova<sup>1</sup>, R.M. Kadyrova<sup>1</sup>, Z.K. Djolbunova<sup>1</sup>, G.A. Karamurzaeva<sup>1</sup>,  
G.S. Dadanova<sup>2</sup>, A.A. Bocharnikova<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

<sup>3</sup>Republican Center for Immunization (RCI)

<sup>3</sup>Kyrgyz-Russian Slavic University  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** The analysis of the epidemiological situation of measles in the Kyrgyz Republic was carried out. Unvaccinated children aged from one to five years are more often ill. The trend towards a decrease in measles immunization coverage, a decrease in the registration of measles cases in the regions of the Republic, which contributes to the lengthening of the

epidemic process and the negative impact on the likelihood of measles virus elimination, continues.

**Key words:** children, measles, epidemic, diagnostics, immunization.

**Введение.** По данным отчета Регионального комитета по верификации кори и краснухи в Кыргызской Республике (от 24.01.19 г.), в 2012-2014 годах и 2015 году был подъем заболеваемости корью, передача вируса кори была прервана в результате проведения туровой вакцинации населения в 2015 году в возрасте от 1 года до 20 лет. Однако, с 2018 года в Кыргызстане отмечается подъем заболеваемости корью (1005 человек по данным РЦИ), начало которой было связано с прибытием 2-х детей, больных корью в декабре 2017 года из г. Москвы [1]. По результатам генотипирования вируса, полученного от больных корью в Кыргызстане за период времени с декабря 2017 года по декабрь 2018 года в институте Габричевского (г. Москва), был выявлен генотип В3 (генетическая линия MVs/Dublin.IRL/8.16), который активно циркулировал в г. Москве с июня 2017 г. [2].

Динамика анализа заболеваемости корью в Кыргызской Республике с 2000 по 2019 год показали, что подъем заболеваемости отмечался в 2010-2011 гг. (223 случая), а в 2014-2015 гг. (17779 случаев). Однако следует отметить, что число случаев кори 2010-2011 гг. явно занижено, т.к. в этот период трудно было регистрировать все случаи в связи с социально-политическим неблагополучием в стране. Создается впечатление искусственного снижения числа заболевших в 2014-2015 гг., т.к. первоначально, даже при не очень точной регистрации случаев кори, было выявлено более 22000, число которых постепенно уменьшилось до 17779 [3]. Возможно, эта ситуация

была облегчена тем, что по предложению экспертов ВОЗ, после 500 случаев была рекомендована регистрация кори по клинико-эпидемиологическим критериям, без лабораторных исследований. В тоже время, в период элиминации вируса кори ВОЗ было рекомендовано обязательное лабораторное подтверждение. По-видимому, в связи с этим элиминация вируса кори прогностически затруднена [4].

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических особенностей течения кори в 2018 г. в Кыргызстане.

### **Материалы и методы исследования**

Был проведен анализ эпидемиологических данных отчета Регионального комитета по верификации кори и краснухи в Кыргызской Республике (от 24.01.19 г.), а также данных отчета РКИБ за период времени с 26 декабря 2017 года по 25 декабря 2018 года. Результаты анализа полученных показателей, были обработаны с использованием компьютерных программ SPSS и Excel и представлены в виде диаграмм.

### **Результаты и их обсуждение**

В 2018 году было зарегистрировано 1005 (интенсивный показатель 16,1) случаев кори по Кыргызской Республике, из них 515 (51,2%) – подтверждены лабораторно, а в 490 случаях диагноз был выставлен по клинико-эпидемиологическим данным из-за недостаточной обеспеченностью тест-системами. С января 2019 г. уже зарегистрирован 319 случаев заболевания (рис. 1).

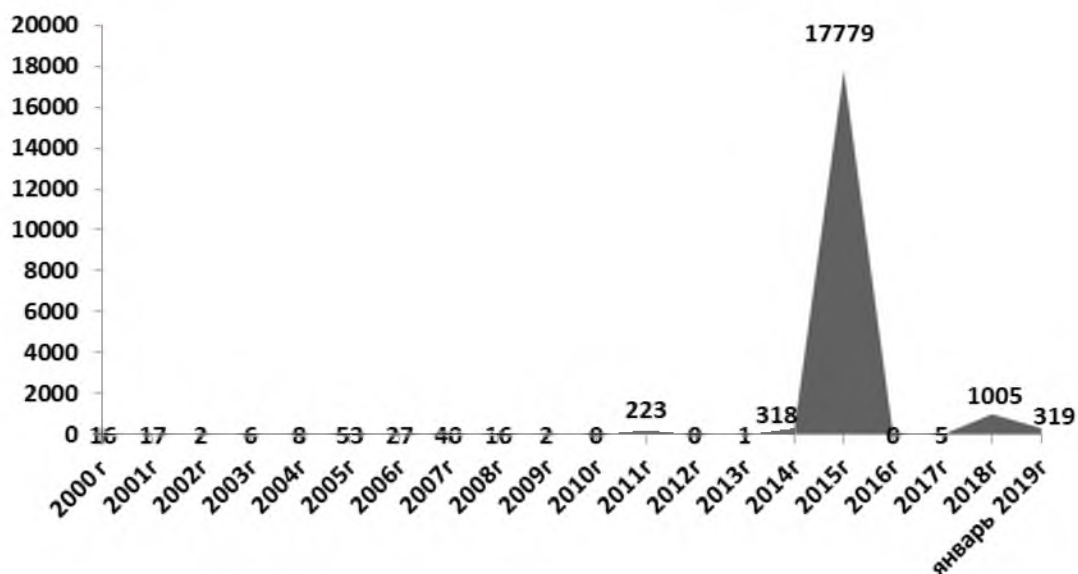


Рис. 1. Динамика заболеваемости корью в Кыргызской Республике с 2000 по 2019 год.

Наибольшее число заболевших корью 575 случаев (51,6%) зарегистрировано в г.Бишкек; 243 случаев (24,9%) - в Чуйской области; 97 случаев (8,2%) - в Джал-Абадской области; 20 случаев (1,5%) - в Ошской области; 18 случаев (6,1%) - г.Ош; 19 случаев (3,9%) - в Исык-Кульской области, 11 случаев (3,9%) - в Нарынской области, 8 случаев (1,7%) - в Баткенской области. Эти данные показывают, что идет низкая регистрация кори по районам Республики. Так как социально-бытовые условия жизни вынуждают население периодически мигрировать, не должно быть такой разницы заболеваемости корью между г.Бишкек, Чуйской области и регионами Республики.

Из числа заболевших по прививочному статусу пациенты были распределены следующим образом: непривитые—940 (93,5%); до вакцинального возраста (дети до 1 года) - 452 случаев (44,9%); ме-

дицинский отвод - 116 (11,5%); отказ от вакцинации - 215 (21,5%), миграция - 48 (4,7%), прививочный статус неизвестен в 109 случаях (10,8%). Обращает на себя внимание большое количество необоснованных отказов и медицинских отводов от вакцинации. Большинство случаев отказа от прививок было связано с недоверием родственников к качеству вакцины, а также по религиозным убеждениям.

Одновременно был проведен анализ эпидемиологических показателей у больных, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) с 26 декабря 2017 года по 25 декабря 2018 года. Всего поступило в стационар 812 больных с диагнозом «Корь». Среди госпитализированных пациентов преобладали (87,1%) дети, из них 45,7% случаев составили дети до 1 года жизни (рис. 2).

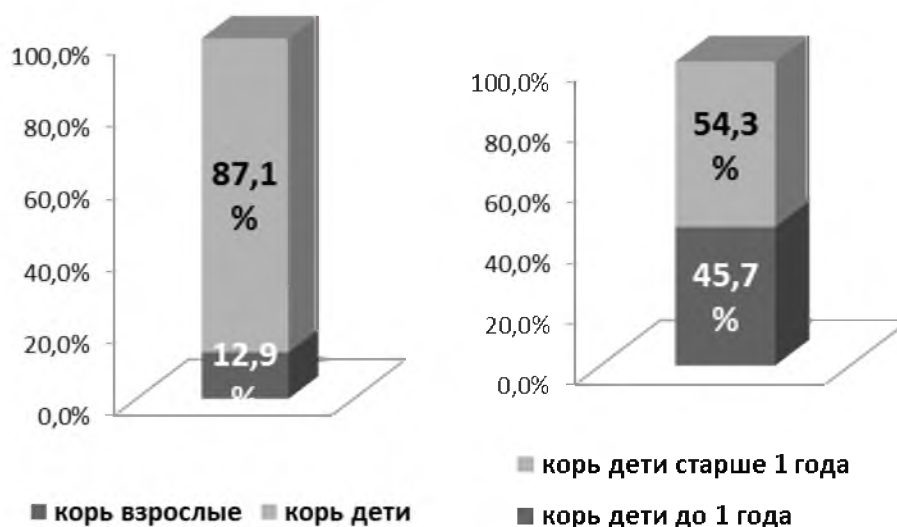


Рис. 2. Возрастная структура больных корью среди госпитализированных в РКИБ.

При детальном анализе, возрастная структура детей, заболевших корью, по данным РКИБ, была представлена следующим образом (рис. 3): дети до года составили 45,7% всех случаев, дети от 1 года до 5 лет – 44,1%, дети школьного

возраста составили только 10,2%. Высокий процент удельного веса в структуре заболевших корью детей от года до 5 лет свидетельствует о продолжающемся низком охвате прививками против кори, даже после эпидемии в 2015 году.

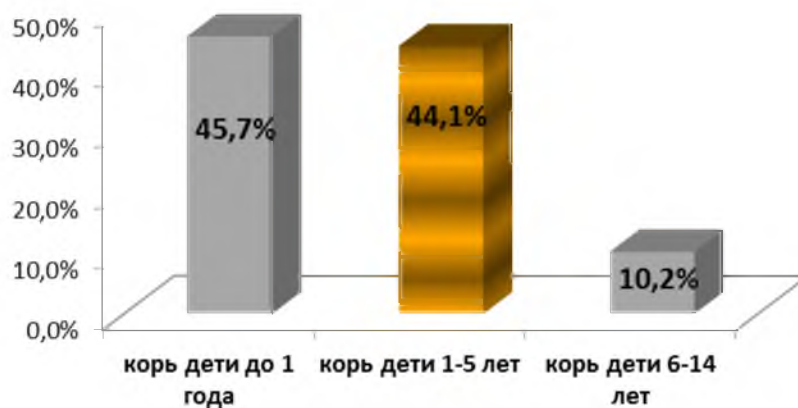


Рис. 3. Возрастная структура детей, больных корью.

Анализ прививочного статуса выявил, что только 15,1% больных в возрасте от 1 года жизни и до 51 года были привиты

против кори, непривитые - 81,5% и у 3,4% пациентов прививочный статус неизвестен (рис. 4).



Рис. 4. Прививочный статус больных корью в 2018 г. по данным РКИБ.

Из эпидемиологического анамнеза было установлено, что 57,2% больных корью имели контакт в лечебных учреждениях (стационары, ЦСМ г.Бишкек),

реже выявлен контакт в домашних условиях (21,2%) и не уточнен в 21,6% случаев (рис. 5).



Рис. 5. Контакты с больными корью.

Интересно отметить, что среди детей с диагнозом «Корь», поступивших в РКИБ, преобладали (76,1%) мальчики

(рис. 6), что, возможно было связано с более частыми отказами от вакцинации.



Рис. 6. Распределение больных корью детей по полу.

За 2018 год через отделение реанимации РКИБ прошло всего 40 больных, из них до 1 года-21, старше года - 19, взрослый-1. По итогу 2018 года, по РКИБ, зарегистрировано у детей 3 ле-

тальных случая кори, осложненной пневмонией.

Диагноз кори был лабораторно подтвержден у 49,9% больных, в остальных случаях (50,1%) диагноз был выставлен



клинико-эпидемиологически в связи с отсутствием необходимого количества реактивов в лаборатории ДГСЭН для проведения ИФА исследования.

Таким образом, отмечается сокращение межэпидемического периода кори до 2-х лет, сохраняется тенденция снижения охвата прививками против кори, снижение регистрации случаев кори в регионах Республики и искусственное занижение показателей заболеваемостью корью, что способствует удлинению эпидемического процесса и негативному влиянию на вероятность наступления элиминации вируса кори.

### Литература

1. *Протокол №5. Заседание штаба Министерства Здравоохранения по локализации и предотвращению дальнейшего распространения случаев кори в республике от 24.01.2019 г., г. Бишкек.*

2. *Особенности течения кори в Кыргызстане в 2017-2018 г. / [Л.Х. Алиева, Г.К. Сейдакматова, Ж.К. Байсеитова и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.–2018.–№2.–С. 119-123.*

3. *Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015 гг. / [А.Ш. Джумагулова, А.К. Саркина, Н.В. Фесенко и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.–2015.–№2 (1). – С.15-17.*

4. *Внутрибольничная корь / [Д.К. Чыныева, М.М. Баялиева, Г.А. Карамурзаева и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. - №2. – С. 116-119.*

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ  
ВЫРАЖЕННОСТИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ПОЛИНЕВРОПАТИИ  
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

**М.С. Молдобаева, Н.М. Эсенгелдиева**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: m\_moldobaeva@mail.ru  
nirpewka@gmail.com*

**Резюме.** Цель: Изучить эффективность применения тиоктовой кислоты (ТК) на субъективные и объективные показатели выраженности диабетической полиневропатии (ДПН) в зависимости от продолжительности заболевания в комплексном лечении у больных сахарным диабетом 2-типа (СД 2): 42 больных СД 2 в основной группе, которые получали препарат ТК (Тиоктон) производителя Rompharm Company и 29 в контрольной группе, которые не получали препараты ТК. Длительность СД: 1-группа от 5 до 10 лет и 2-группа- более 10 лет. Применение ТК у больных СД 2 в основной группе дает положительный эффект в виде снижения выраженности субъективных и объективных признаков ДПН, более выраженный в группе больных с продолжительностью заболевания более 10 лет, а в контрольной группе незначительное снижение и только субъективных признаков. Для получения устойчивости положительного эффекта субъективных и объективных признаков ДПН при СД 2 от применения препаратов ТК более 1 месяца, необходимо продолжить применение ТК в амбулаторных условиях.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диабетическая полиневропатия, продолжительность, тиоктовая кислота.

**ДИАБЕТТИН УЗАКТЫГЫНА ЖАРАША ТИОКТ КЫЧКЫЛДЫГЫНЫН  
ДИАБЕТТИК ПОЛИНЕВРОПАТИЯНЫН БЕЛГИЛЕРИНЕ КАРАТА  
КОЛДОНУУ ТАЖЫРЫЙБАСЫ**

**М.С. Молдобаева, Н.М. Эсенгелдиева**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,  
эндокринология курсу менен ички ооруулар пропедевтикасы кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 2-типтеги кант диабетин комплекстүү дарылоодогу, тиокт кычкылдыгынын (ТК) диабеттик полиневропатиянын (ДПН) объективдүү жана субъективдүү белгилерине тийгизген таасирин изилдөө: 2-типтеги кант диабетти менен жабыркап, Rompharm Company өндүргөн ТК (Тиоктон) алган 42 бейтап негизги топто жана ТК албаган 24 бейтап салыштырма топто. Диабеттин узактыгына карата: 1-топ 5 жылдан 10 жылга чейин, 2-топ 10 жылдан ашык. ТК оң таасири 2-типтеги кант диабетти менен жабыркаган бейтаптарда ДПНнын объективдүү жана субъективдүү көрсөткүчтөрүнө оорунун узактыгынан көз каранды болуп, узактыгы 10 жылдан ашык топто көбүрөөк байкалат, ал эми салыштырма топто субъективдүү гана көрсөткүчтөр бир аз төмөндөгөн. ТК колдонуудагы 2-типтеги кант диабетинин ДПНга тийгизген он тааси-

ринин туруктуулугун 1 айдан ашык сакталуусу үчүн, ТК амбулатордук шарттарда колдонууну улантуу туура келет.

**Негизги сөздөр:** кант диабети, диабеттик полиневропатия, узактык, тиокт кычкылдыгы.

### EXPERIENCE OF USING THIOCTIC ACID ON THE SEVERITY OF DIABETIC POLYNEUROPATHY, DEPENDING ON THE DURATION OF DIABETES

**M.S. Moldobaeva, N.M. Esengeldieva**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
department of propedeutics of internal diseases with endocrinology course  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** Objective: To study the effectiveness of the use of thioctic acid (TA) on subjective and objective indicators of the severity of distal diabetic polyneuropathy (DPN) depending on the duration of the disease in complex treatment in patients with type 2 diabetes mellitus (DM 2): 42 patients with type 2 diabetes in the main group, who treated with TA (Tiocton) of Rompharm Company and 24 patients in the control group, who did not treat with TA. Duration of DM 2: the 1st group from 5 to 10 years and the 2nd group over 10 years. The use of TA in patients with type 2 diabetes with DPN has a positive effect in the form of a reduction in the severity of subjective and objective signs, more in group with duration of DM 2 over 10 years and in the control group a slight decrease only subjective signs. To obtain the stability of the positive effect of subjective and objective signs of DPN in DM 2 from the use of preparations of TA for more than 1 month, it is necessary to continue the use of TA on an outpatient basis.

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic polyneuropathy, duration, thioctic acid.

**Актуальность.** По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) число лиц с сахарным диабетом (СД) с 1980 по 2014 год увеличилось в 4 раза [1]. В настоящее время страдают более 425 млн человек (из них треть составляют люди старше 65 лет), к 2045 году количество людей с СД может возрасти до 629 млн [2]. В Кыргызстане также неуклонно растет количество больных с СД, по данным Центра Электронного Здравоохранения на 2017 г. составляет 55831 [3]. Около 90–95% приходится на СД 2. У людей с обоими типами диабета развиваются мультисистемные осложнения, приводящие к инвалидности или смерти [4]. Одной из наиболее частых осложнений является диабетическая полиневропатия (ДПН). Распространенность ДПН при СД 1-го и 2-го типа примерно одинакова и зависит от эффектив-

ности компенсации углеводного обмена и длительности диабета.

ДПН – это клинически или субклинически явное нарушение функции периферических нервов при СД при отсутствии других причин периферической невропатии [5]. Практически у всех больных СД (от 30 до 90%) 75% случаев синдрома диабетической стопы рассматривается как следствие ДПН, которая может проявляться как покалывание, жжение, боль, судороги, парестезии или онемение на конечностях. Развитие и тяжесть микрососудистых осложнений связаны с длительной гипергликемией [6, 7].

Изменения на ранних стадиях ДПН обратимы при стабильном гликемическом контроле [7, 8]. Длительная гипергликемия увеличивает высвобождение свободных радикалов кислорода в мито-

хондриях (окислительный стресс), с активацией: полиолового окисления, высвобождением гексозамина, киназы С и AGE [9], которые оказывают повреждающее действие на нейроны. В настоящее время феномен «окислительного стресса» рассматривают в качестве основной причины генерализованного поражения периферических нервов [6, 7, 10].

В 1951 году альфа-липоевая кислота (АЛК) была идентифицирована как кофермент в цикле трикарбоновых кислот (цикл Кребса) [11], предотвращает повреждение нервов при оксидативном стрессе, увеличивая уровень поглощения глюкозы в эндоневрии, повышая активность супероксиддисмутазы и супероксидкаталазы. Эффективность, безопасность и антиоксидантное действие АЛК (тиоктовой) при периферической и кардиоваскулярной автономной нейропатии изучены в рандомизированных, двойных слепых, многоцентровых, плацебоконтролируемых исследованиях: (ALADIN, ALADIN II, ALADIN III, ORPIL, SYDNEY, DEKAN, NATHAN I и NATHAN II), уменьшение субъективных и объективных проявлений ДПН, болевого синдрома, улучшение чувствительности в ряде других исследований [12, 13]. Благодаря мощным антиоксидантным свойствам, АЛК может нивелировать симптоматику ДПН. Таким образом, основным методом профилактики ДПН при СД является поддержание стабильной нормогликемии, которая препятствует активации процессов окислительного стресса. Торонтская группа экспертов по ДПН из США, Англии, Канады, Германии, Франции, Голландии, Италии, Дании, Шотландии, Венгрии считает, что «АЛК – единственное патогенетическое средство лечения дистальной симметричной сенсорно-моторной ДПН с доказанной в девяти рандомизированных контролируемых исследованиях эффективностью с уровнем доказательности –

класс А» [14]. McIllduff С.Е. и Rutkove S.B. (США) провели анализ баз данных MEDLINE, EMBASE и Кокрановской библиотеки, где суммировали данные рандомизированных слепых плацебоконтролируемых исследований парентеральной и пероральной форм АЛК в лечении ДПН. В анализ были включены исследования с уровнем доказательности не менее 2В [15]. Несмотря на это метаанализ не был включен в Кокрановскую базу данных [16]. Учитывая остающиеся неопределенности в области доказательности применения АЛК при СД и предложений приоритетов для будущих исследований [17] мы сочли возможным провести свой опыт исследования.

**Цель.** Изучить эффективность тиоктовой кислоты (ТК) на субъективные и объективные показатели выраженности ДПН в зависимости от продолжительности заболевания в комплексном лечении у больных СД 2.

### Материалы и методы

Нами обследованы 42 больных СД 2 в основной группе и 29 больных в контрольной группе. В зависимости от длительности диабета обследованные разделены на 2 группы: 1-группа от 5 до 10 лет средняя продолжительность заболевания СД 2 составила  $6,36 \pm 0,074$  лет и 2-группа- более 10 лет, средняя продолжительность  $12,6 \pm 0,08$  лет. Средний возраст в 1-группе  $60,5 \pm 0,145$  лет (19) и в 2-группе  $63,2 \pm 0,11$  лет (23). В контрольной группе с продолжительностью заболевания 5-10 лет средняя продолжительность заболевания СД 2 составила  $6,25 \pm 0,15$  лет и в группе с продолжительностью заболевания более 10 лет средняя продолжительность составила  $12,5 \pm 0,09$  лет, средний возраст в 1-группе  $61 \pm 0,36$  лет (8) и во 2-группе  $57,4 \pm 0,18$  лет (21). Уровень глюкозы плазмы венозной крови (норма  $4,0-6,1$  ммоль/л) и гликолизированного гемо-

глобина (HbA1c) (норма 4-6%) определяли на автоматических биохимических анализаторах «BS 360 mindray».

Для оценки субъективных показателей ДПН мы применили шкалу TSS (Total Symptom Score), где оценивается интенсивность и частота симптомов: «стреляющую» боль, жжение, парестезии и онемение в области стоп или голеней (норма 0 баллов) и шкалу НСС (Невропатический Симптоматический Счет) с оценкой симптомов: покалывание, жжение, онемение, ноющая боль, судороги, раздражение в стопах и ногах при прикосновении белью в зависимости от наличия и усиления ночью (норма 0 баллов). Оценка объективных показателей осуществлялась с помощью шкалы НДС (Невропатический Дисфункциональный Счет), которая включала оценку рефлексов (коленный, ахилловый) чувствительности (тактильная, болевая, температурная, вибрационная) (норма от 0 до 4 баллов). В основной группе обследованные пациенты наряду с сахароснижающей и заместительной инсулино терапией получали ТК европейского производителя Rompharm Company (Тиоктон) 600мг внутривенно капельно в течение 10 дней, а контрольная группа не получала препараты АЛК. Обе группы исследованы по шкалам НСС, НДС и TSS при поступлении, при выписке, а проспективно через месяц основная группа по шкале НСС и TSS.

Статистическая обработка данных проведена с использованием программы MS Excel 2010.

### Собственные результаты

Уровни глюкозы при поступлении в основной и контрольной группах с продолжительностью заболевания 5-10 лет составили в  $13,3 \pm 0,13$  ммоль/л и  $14,5 \pm 0,27$  ммоль/л, HbA1c  $11,9 \pm 0,08\%$  и  $11,3 \pm 0,19\%$ , с продолжительностью заболевания более 10 лет- $14,2 \pm 0,09$

ммоль/л и  $13,4 \pm 0,12$  ммоль/л, HbA1c  $11,6 \pm 0,07\%$  и  $12,7 \pm 0,07\%$  соответственно, т.е. были повышенными.

В контрольной группе выраженность субъективных и объективных признаков ДПН зависят от продолжительности заболевания выраженные в группе пациентов с СД 2 продолжительностью заболевания более 10 лет: субъективные показатели по шкале НСС  $5,25 \pm 0,2$  баллов в группе больных с продолжительностью СД 5-10 лет и  $7,7 \pm 0,08$  баллов в группе больных более 10 лет ( $p < 0,0001$ ), по шкале TSS  $2,1 \pm 0,11$  баллов и  $2,7 \pm 0,03$  баллов ( $p < 0,0001$ ) соответственно и объективные показатели по шкале НДС  $12,1 \pm 0,19$  баллов и  $16,4 \pm 0,1$  баллов ( $p < 0,001$ ) соответственно.

В основной группе при обследовании выраженности ДПН субъективные и объективные ее признаки также зависят от продолжительности заболевания и более выражены в группе пациентов с СД 2 продолжительностью заболевания более 10 лет: субъективные показатели по шкале НСС  $6,5 \pm 0,1$  баллов в группе больных 5-10 лет и  $7,8 \pm 0,03$  баллов в группе больных более 10 лет ( $p < 0,0001$ ), по шкале TSS  $2,4 \pm 0,05$  баллов и  $2,66 \pm 0,03$  баллов ( $p < 0,0001$ ) соответственно и объективные показатели по шкале НДС  $14,2 \pm 0,13$  баллов и  $16,3 \pm 0,103$  баллов ( $p < 0,0001$ ) соответственно.

В контрольной группе, которая получала сахароснижающую и заместительную терапии отмечено достоверное снижение только субъективных показателей ДПН при выписке в сравнении с показателями при поступлении по шкалам НСС ( $5,25 \pm 0,2$  баллов и  $3,75 \pm 0,2$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и TSS ( $2,1 \pm 0,11$  баллов и  $1,8 \pm 0,1$  баллов,  $p < 0,05$ ), а объективные показатели по шкале НДС не изменились в группе пациентов с продолжительностью

заболевания 5-10 лет. В группе пациентов с продолжительностью заболевания более 10 лет также выявлено достоверное снижение только субъективных показателей ДПН при выписке в сравнении с показателями при поступлении по шкалам НСС ( $7,7 \pm 0,08$  баллов и  $6,7 \pm 0,08$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и TSS ( $2,7 \pm 0,03$  баллов и  $2,3 \pm 0,06$  баллов,  $p < 0,0001$ ), а объективные показатели по шкале НДС не изменились.

В основной группе отмечалось достоверное снижение: субъективных показателей ДПН при выписке в сравнении с показателями при поступлении по шкалам НСС ( $6,5 \pm 0,1$  баллов и  $0,3 \pm 0,05$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и TSS ( $2,4 \pm 0,05$  баллов и  $0,16 \pm 0,03$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и объективных показателей по шкале НДС ( $14,2 \pm 0,13$  баллов и  $9 \pm 0,12$  баллов,  $p < 0,0001$ ) в группе пациентов с продолжительностью заболевания 5-10 лет. В группе пациентов с продолжительностью заболевания более 10 лет также выявлено достоверное снижение: субъективных показателей ДПН при выписке в сравнении с показателями при поступлении по шкалам НСС ( $7,8 \pm 0,03$  баллов и  $0,52 \pm 0,044$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и TSS ( $2,66 \pm 0,03$  баллов и  $0,35 \pm 0,03$  баллов,  $p < 0,0001$ ) и объективных показателей по шкале НДС ( $16,3 \pm 0,103$  баллов и  $10 \pm 0,05$  баллов,  $p < 0,0001$ ).

Эффективность препарата ТК в основной группе показала снижение субъективных и объективных показателей в динамике по шкалам НСС на  $6,2 \pm 0,05$  баллов, НДС на  $5,2 \pm 0,01$  баллов, TSS на  $2,24 \pm 0,1$  баллов у больных СД с продолжительностью заболевания 5-10 лет, на  $7,27 \pm 0,09$  баллов,  $6,3 \pm 0,05$  баллов и  $2,31 \pm 0,00$  баллов соответственно у больных с продолжительностью СД 2 10 и более лет. В контрольной группе, которая не получала препарат ТК, идет незначительное снижение только субъективных показателей по шкалам НСС на  $1,5 \pm 0,00$  баллов и TSS на  $0,3 \pm 0,09$  баллов у больных СД 2 с продолжительностью заболевания 5-10 лет и на 1 балл и  $0,4 \pm 0,00$  баллов соответственно при продолжительности заболевания 10 и более лет (рис. 1).

Проспективное обследование выявило, что после выписки из стационара через 1 месяц у пациентов СД 2 устойчивость полученного эффекта применения препарата ТК в основной группе достоверно снижается ( $p < 0,001$ ): признаки выраженности ДПН усиливаются по шкалам НСС и TSS в сравнении с признаками, которые были при выписке из стационара.

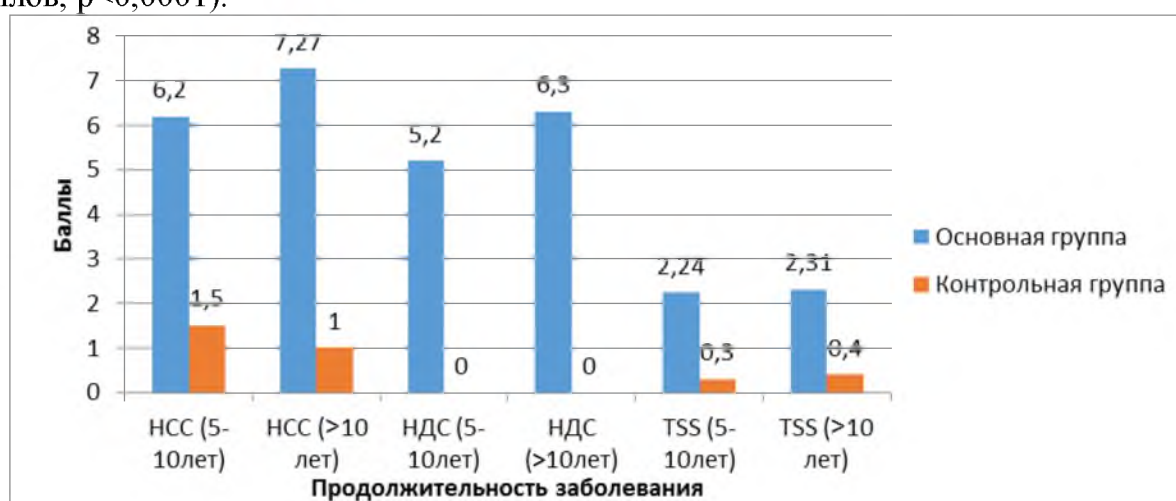


Рис. Динамика снижения показателей НСС, НДС и TSS основной и контрольной групп при выписке в сравнении с поступлением.

**Обсуждение.** При изучении нами эффективности ТК на субъективные и объективные показатели выраженности ДПН в зависимости от продолжительности заболевания в комплексном лечении у больных СД 2 выявлены некоторые особенности. В контрольной группе, которые получали сахароснижающую и заместительную инсулинотерапией без ТК, выраженность субъективных и объективных признаков ДПН у больных СД 2 зависела от продолжительности заболевания: больше в группе больных с продолжительностью заболевания более 10 лет, чем в группе больных 5-10 лет. У этой же группы положительная динамика выраженности субъективных и объективных признаков ДПН выявлена лишь по шкалам НСС в группе больных с длительностью СД 2 от 5 до 10 лет ( $p < 0,001$ ) и более 10 лет ( $p < 0,0001$ ) и TSS ( $p < 0,05$ ), ( $p < 0,0001$ ) соответственно. В основной группе выраженность ДПН у пациентов СД 2 зависела также от продолжительности заболевания и была больше в группе больных более 10 лет, чем в группе 5-10 лет. В этой же группе положительная динамика выраженности субъективных и объективных признаков ДПН, которые наряду с сахароснижающей и заместительной инсулинотерапией, получали препарат ТК (Тиоктон) европейского производителя Rompharm Company, выявлена у больных СД 2 по всем шкалам независимо от продолжительности заболевания ( $p < 0,0001$ ). Эффективность препарата в основной группе ярко выражена: снижены субъективные и объективные показатели в динамике по шкалам НСС, НДС и TSS у больных СД с продолжительностью заболевания 5-10 лет и 10 и более лет. В контрольной группе, которая не получала препарат ТК, незначительно снижены только субъективные показатели по шкалам НСС и TSS у больных СД 2 с продолжительностью заболевания 5-

10 лет и 10 и более лет. Результаты наших исследований, несмотря на короткий срок наблюдения, совпадают с результатами лучшего эффекта АЛК по шкале TSS в сравнении с плацебо ( $p < 0,05$ ) более чем на 50% у 52,7% больных других исследований с продолжительности исследования 4 месяца (ALADIN, ALADIN III, SYDNEY, NATHAN II, DEKAN) [18].

#### **Выводы:**

1. Применение ТК у больных СД 2 дает положительный эффект в виде снижения выраженности субъективных и объективных признаков ДПН независимо от продолжительности заболевания.
2. Для получения устойчивости положительного эффекта субъективных и объективных признаков ДПН при СД 2 от применения препаратов ТК, необходимо продолжить ее применение в амбулаторных условиях. Побочных эффектов в виде непереносимости не выявлено.

#### **Литература**

1. *NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants // Lancet.-2016.-387(10027)-P. 1513-1530.*
2. *Атлас IDF-издание 8-е, 2017.*
3. *Центр Электронного Здравоохранения пр МЗ КР [Электронный ресурс].- Режим доступа: <http://cez.med.kg/>, свободный.-Яз. русс. кырг.*
4. *Hosseini, A. Diabetic neuropathy and oxidative stress: therapeutic perspectives / A. Hosseini, M Abdollahi // Oxidative Medicine and Cellular Longevity.-2013.-Vol.2013-P. 15.*
5. *Boulton, A.J. Diabetic neuropathy / A.J. Boulton, R.A. Malik // Med. Clin. North Am.-1998.-82(4).-P. 909-929.*
6. *10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes / [R.R. Holman, S.K. Paul, M.A. Bethel et al.] // The New*

*England Journal of Medicine.*-2008.-  
Vol.359.-P. 1577–1589.

7. UKPDS: Intensive blood glucose with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes // *Lancet.*-1998.-Vol.352.-P. 837.

8. DCCT (The Diabetes Control and Complications Trial Research Group). The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus // *N Engl J Med.*-1993.-329.-P. 977–986.

9. Brownlee, M. The pathobiology of diabetic complications. A unifying mechanism / M. Brownlee // *Diabetes*-2005.-Vol. 5, no. 6.- P. 1615–1625.

10. Dyck, P.J. The prevalence by staged severity of various types of diabetic neuropathy, retinopathy and nephropathy in a population-based cohort: the Rochester Diabetic Neuropathy Study / P.J. Dyck, K.M. Katz, J.L. Karnes // *Neurology.*-1993.-Vol.43.-P. 817–824.

11. Reed, L.J. Crystalline  $\alpha$ -lipoic acid: a catalytic agent associated with pyruvate dehydrogenase // L.J. Reed, B.G. Debusk, I.C.Gunsalus // *Science.*- 1951.-Vol. 114, no. 2952.-P. 93–94.

12. Ziegler, D. Treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy with antioxidant  $\alpha$ -lipoic acid: a metaanalysis / D. Ziegler, H. Nowak, P. Kemplert // *Diabet Med.*-2004.-Vol. 21.-P. 114–121.

13. Ziegler, D. Oral treatment with  $\alpha$ -lipoic acid improves symptomatic diabetic polyneuropathy: the SYDNEY 2 trial / D. Ziegler, A. Ametov, A. Barinov // *Diabet Care.*-2006. -Vol. 29.-P. 2365–2370.

14. Tesfaye, S. Diabetic neuropathies: update on definitions, diagnostic criteria, estimation of severity, and treatments / S. Tesfaye, A.J.M. Boulton, P.J. Dyck // *Diabetes Care.*-2010.-Vol. 33(10)-P. 2285–2293.

15. McIllduff, C.E. Critical appraisal of the use of  $\alpha$  lipoic acid (thioctic acid) in the treatment of symptomatic diabetic polyneuropathy / C.E. McIllduff, S.B. Rutkove // *Ther. Clin. Risk Manag.*-2011.-Vol. 7.-P. 377-385.

16. Mirza, N.  $\alpha$ -lipoic acid for diabetic peripheral neuropathy (Protocol) / N. Mirza, D.R. Cornblath, S. Hasan // *Cochrane Database of Systematic Reviews.*-2005.-no. 4.

17.  $\alpha$ -lipoic acid for diabetic peripheral neuropathy (Protocol) / [C. Baicus, A. Purcarea, E. von Elm et al.] // *The Cochrane Collaboration.*-2018.

18. Ziegler, D.  $\alpha$ -Lipoic acid in the treatment of diabetic polyneuropathy in Germany: Current evidence from clinical trials / D. Ziegler, M. Reljanovic, H. Mehnert // *Exp Clin Endocrinol Diabetes.*-1999.-107.-P. 421-430.



**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ТОКСОПЛАЗМОЗА  
У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА**

**А.К. Саркина, А.М. Аширова**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,  
Кафедра инфекционных болезней  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: asarkina@mail.ru  
chopika8@gmail.com*

**Резюме.** Токсоплазмоз является одной из актуальных оппортунистических инфекций у ВИЧ-инфицированных. Церебральный токсоплазмоз не имеет патогномичных симптомов, в связи с чем имеются трудности в диагностике заболевания. В данной статье на примере клинического случая показано клиническое течение церебрального токсоплазмоза на фоне ВИЧ – инфекции. В лабораторной диагностике церебрального токсоплазмоза большое значение имеют иммуноферментный анализ (ИФА) крови на выявление антител к токсоплазме и магнитно-резонансная томография головного мозга (МРТ).

**Ключевые слова:** церебральный токсоплазмоз, ВИЧ-инфекция, иммуноферментный анализ, магнитно-резонансная томография.

**АИВ МЕНЕН ООРУГАН АДАМДЫН ЦЕРЕБРАЛДЫК ТОКСОПЛАЗМОЗДУН  
КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ**

**А.К. Саркина, А.М. Аширова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Жугуштуу оорулар кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Токсоплазмоз АИВ оорулуулардын актуалдуу оппортунистикалык инфекцияларынын бири болуп саналат. Церебралдык токсоплазмоздун өзгөчө белгилери жок, ошондуктан дартты аныктоо кыйынчылыкты туудурат. Бул макалада мисалга келтирилген клиникалык учурда церебралдык токсоплазмоздун клиникалык багыты АИВ инфекциясынын алкагында көрсөтүлгөн. Церебралдык токсоплазмозду лабораториялык аныктоодо маанилуу болуп иммуноферменттик кандын анализинен токсоплазмозго каршы антителдерди аныктоо жана баш мээсинин МРТсы маанилуу болуп эсептелет.

**Негизги сөздөр:** церебралдык токсоплазмоз, АИВ–инфекциясы, иммуноферменттик анализи, магнит – резонанстык томографиясы.

**CLINICAL CASE OF CEREBRAL TOXOPLASMOSIS  
IN HIV-INFECTED PATIENT**

**A.K. Sarkina, A.M. Ashirova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of Infectious Diseases  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** Toxoplasmosis is one of the actual opportunistic infections in HIV infected. Cerebral toxoplasmosis has no specific symptoms therefore it is difficult to diagnose. This article shows the clinical course of cerebral toxoplasmosis with HIV infection. Detection of antibodies by enzyme immunoassay and magnetic-resonance imaging are important in the laboratory diagnosis of cerebral toxoplasmosis.

**Keys words:** cerebral toxoplasmosis, HIV-infection, enzyme immunoassay, magnetic-resonance imaging.

**Введение.** Токсоплазмоз – протозойное зоонозное острое инфекционное заболевание, вызываемое *Toxoplasma gondii*, проявляющееся различными вариантами течения и полиморфизмом клинических проявлений при отсутствии патогномичных симптомов, который на сегодня рассматривается, прежде всего, как оппортунистическая инфекция, развивающаяся на поздней стадии ВИЧ/СПИД инфекции, и представляет собой актуальную медико-социальную проблему.

Распространенность токсоплазмоза в мире невероятно высока, в основном за счет стран Африки, Латинской и Южной Америки, в которых инфицированность населения достигает до 90%. Показатели в Европе и Северной Америки - 25-50% [1]. В разных странах уровень инфицированности иммунокомпетентного населения колеблется от 5-10 до 50 и более процентов. Распространенность токсоплазмоза в России у лиц в возрасте 20-40 лет составляет от 8-10% до 23%. Жители сельской местности инфицируются гораздо чаще, чем городское население. В Казахстане инфицированы токсоплазмозом более 77% населения [2]. В Кыргызстане серораспространенность (методом ИФА) составляет 6,2% в сельской местности и 19,0% в городской местности [3].

У больных СПИДом церебральный токсоплазмоз занимает 2-3 место среди оппортунистических инфекций [4]. Несмотря на лечение, летальность от данного заболевания у людей с ВИЧ/СПИДом остается высокой и со-

ставляет 36% [5]. С внедрением антиретровирусной терапии (АРВТ) церебральный токсоплазмоз в странах Европы и Северной Америки регистрируют реже, так в Европе заболеваемость сократилась в 4 раза. В США церебральный токсоплазмоз встречается в 3-15% у пациентов со СПИДом, в некоторых Европейских странах и в Африке в 50–75% [6]. В эпидемиологическом исследовании, проведенном в Мехико у 320 пациентов на стадии СПИДа, в 42% был выявлен церебральный токсоплазмоз, в 28% церебральный криптококкоз, в 8,7% туберкулезный менингит, и др. [7].

Церебральный токсоплазмоз не имеет патогномичных клинических признаков и часто проявляется головной болью, лихорадкой, общей слабостью, очаговыми неврологическими симптомами, когнитивными расстройствами, судорогами и нарушением сознания. В лабораторной диагностике используется ИФА крови на наличие антител к токсоплазме. По литературным данным, примерно у 5% ВИЧ-инфицированных пациентов на момент постановки диагноза токсоплазмоза антитела к *Toxoplasma gondii* отсутствуют [3]. Но отрицательный серологический анализ на токсоплазмы, определяемый методом ИФА, не должен использоваться для исключения диагноза токсоплазмоза у больных СПИДом [8]. В диагностике церебрального токсоплазмоза используется ПЦР диагностика для определения ДНК *T. gondii* в спинномозговой жидкости. Но диагностическая ценность ПЦР повышается при сочетании с методом ИФА [8]. Также можно

использовать биопсию головного мозга, в биоптатах мозга выявляются трофозоиты токсоплазм [3,8]. Большое значение в постановке диагноза имеют инструментальные методы диагностики, такие как компьютерная или магнитно-резонансная томография головного мозга, где можно выявить паразитарные очаги.

Таким образом, при комплексном применении лабораторных и инструментальных методов исследования повышается надежность диагностики церебрального токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных больных.

**Целью** нашего исследования явилось улучшение диагностики ВИЧ-опосредованного токсоплазмоза на примере клинического случая.

**Материалы и методы исследования**  
Проведено наблюдение и обследование больной с церебральным токсоплазмозом на фоне ВИЧ-инфекции, находившейся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) с 27.09. 2018 г. по 23.10. 2018 года. Проведена оценка клинических симптомов, лабораторных и инструментальных методов исследования (ИФА, МРТ).

### **Результаты и их обсуждение**

Церебральный токсоплазмоз не имеет характерной клинической картины, часто (54%) сочетается с другими оппортунистическими инфекциями и развивается у больных, не знающих о своем ВИЧ статусе [8].

Учитывая трудности диагностики церебрального токсоплазмоза, на примере клинического случая рассмотрены клинические и лабораторные аспекты диагностики.

Больная М., 40 лет, поступила в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 27.09.18 г. в 23:45 с направительным диагнозом «Церебральный токсоплазмоз?» в отделение реани-

мации и интенсивной терапии. Из анамнеза выяснено, что болеет она с августа 2017 г., когда появилась сыпь на ногах, затем на туловище и верхних конечностях, в течение 1 года лечилась у дерматолога по поводу аллергического дерматоза. Обратилась в поликлинику по месту жительства 30.08.18 г., ей был назначен ИФА анализ крови на гельминты и простейшие. В результате исследования выявили антитела класса IgG к токсокаре в титре 1:200. В связи с чем, в сентябре 2018 г. получала: альбендазол 7 дней, мебендазол 14 дней, также принимала секнидазол. Но состояние в динамике ухудшалось, с 24.09.18 г. отмечает головные боли, общую слабость, слабость в правых конечностях, снижение зрения. За неделю до госпитализации в РКИБ пациентка стала сонливой, неадекватной, дезориентированной. 25.09.2018 г. проведено МРТ головного мозга, где выявлены очаги предположительно паразитарного генеза. После чего больная направлена в г. Бишкек в РКИБ.

Состояние больной при поступлении расценивалось как тяжелое, температура тела 37,0°C. Больная правильного телосложения, нормального питания. Сознание soporозное, на вопросы не отвечает. На осмотр реагирует двигательным беспокойством. Глаза открывает, взгляд не фиксирует. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц сомнительная. Отмечался правосторонний птоз и анизокория справа. Фотореакция вялая. Девиация языка вправо. Движения в конечностях в полном объеме. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица, туловища, на конечностях полиморфная сыпь, округлой формы, местами корочки. Кожа лица гиперемирована, лицо пастозное. На слизистых полости рта имеются творожистые белые кандидозные налеты, по боковой поверхности языка лейкоплакия. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Пульс 85 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Отмечается артериальная гипертензия 170/110 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное, в легких дыхание проводится с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, слегка чувствительный, печень не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. На слизистых половых органов также имеются белые творожистые кандидозные налеты. Диурез снижен. Задержка стула.

Данные анамнеза болезни и клинические проявления кандидоза слизистых полости рта и половых органов, волосистой лейкоплакии языка, церебрального токсоплазмоза позволили предположить наличие у пациентки ВИЧ-инфекции, синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Были проведены следующие общие клинические и биохимические лабораторные исследования. Общий анализ крови от 28.09.18: гемоглобин-110 г/л, эритроциты- $3,5 \times 10^9$ /л, цветовой показатель-0,94, гематокрит-33.0%, лейкоциты- $3,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные-3%, сегментоядерные-59%, лимфоциты-37%, моноциты-1%, скорость оседания эритроцитов-17мм/ч, анизоцитоз +, пойкилоцитоз+. Общий анализ мочи от 28.09.18: цвет-соломенно-желтый, прозрачность - полная, реакция - кислая, белок - не обнаружен, кетоновые тела-отрицательные, эпителий плоский 3-2 в п/з, лейкоциты 1-2 в п/з. Биохимический анализ крови от 28.09.18: общий белок-59,4 г/л, альбумин-34,1 г/л, сахар-3,9 ммоль/л, Mg+

0.8мм/л, K+ 4,8 ммоль/л, кальций 2,0 ммоль/л, мочевины-3,9 ммоль/л, остаточный азот-15,1 ммоль/л, креатинин-60,1 мкм/л, билирубин общий-6,8 ммоль/л, прямой не определяется, не прямой 6,8, АСТ 0,08 мкмоль/л, АЛТ 0,11 мкмоль/л. Свертывающая система крови от 28.09.18-протромбиновое время - 20 ", протромбиновый индекс-87,7%. Прокальцитонин от 28.09.18 - 0,26 нг/мл. Исследование спинномозговой жидкости от 03.10.18-цвет безцветный, прозрачность полная, цитоз-6 кл, белок-0,016 г/л, р-я Нонне - Аппельта +, р. Панди +, глюкоза-3,7 мкмоль/л, хлориды-110 мкмоль/л. лимфоциты единичные.

*Результаты лабораторных исследований для подтверждения предполагаемого диагноза:* результат исследования на ВИЧ-инфекцию от 02.10.18-положительный, ПЦР ВИЧ от 09.10.18-вирусная нагрузка составила 476000 копий/мл, в ИФА выявлены антитела к *Toxoplasma gondii* IgG >250 МЕ/мл от 29.09.18, в ИФА на маркеры вирусных гепатитов от 03.10.18 - обнаружен HBsAg.

*Результаты инструментальных исследований:* МРТ головного мозга-обнаружены очаги с кольцевидным усилением и перифокальным отеком, что предполагает паразитарное поражение (рис.); УЗИ органов брюшной полости и почек - хронический холецистит, жировая инфильтрация печени, липоматоз поджелудочной железы, хронический пиелонефрит справа; рентгенограмма органов грудной клетки - без особенностей.

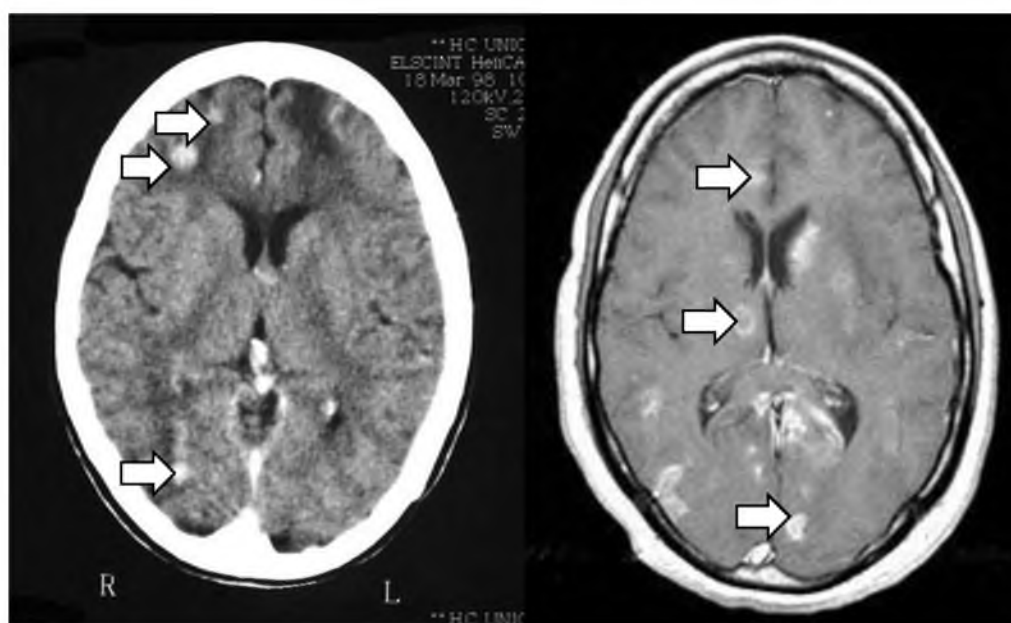


Рис. МРТ – признаки токсоплазмоза головного мозга.

Проведены консультации невролога (очаговый менингоэнцефалит паразитарной этиологии) и фтизиатра (специфический процесс исключен).

На основании клинических и лабораторных данных был выставлен диагноз: В20.8, клиническая стадия IV. Церебральный токсоплазмоз. Кандидоз кожи и слизистых. Волосистая лейкоплакия языка. Хронический вирусный гепатит В. Железодефицитная анемия.

С момента подтверждения диагноза начата специфическая терапия церебрального токсоплазмоза триметоприм/сульфаметоксазолом совместно с клиндамицином. Положительной динамики не было. С 10-го дня к терапии добавлен пириметамин.

На фоне проведенного лечения на 12 день нахождения в стационаре отмечалась положительная динамика. У больной прояснилось сознание, уменьшилась неврологическая симптоматика. В стационаре была начата антиретровирусная терапия, и больная была выписана домой.

Таким образом, анализ анамнеза болезни, клинических проявлений и лабораторных данных, а также положительная динамика, после проведенного спе-

цифического лечения токсоплазмоза, позволили подтвердить выставленный диагноз церебрального токсоплазмоза на фоне ВИЧ/СПИДа.

**Заключение.** В данном клиническом случае была поздняя диагностика ВИЧ-инфекции на стадии СПИДа с проявлениями тяжелой оппортунистической инфекции как церебральный токсоплазмоз. Церебральный токсоплазмоз не имеет специфической клиники, проявляется симптомами энцефалита и сочетается с другими оппортунистическими инфекциями. Основными клиническими симптомами церебрального токсоплазмоза были общая слабость, сонливость, субфебрильная температура, головная боль, нарушение сознания, очаговая симптоматика (птоз, анизокория, девиация языка). В диагностике церебрального токсоплазмоза важную роль играет выявление специфических антител к токсоплазме класса IgG методом ИФА и МРТ головного мозга. Лечение токсоплазмоза пириметамином в сочетании с клиндамицином является эффективным.

### Литература

1. Научная электронная библиотека: Евразийский национальный университет им. Л.Н. Гумилева, г.Астана, Республика Казахстан [Электронный ресурс] / Мухамедьярова, М.Б. Методы анализа на выявление токсоплазмоза у человек–Астана, 2013. –Режим доступа: <http://repository.enu.kz/handle/123456789/4974>, свободный.–Яз. русс.
2. Токсоплазмоз головного мозга у больных ВИЧ-инфекцией в городе Оренбурге/ [Н.Р. Михайлова, Т.Н. Калинина, Д.Ю. Тучков и др.] //Вестник Оренбургского государственного университета. – 2015.-№1(176).–С. 138–144.
3. *Toxoplasma gondii* infection in Kyrgyzstan: seroprevalence, risk factor analysis, and estimate of congenital and AIDS-related toxoplasmosis/ [G. Minbaeva, A. Schweiger, A. Bodosheva et al.] //PLOS Negl Trop Dis.–2013.-№2. - e2043.
4. Сарсекева, Н.Е. ВИЧ-инфекция и токсоплазмоз //Фундаментальные исследования.–2014.-№10-10.–С. 1976-1978.
5. Барлет, Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2009-2010 /Дж. Барлет, Дж. Галлант, П. Фарм.-М.: РВалент, 2010. – 490 с.
6. Uppal, G. CNS Toxoplasmosis in HIV [Электронный ресурс]/ G. Uppal, Niranjana N. Singh. -Режим доступа: <https://emedicine.medscape.com/article/>, свободный.-2017, Jul 11.–Яз. англ.
7. Ramirez-Crescencio, M.A. Epidemiology and trend of neurological diseases associated to HIV/AIDS. Experience of Mexican patients 1995-2009 / M.A. Ramirez-Crescencio, L. Velasquez-Perez // Clin Neurol Neurosurg. - 2013. – Vol. 115, Issue 8. – P.1322-1325.
8. Церебральный токсоплазмоз в структуре поражения центральной нервной системы у больных ВИЧ-инфекцией/ [А.Б. Перегудова, Т.Н. Ермак, В.И. Шахгильдян и др.] //Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы.–2013.-№ 1.–С. 26-30.

**УРОВЕНЬ ЗНАНИЯ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ  
О ХРОНИЧЕСКОМ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ В И С  
НА ДОКЛИНИЧЕСКОМ ОБУЧЕНИИ**

**Н.Т. Толombaева, Н.М. Сапарова, А.Э. Элдиярова, А.А. Кайыпова**  
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: m\_moldobaeva@mail.ru*

*nursuluu.saparova@mail.ru*

*altynkyz.1990@gmail.com*

*aiskaiypova@mail.ru*

**Резюме.** В Кыргызской Республике распространенность вирусных гепатитов В и С остается высокой, несмотря на снижение заболеваемости за последние 5 лет. У студентов-медиков 1 и 2 курсов на доклиническом обучении недостаточный уровень знаний о вирусных гепатитах. Выявлена низкая осведомленность по некоторым факторам риска вирусных гепатитов, о путях передачи и мерах профилактики хронических вирусных гепатитов, необходимые соблюдения здорового образа жизни, на что необходимо обратить большее внимание при подготовке будущих специалистов.

**Ключевые слова:** вирусный гепатит, распространенность, профилактика, осведомленность, студенты.

**В ЖАНА С ӨНӨКӨТ ВИРУСТУК ГЕПАТИТИ БОЮНЧА  
КЛИНИКАЛЫК ОКУТУУГА ЧЕЙИНКИ СТУДЕНТ–МЕДИКТЕРДИН  
БИЛИМ ДЕҢГЭЭЛИ**

**Н.Т. Толombaева, Н.М. Сапарова, А.Э. Элдиярова, А.А. Кайыпова**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
Эндокринология курсу менен ички оорулар пропедевтикасы кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргыз Республикасында В жана С вирустук гепатитинин жайылышы оорунун акыркы беш жыл ичинде азайгандыгына карабастан жогору бойдон калууда. Медицина жаатындагы 1-2-курстагы студенттердин клиникалык окутууга чейинки вирустук гепатит боюнча билим деңгээли жетишсиз. Вирустук гепатитке кабылуу коркунучунун айрым факторлору, өнөкөт вирустук гепатиттин жугуу жолдору жана аны алдын алуу чаралары, сергек жашоо образын сактоо боюнча билимдин аздыгы белгилүү болду. Келечектеги адистерди даярдоодо мына ушуларга көбүрөөк көңүл буруусу зарыл.

**Негизги сөздөр:** вирустук гепатит, таралуусу, алдын алуу, маалымдар болуу, студенттер.

**LEVEL OF KNOWLEDGE OF MEDICAL STUDENTS  
ABOUT CHRONIC VIRAL HEPATITIS B AND C AT PRE-CLINICAL TRAINING****N.T. Tolombaeva, N.M. Saparova, E.A. Eldiyarova, A.A. Kaiypova**Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,  
Department of propedeutics of internal diseases with endocrinology course  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** In Kyrgyz Republic, the prevalence of viral hepatitis B and C are remain high, despite of the incidence over the past 5 years. Medical students of the 1st and 2nd years of pre-clinical education have insufficient level of knowledge about viral hepatitis. Low awareness on some risk factors of viral hepatitis, on ways of transmission and measures of prevention of chronic viral hepatitis, observance of a healthy lifestyle is revealed, on what it is necessary to pay more attention at preparation of future experts.

**Key words:** viral hepatitis, prevalence, prevention, awareness, students.

**Актуальность.** Проблемы хронических вирусных гепатитов (ХВГ) находятся в центре внимания не только для представителей здравоохранения, но и широкой мировой общественности. В течение XX и в начале XXI веков ХВГ продолжают оставаться важнейшей медико-социальной проблемой населения планеты. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «тихая эпидемия» вирусных гепатитов захватывает большую часть населения земного шара. На 2017 год около 325 миллионов человек в мире живут с хронической инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (HBV) или вирусом гепатита С (HCV) [1]. При этом, более 257 миллионов человек живут с инфекцией, вызванной вирусом гепатита В (HBV) и более 71 миллионов – с хронической инфекцией, вызванной вирусом гепатита С (HCV) [2].

Уровни распространенности гепатита В широко варьируют между регионами ВОЗ, а основное бремя приходится на регионы Африки, регион Западной части Тихого океана. Распространенность HBV (ВОЗ, 2017): в регионе Западной части Тихого океана - 6,2% населения (115 миллионов случаев), в регионе Африки - 6,1% населения (60 миллионов), регионе Восточного Средиземноморья-3,3% населения (21 миллион), в регионе Юго-

Восточной Азии - 2% населения (39 миллионов), в Европейском регионе - 1,6% населения (15 миллионов), в регионе стран Америки - 0,7% населения (7 миллионов). Распространенность HCV: в регионе Восточного Средиземноморья - 2,3% населения (15 миллионов), в Европейском регионе - 1,5% населения (14 миллионов), в регионе Африки - 1% населения (11 миллионов), в регионе стран Америки - 1% населения (7 миллионов), в регионе Западной части Тихого океана - 1% населения (14 миллионов), в регионе Юго-Восточной Азии-0,5% населения (10 миллионов) [2,3]. Центральная Азия также характеризуются широкой распространенностью HBV и HCV в общей популяции. Проблема HBV, HCV также является актуальной для здравоохранения Кыргызской Республике (КР). В КР ежегодно с профилактической целью на вирусные гепатиты обследуется более 100 тысяч человек и выявляется более 8 тысяч носителей парентеральных гепатитов, что составляет 6,6%, за 2013 год по республике выявлены 4192 носителя HBV и 3810 носителей HCV, за 2015 год выявлены 4148 носителя HBV и 3142 носителей HCV [4]. Динамика показателей заболеваемости вирусными гепатитами HBV и HCV на за 100000 населения 2012 -2017 гг. в КР приведены на рис. 1 [5].



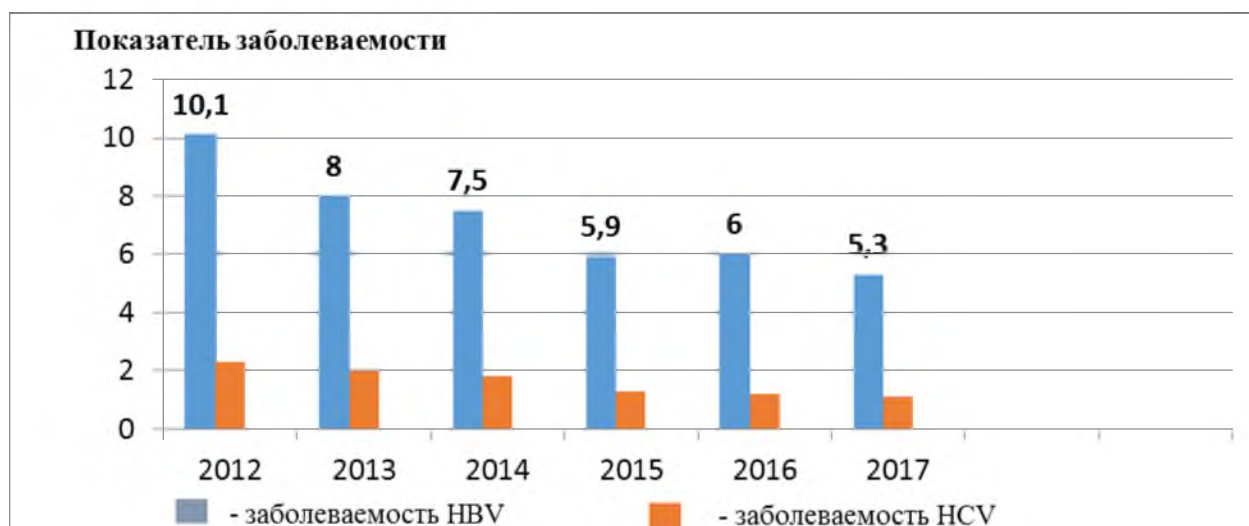


Рис. 1. Динамика показателей заболеваемости на 100000 населения вирусных гепатитов HBV, HCV в КР за 2012-2017 гг.

Показатели заболеваемости HBV и HCV в КР с 2012 по 2017 г. снизились в основном в связи с принятием мер по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами [6, 7]. Как видно из рис. 1 заболеваемость HBV составила в 2012 г. - 10,1 на 100 тыс. населения, а в 2017 г. - 5,3 на 100 тыс. населения, заболеваемость HCV в 2012 г. - 2,3 на 100 тыс. населения, в 2017 году снизилась до 1,1 на 100 тыс. населения.

Однако распространенность вирусных гепатитов в КР остается высокой, так например HCV в 2016 году составила 4% [8]. В сравнении с другими регионами ВОЗ, где наиболее высокая распространенность вирусного гепатита

С в Восточном средиземноморье - 3,2%, в Европейском регионе составляет 1,5%, показатели распространенности в нашей республике достаточно высокие [2, 3]. Таким образом, показатель распространенности 4% в КР вирусным гепатитам С является высоким. У 20-40% больных HCV развивается цирроз печени, который в течение многих лет остается не распознанным [4].

В мире от 500000 до 1 млн. человек ежегодно погибают от заболеваний, вызванных HBV и HCV, включая циррозы и рак печени [2]. В Кыргызстане уровень смертности от цирроза печени не снижается (рис. 2).

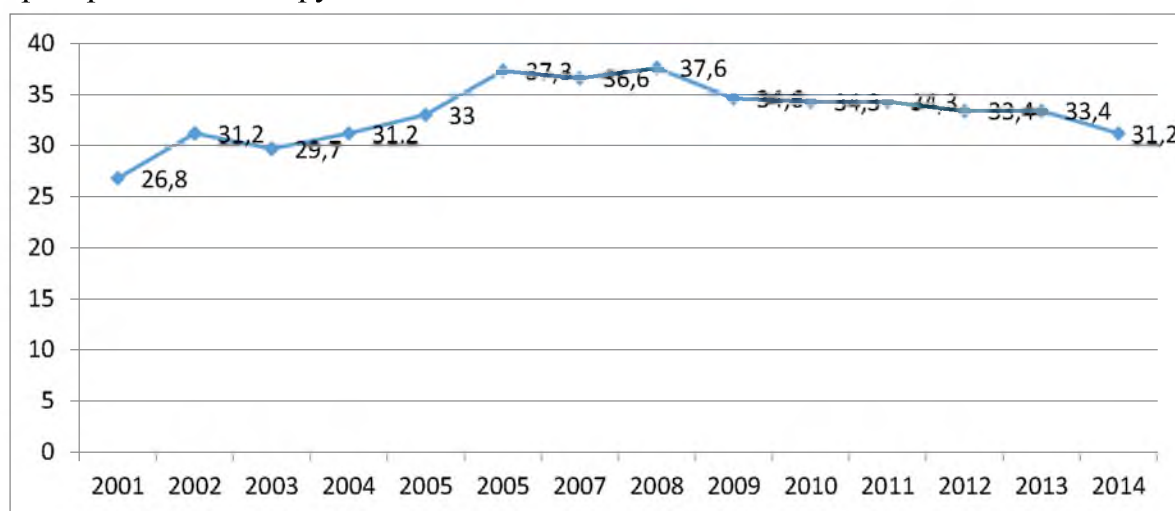


Рис. 2. Показатель смертности от цирроза печени КР (на 100 тыс. населения).

Конкретных данных, умерших от первичного рака печени, характерного для HCV, в отчетных формах республиканского медико-информационного центра отдельно не выделены, информация собирается лишь по злокачественным новообразованиям печени и внутрипеченочных желчных протоков [4].

Пути снижения заболеваемости являются качественная подготовка будущих медицинских работников, включая знания по профилактике населения, детей и их родственников по основным гигиеническим мероприятиям и мер по выявлению причин возникновения заболевания (в том числе вирусных гепатитов). Данное исследование важно для формирования здорового образа жизни у лиц молодого возраста - будущих врачей путем привития знаний о факторах риска (ФР), путях передачи возбудителей ВГ для предупреждения развития осложнений.

**Цель исследования:** выявить текущий (базовый) уровень знания студентов КГМА им. И.К. Ахунбаева на доклиническом этапе обучения о факторах риска, профилактике и путях передачи вирусных гепатитов (HCV, HBV) для улучшения качества подготовки будущих врачей с целью своевременного предупреждения возникновения хронических болезней печени, а именно вирусных гепатитов.

### Материалы и методы исследования

Проводилось социологическое исследование студентов-медиков с применением анкеты. Анкета включала вопросы, отражающие самооценку по группе риска, о путях передачи и последствиях хронического вирусного гепатита, осведомленности об основных мерах профилактики, об источниках информации, полученные студентами о вирусных гепатитах. Анкетирование проводили с информационного согласия студентов с соблюдением этических норм.

Анкетирование студентов проводилось до изучения клинических дисциплин (инфекционные болезни, внутренние болезни), где студенты получают информацию о хронических вирусных гепатитах. Таким образом, их ответы не основывались на специальных медицинских знаниях.

### Собственные результаты

В исследовании приняли участие 287 студентов Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Из них студенты 1 курса «Лечебное дело» - 50 (17,4%), факультет «Фармация» - 14 студентов (4,8%) и 2 курса «Лечебное дело» - 128 (45%), «МПД» - 67 (23,3%), «Педиатрия» - 28 студентов (9,7%), распределение студентов-медиков по факультетам приведены на рис. 3.

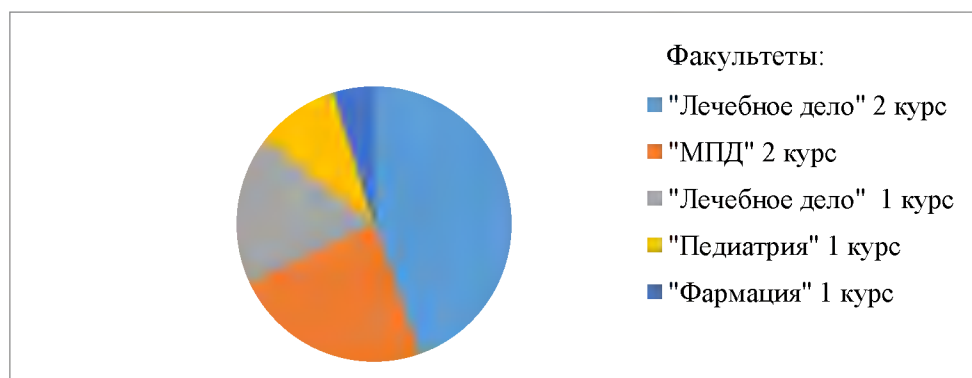


Рис. 3. Распределение студентов медиков 1 и 2 курсов КГМА по факультетам, участвовавших в анкетировании.

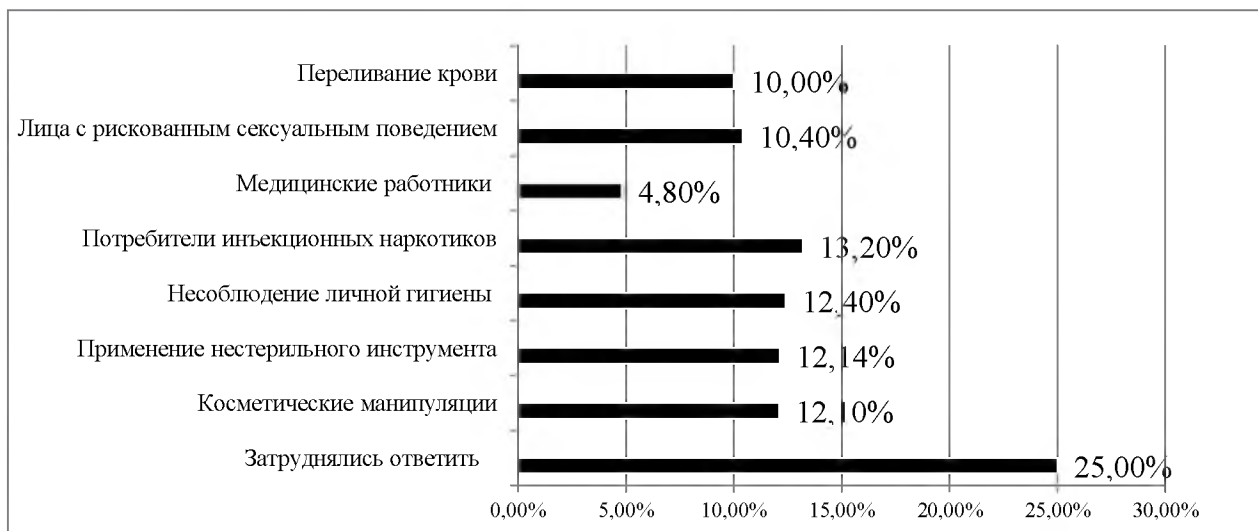


Рис. 4. Осведомленность студентов 1 и 2 курсов КГМА о факторах риска хронических гепатитов HBV и HCV.

Распределение осведомленности студентов о факторах риска HBV, HCV по данным анкетирования среди студентов медиков приведены на рис. 4.

13,2% студентов знают, что к факторам риска развития HBV, HCV относятся потребители инъекционных наркотиков, применение нестерильных инструментов при косметических и медицинских манипуляциях – 12,4% студентов, лица с рискованным сексуальным поведением - 10,4% студентов, при переливании крови - 10,0% студентов и медицинские работники – 4,8% студентов. Значительная часть студентов – 25% не знают о факторах риска развития HBV, HCV и не смогли ответить на этот вопрос.

Низкий уровень знаний студентов о таких путях передачи, как применение нестерильных инструментов при косметических манипуляциях (прокалывание ушей, маникюр, нанесение татуировок) и медицинских манипуляциях выявлено у 14,0% опрошенных, от матери к ребенку у 6,0% студентов, при переливании крови у 5,3% студентов и затруднялись ответить на данный вопрос у 1,2% студентов. 21% студентов знают о парентеральном пути инфицирования, 26,8% студентов о контактно-бытовом, и 25,7% студентов о половом пути передачи (рис. 5).

Таким образом, уровень знаний о путях передачи выше, чем о ФР ХВГ.



Рис. 5. Осведомленность студентов 1 и 2 курсов КГМА о путях передачи HBV и HCV.

Около 51,1% студентов информированы о последствиях хронических вирусных гепатитов: развитии цирроза печени и рака печени знают лишь 23,3% студентов.

Однако 22,5% студентов затруднялись ответить на этот вопрос, следовательно студенты не знали о развитии тяжелых последствий вирусных гепатитов (рис. 6).



Рис. 6. Осведомленность студентов 1 и 2 курсов КГМА о последствиях HBV и HCV.

Данные анкетирования по осведомленности студентов об основных мерах профилактики хронических вирусных гепатитов приведены на рис. 7. Наиболее информированы студенты о знаниях по соблюдению личной гигиены, на этот вопрос ответили 32,0% студентов. Студенты недостаточно знают о таких мерах профилактики, как вакцинация – 23,0%

студентов, стерилизация медицинских инструментов – 16,9% студентов, использование контрацептивов – 11,0% студентов. Крайне низкая информированность о необходимости соблюдения здорового образа жизни - 3,8% студентов, проведении обследования доноров крови на маркеры вирусных гепатитов - 4,4% студентов.



Рис. 7. Осведомленность студентов 1 и 2 курсов КГМА об основных мерах профилактики HBV и HCV.

Анкетирование установило также, что 24,0% студентов получили информацию из интернета, а также при обучении по

предмету микробиология - 18,7% студентов, а 20,0% студентов затруднялись ответить (рис. 8).

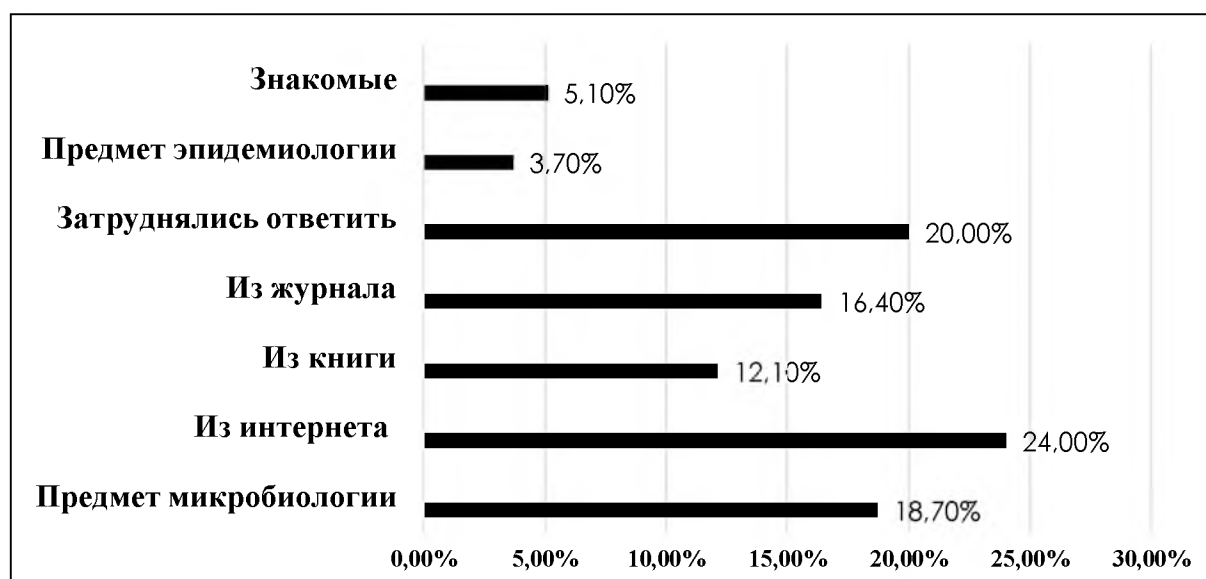


Рис. 8. Распределение источников информации, полученные студентами 1 и 2 курсов КГМА о HBV и HCV.

**Обсуждение**

При анализе данных анкетирования осведомленности студентов о HBV и HCV мы разделили студентов на 3 категории:

I категория – ответы о видах знаний, которыми располагают 50% студентов: передачу HCV, HBV через внутривенное употребление наркотиков, о путях передачи при половом контакте и контактно-бытовой, парентеральное инфицирование.

II категория – ответы о путях профилактики ВГ: 30% анкетированных студентов знают о риске передачи HCV, HBV через грудное молоко и о важности проведения специфической профилактики (вакцинации). Недостаточная осведомленность студентов, что к факторам риска относятся медицинские работники, которые имеют профессиональный контакт с кровью и ее препаратами, другими биологическими жидкостями больных, а также лица, ранее получавшие стоматологическое или хирургическое лечение, могут подвергаться риску заражения инфекцией HCV, HBV, инфицированный человек не может быть донором крови или органов.

III категория – ответы, на которые студенты не смогли ответить: что инфицированным людям необходимо обрабатывать любые кровоточащие раны или порезы с помощью дезинфицирующих средств и повязок для предотвращения контакта с их кровью окружающих. Также студенты не знают, что лица, получающие инъекционное введение медикаментов, должны быть предупреждены о риске передачи HCV и HBV, и что рвотные массы и другие телесные выделения пациентов, инфицированных HCV, HBV должны обрабатываться дезинфицирующими средствами, а все повреждения кожи на руках медработников должны быть покрыты водонепроницаемой повязкой, и если это возможно, должны использоваться двойные перчатки с индикатором крови [1,9,10,11].

**Заключение.** У студентов 1 и 2 курсов КГМА на доклиническом обучении имеется низкий уровень базовых знаний по вопросам профилактики вирусных гепатитов. Информированность студентов 2 курса факультета «Лечебное дело» несколько выше, чем у студентов 1 курса, так как они имеют уже базовые знания

прохождением ими курса эпидемиологии и микробиологии.

Крайне низкая информированность студентов о контактно-бытовом, вертикальном путях передачи HBV и HCV, о факторах риска развития вирусных гепатитов как косметические (педикюр, пирсинг, татуировки) манипуляции. Значительная часть студентов нуждается в углублении и формировании знаний о факторах риска вирусных гепатитов, мерах профилактики, в том числе вакцинации, стерилизации медицинских инструментов, использовании контрацептивов.

Формирование у молодежи, особенно у студентов-медиков навыков здорового образа жизни, гигиенических мероприятий способствует профилактике возникновения заболеваний, передающихся парентеральным путем (HBV, HCV).

### Литература

1. *European Association for the Study of the Liver/ EASL recommendations on treatment of hepatitis C 2016// J Hepatol.* - 2017.-66 (1). - P. 153–194.
2. *World Health Organization / Guidelines for the screening, care and treatment of persons with chronic hepatitis C infection. Updated version.* - Geneva: World Health Organization.-2016. - 138 p.
3. *AASLD/IDSA HCV Guidance Panel/ Hepatitis C guidance: AASLD-IDSA recommendations for testing, managing, and treating adults infected with hepatitis C virus // Hepatology.* - 2015. - 62(3). - P. 932–54.
4. *Женщины и мужчины Кыргызской Республики 2012-2016 / Национальный статистический комитет Кыргызской Республики.* - 2017. - С. 33-34.
5. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики.* - Республиканский медико-информационный центр МЗ КР, 2017.-161 с.
6. *Приказ МЗ КР №488 от 01.06.2009 «О мерах профилактики заболеваемости вирусными гепатитами в КР».*
7. *Приказ МЗ КР № 524 от 20.07.2018. Об утверждении руководства по эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами в Кыргызской Республике.*
8. *Майстат, Л. Гепатит С в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Эпидемия и ответные меры/ Л. Майстат, С. Головин, Е. Дейнека. – Режим доступа: aidsalliance.org.ua, свободный. - 2016. – Яз. русс.*
9. *Технические вопросы и определения случая для повышения эффективности надзора за вирусными гепатитом. – Женева: ВОЗ, 2016.*
10. *Muhammad, U. Diagnosis, Management and Prevention Hepatitis C/ World Gastroenterology Organisation.* - 2017. - P. 4.
11. *Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection European Association for the Study of the Liver // Jour. of Hepatology.* - 2017.-Vol. 67.-P. 370–398.

**ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО-РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА У БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ (обзор литературы)**

**М.М. Мамакеев<sup>1</sup>, Б.С. Ниязов<sup>2</sup>, К.М. Мамакеев<sup>1</sup>, Т.И. Кудайбергенов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Национальный хирургический центр (директор – д.м.н., проф. К.М. Мамакеев)

<sup>2</sup> Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова (ректор – д.м.н., проф. Курманов Р.А.)

<sup>3</sup> Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева (ректор - д.м.н., проф. И.О. Кудайбергенова)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье анализируются особенности клинической картины и методы диагностики кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени. Летальность данной категории пациентов ассоциируется с эпизодами кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка и других более редких локализаций. В связи с этим применение имеющихся и разработка новых, более эффективных методик профилактики и лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен, развивающихся вследствие формирования портокавальных анастомозов, является залогом улучшения результатов терапии данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** цирроз печени, варикозное расширение вен пищевода, кровотечение.

**ДЕКОМПЕНСИЛЕРГЕН САРЫК МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ ВАРИКОЗДУК КЕНЕЙГЕН ВЕНАЛАРЫНАН КАН АГУУСУНУН ДИАГНОСТИКАЛЫК ЖАНА ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫ (сереп адабиятты)**

**М.М. Мамакеев<sup>1</sup>, Б.С. Ниязов<sup>2</sup>, К.М. Мамакеев<sup>1</sup>, Т.И. Кудайбергенов<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Улуттук хирургиялык борбору (директор – м.и.д., проф. К.М. Мамакеев)

<sup>2</sup> С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу медициналык институту (ректор - м.и.д., проф. Курманов Р.А.)

<sup>3</sup> И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы (ректор - м.и.д., проф. И.О. Кудайбергенова)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада боорлун декомпенсилерген цирроз оорусу менен ооругандардын варикоздук кенейген веналарынан кан агуусунун клиникалык керунушунун жана диагностика-методдорунун өзгөчөлүктөрүнө анализ жүргүзүлөт. Бул кагегориядагы оруулардын өлүмү кызыл өнгөчтүн, ашказандын жана башка сейрек жайгашуусунун варикоздук кенейген веналарынан кан агуул учурларына байланыштуу. Ушуга тийешелүү бар каражаттарды колдонуу жана алдын алуу методдорун портоковалдык анастомозду түзүүдөн өнүккөн, жаны дарылоо жана алдын алуу методдорун иштеп чыгуу бул категориядагы оорулардын терапиясын жакшыртууга кошкон салым болуп эсептелет.

**Негизги сөздөр:** цирроз оорусу, кызыл өнгөчтүн варикоздук кенейген веналары, кан аккан.

**DIAGNOSTIC AND TREATMENT TACTICS FOR BLEEDING  
FROM VARICOSE-EXTENDED VEINS OF ESOPHAGUS IN PATIENTS  
WITH DECOMPENSATED LIVER CIRRHOSIS**

**M.M. Mamakeev<sup>1</sup>, B.S. Niyazov<sup>2</sup>, K.M. Mamakeev<sup>1</sup>, T.I. Kudaybergenov<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>National Surgical Center (Director - Prof. Mamakeev K.M.)

<sup>2</sup>S.B. Daniyarov Kyrgyz State Medical Institute retraining and skills  
(Head - Prof. R.A. Kurmanov)

<sup>3</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
(Head - Prof. I.O. Kudaybergenova)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The article analyzes the features of the clinical picture and methods for diagnosing bleeding from esophageal varicose veins in patients with decompensated hepatic cirrhosis. Mortality in this category of patients is associated with episodes of bleeding from esophageal and varicose veins and other more sites. In this regard, the use of existing and development of new, more effective methods for the prevention and treatment of bleeding from varicose veins, developing as a result of the formation of portocaval anastomoses, is the key to improving the results of therapy in this category patients.

**Key words:** cirrhosis of the liver, varicose veins of the esophagus, bleeding.

**Введение.** По данным мировой статистики развитых стран, 90% случаев портальной гипертензии развивается на фоне цирроза печени. У больных циррозом печени в 25–35% случаев приводит к кровотечению. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода – завершающее звено в последовательности осложнений цирроза печени, вызванных прогрессирующим фиброзом ткани печени, блоком тока крови через ее ткань, развитием синдрома портальной гипертензии, за которым следует сброс крови по путям коллатерального кровообращения, в том числе прогрессирующее расширение вен пищевода с их последующим разрывом [1, 2].

Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени отличаются особой тяжестью клинических проявлений, серьезными последствиями и высокой вероятностью летального исхода [2]. Риск возникновения кровотечения в первые два года после постановки диагноза составляет 30%, летальность при первом

эпизоде желудочно-кишечного кровотечения достигает 50% и у 60% больных, перенесших кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода в течение первого года, возникает рецидив, вследствие которого умирают еще от 70 до 80% больных [3].

В России и Кыргызстане, в областных и районных больницах в основном больные с циррозом печени в стадии сосудистой или печеночной декомпенсации, на высоте пищеводно-желудочного кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. При этом общепризнанной является выжидательная тактика, основанная на возможности «спонтанного гемостаза» под влиянием консервативной терапии [4, 5]. Результаты использования консервативных способов гемостаза на высоте пищеводно-желудочного кровотечения далеки от удовлетворительных и нуждается в совершенствовании. Летальность достигает 65,6%, а в группе, соответствующей функциональному классу С – 100% [6].



Диагностическая программа у больных с циррозом печени, осложненные кровотечением, включает в себя оценку уровня компенсации цирроза по классификации Чайлда–Пью (1972 г.). Класс А – компенсированный (5–7 баллов), В – субкомпенсированный (8–10), С – декомпенсированный (более 10 баллов) [7, 8]. В то же время в неотложных ситуациях, когда речь идет о больных с острым кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода, необходимо ориентироваться только на клинических симптомах и данных анамнеза. К клиническим симптомам цирроза печени относят асцит, спленомегалию, расширение подкожных вен в околопупочной области, телеангиэктазии на коже, пальмарную эритему, желтушность кожных покровов и склер, признаки печеночной портосистемной энцефалопатии [9, 10, 11].

Исходя из этого к классу А относят больных без нарушений сознания и питания, асцита и желтухи, к классу В – с умеренным асцитом, определяемым при объективном исследовании, и незначительной желтушностью склер, без видимых нарушений неврологического статуса и состояния питания, к классу С – с большим асцитом, желтухой и явными нарушениями неврологического статуса и состояния питания [12, 13, 14, 15].

Активность цирроза печени оценивают по показателям аминотрансфераз. Нормальные значения АСТ: 0,1–0,45 ммоль/л; АЛТ – 0,1–0,68 ммоль/л. Превышение активности аминотрансфераз выше нормы до 1–2 раз рассматривают как умеренную гиперферментемию (неактивная фаза), до 2–3 – как гиперферментемию в низкоактивной фазе, до 4–5 и более раз – в высокоактивной фазе [1, 4, 6, 16, 17, 18].

Ультразвуковое исследование позволяет определить не только формы, размеры и структуры печени и селезенки, а

также оценить размер просвета сосудистых структур портальной системы, их форму, длину, анатомическое расположение и индивидуальные параметры соотношения сосудов портальной системы с сосудами системы нижней полой вены, наличие естественных портокавальных анастомозов, анализ топического соотношения почечной вены к селезеночной вене, расстояние между ними [11, 13, 19].

Для метрического анализа сосудов портальной системы и оценки состояния портальной гемодинамики используют ультразвуковую доплерографию [11]. Эзофагогастродуоденоскопия позволяет в кратчайшие сроки определить тактику хирурга в отношении больного с циррозом печени, осложненным гастроэзофагеальным кровотечением [4, 12, 20, 21, 22].

Независимо от степени выраженности варикозно расширенных вен пищевода эндоскопическое исследование следует проводить очень аккуратно, принимая во внимание, что само исследование может спровоцировать манифест кровотечения. При этом следует обращать внимание на адекватность проведения местной анестезии, избегать форсированного проведения аппарата и быстрой инсuffляции воздуха в просвет желудка, предупреждая срыгивание воздуха и избыточные рвотные позывы. Приступая к исследованию, надо убедиться в готовности проведения эндоскопического гемостаза в случае кровотечения. Приоритетным считается использование ультратонких аппаратов и трансназального исследования. Для оценки степени выраженности варикозно расширенных вен пищевода применяют две равнозначные классификации [23].

Более ранняя классификация К.Ж. Raquet (1983) предусматривала четыре степени заболевания: 1-я степень: единичные эктазии вен (верифицируются

эндоскопически, но не определяются рентгенологически); 2-я степень: единичные хорошо отграниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсуффляции воздуха отчетливо выражены. Просвет пищевода не сужен, слизистая оболочка пищевода над расширенными венами не истончена; 3-я степень: просвет пищевода сужен за счет выбухания варикозно расширенных вен в нижней и средней третях пищевода, которые частично спадаются при инсуффляции воздуха. На верхушках варикозно расширенных вен определяются единичные красные маркеры или ангиоэктазии; 4-я степень: в просвете пищевода множественные варикозные узлы, не спадающиеся при сильной инсуффляции воздуха. Слизистая оболочка над венами истончена [14].

На верхушках варикозно-расширенных вен определяются множественные эрозии и/или ангиоэктазии. В 1997 г. N. Soehendra и K. Binmoeller предложили классификацию варикозно расширенных вен отдельно для пищевода и желудка. Варикозное расширение вен пищевода: 1-я степень: диаметр вен не превышает 5 мм, вытянутые, располагаются только в нижней трети пищевода; 2-я степень: диаметр вен от 5 до 10 мм, извитые, расположены в средней трети пищевода; 3-я степень: диаметр более 10 мм, напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен «красные маркеры» [2, 24, 25].

Варикозное расширение вен желудка: 1-я степень: диаметр вен не превышает 5 мм, плохо различимы над слизистой оболочкой желудка; 2-я степень: диаметр от 5 до 10 мм, единичные, полипоидного вида; 3-я степень: диаметр более 10 мм, в виде обширных конгломератов узлов полипоидного вида с истончением слизистой оболочки [25, 26].

Оценку выраженности варикозно-расширенных вен пищевода в настоящее время проводят по классификации А.Г. Шерцингера, которая предусматривает 3 степени варикозной трансформации вен: I – диаметр варикозных вен от 2 до 3 мм, II – от 4 до 5 мм, III – более 5 мм [25, 26]. При варикозно расширенных вен пищевода и желудка выделяют два основных типа поражения в зависимости от локализации вен и распространенности поражения с вовлечением пищевода. Сочетанные поражения пищевода и желудка: тип I – гастроэзофагеальные варикозно расширенные вены с распространением на кардиальный и субкардиальный отделы малой кривизны желудка (GOV 1); тип II – гастроэзофагеальные варикозно расширенные вены от эзофагокардиального перехода по большой кривизне по направлению к дну желудка (GOV 2). Изолированный желудочный варикоз (Isolated Gastric Varices– IGV) подразделяется на изолированное поражение фундального отдела желудка (IGV 1) и форму с преимущественным поражением антрального отдела (IGV 2) [21, 25].

Основными источниками кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта являются варикозно расширенные вены пищевода, преимущественно дистальные отделы, варикозно расширенные вены желудка встречаются реже и обычно хуже диагностируются из-за особенностей строения слизистой оболочки, сложности осмотра кардии в положении ретрофлексии, особенно на фоне продолжающегося кровотечения. Расширение венул и капилляров слизистой оболочки и подслизистого слоя желудка приводит к портальной гипертензивной гастропатии, которая при эндоскопическом исследовании характеризуется наличием очагов красных пятен на слизистой оболочке, гиперемией, мозаичностью рисунка слизистой оболочки, а в более тяжелых случаях диффузными

темно-красными пятнами или внутрислизистыми геморрагиями. Считается, что до 25% кровотечений может быть обусловлено гастропатией [25].

С целью прогнозирования вероятности рецидива кровотечения при уже достигнутом гемостазе оценивают протяженность, степень расширения вен и состояние слизистой оболочки над ними.

В настоящее время все мировые литературы свидетельствуют о различных подходах к лечению острых кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода. Многие исследователи отдают предпочтение эндоскопическим методам гемостаза и эндоваскулярной эмболизации варикозных вен пищевода [15, 27], другие консервативным методам с использованием медикаментозных препаратов [15, 18]. Тем не менее широко используются и оперативные вмешательства – различные виды портокавальных анастомозов и прямые вмешательства на венах эзофагокардиальной области, а также трансюгулярный внутривенный портокавальный анастомоз и ортотопическая трансплантация донорской печени [14, 27, 28, 29, 30, 31].

Современные способы гемостаза при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода у больных циррозом печени по мере нарастания инвазивности принято делить на лекарственную терапию, зонд-обтуратор Сенгстакена–Блекмора, эндоскопическое лечение, эндоваскулярную терапию, TIPS, хирургическую коррекцию [6, 12, 28, 27, 29, 32, 34, 35]. В данном случае, медикаментозная терапия играет лишь вспомогательную роль. Продолжительность её не превышает 5–7 суток. Отсутствия эффекта от проводимой терапии отмечена в 20–30% случаев [1, 12, 21, 36].

Установка зонда-обтуратора Сенгстакена–Блекмора при пищеводно-желудочном кровотечении из варикозно-

расширенных вен пищевода в качестве мероприятия первой помощи равноценна наложению давящей повязки на кровоточащую варикозно-расширенную вену нижней конечности. Гемостаз достигается в 73–99% случаев. Отсутствия эффекта отмечается только в случае, если кровоточащая вена расположена в фундальном отделе желудка. Продолжительность пребывания зонда – 12–72 часа. Частота рецидивов отмечена в 10–58%. Осложнения: аспирационная пневмония (15%), разрыв желудка (1,2%), пролежни слизистой оболочки пищевода (5,5%) [12, 37, 38].

Медикаментозная терапия включает следующее: возмещение кровопотери – эритроцитарная масса; восполнение факторов коагуляции – свежезамороженная плазма, 1% раствор викасола, 10% раствор CaCl<sub>2</sub>, 12,5% раствор этамзилата; контрикал; нейтрализация действия гистамина на проницаемость капилляров (димедрол, супрастин, пипольфен); профилактика печеночной недостаточности (альбумин, протеин, солевые растворы, витамины, концентрированные растворы глюкозы); улучшение реологических свойств крови (реополиглюкин, реоглюман, глюкозо-новокаиновая смесь с тренталом); сердечные гликозиды (строфантин) [12, 21, 36, 39].

В соответствии с механизмом снижения портального давления все лекарственные средства, снижающие портальное давление, делят на две основные группы [8, 12, 40]. Вазодилататоры влияют на динамический компонент портальной резистентности (расслабление перисинусоидальных миофибробластов и гладкомышечных клеток портоколлатеральных сосудов).

К препаратам этой группы относят нитраты, которые включают в схему лечения только после стабилизации АД выше 100–110 мм. рт.ст.

Вазоконстрикторы снижают портальное давление, вызывая спланхническую вазоконстрикцию, уменьшают объем портальной крови. К прямым вазоконстрикторам относят терлипрессин (воздействует на гладкомышечные клетки сосудов, имеет меньшее число побочных эффектов, чем вазопрессин). К непрямым вазоконстрикторам относят соматостатин и его аналог октреотид (ингибируют активность эндогенных вазодилататоров). Данные препараты уменьшают кровоток в спланхнической циркуляции при незначительном влиянии на системное кровообращение; нивелирование спланхнической гиперемии в ответ на прием пищи или попадание крови в желудочно-кишечный тракт.

Неудовлетворительные результаты хирургического лечения больных с угрозой портального кровотечения послужили толчком к развитию малоинвазивных эндоскопических методик [12, 25, 41, 42].

Эндоскопические методы лечения кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и желудка делят на эндоскопическое тромбирование, при котором тромбовар вводят интравазально; эндоскопическое склерозирование, когда этоксисклерол вводят паравазально и эндоскопическое лигирование, при котором на варикозно-расширенную вену накладывают эластическое кольцо [25, 26, 42].

Гемостаз достигается в 85–100% случаев. Частота рецидивов–7–50%. Осложнения: дисфагия – 73%, боли в грудной клетке – 65%, язвы пищевода и кровотечения–14–63%, плеврит – 9%, перикардит–0,4%, стриктура пищевода –10%, перфорации пищевода–0,4%.

Многочисленные клинические наблюдения показывают, что далеко не все варикозно-расширенные вены пищевода поддаются эндоскопическому тромбированию, а варикозно-расширенные вены

желудка тромбировать просто опасно из-за угрозы рецидива кровотечения из участка некроза слизистой на месте тромбирования и возможности последующей перфорации желудка [25, 26, 42].

Эндоваскулярная транспеченочная эмболизация позволяет достигнуть гемостаза в 67–100% случаев. Частота рецидивов может достичь 68%. Летальность – от 1,5 до 57% наблюдений [43, 44]. Осложнения: тромбоз воротной вены, если эмбол уходит в нее; активация цирротического процесса; механические повреждения печени, сосудов, желчных протоков.

Эндоваскулярный трансюгулярный внутripеченочный порто системный анастомоз позволяет достичь гемостаза в 95–97% случаев [16, 17]. Частота рецидивов – от 19 до 31%. Летальность – от 21 до 28% наблюдений. Осложнения: стеноз и тромбоз стента – от 37 до 55%, тяжелая энцефалопатия – от 18 до 55%, гемоперитонеумом - 1,5 до 2%. Это сложная манипуляция тем не менее имеет непродолжительный клинический эффект, что делает последующую пересадку печени уже неотвратимой [6, 22, 23, 38, 40, 45, 46, 47].

Началом хирургического лечения портальной гипертензии следует считать 80–90-е годы XIX столетия, когда за основу оперативного вмешательства была взята идея декомпрессии портальной системы, т.е. создание новых путей оттока крови из системы воротной вены. Для решения этой задачи почти одновременно были предложены два типа операций: 1-й – органоанастомозы, родоначальником которых является С. Тальма (1898) и 2-й тип – сосудистый портокавальный анастомоз, предложенный Н.В. Экком (1877) [48].

Однако, если органоанастомозы уже давно не применяются как сохраняет свою актуальность до настоящего времени [1, 4]. Прямые портокавальные

анастомозы между воротной и нижней поллой венами, радикально излечивая больного с циррозом печени от портальной гипертензии, как правило, влекут за собой ухудшение функционального состояния печени, следствием которого нередко являются гепатогенная энцефалопатия и смерть больного [41, 47, 49, 50].

Доказано, что при удовлетворительной функции печени и отсутствии цитолитического синдрома оптимален такой вариант портокавального шунтирования, при котором сохраняется проградный кровоток к больному органу. Такие анастомозы в литературе получили название парциальных и создавать их лучше всего между селезеночной и почечной венами с целью сохранения мезентериального потока крови для печени [31, 39, 51].

Опыт показывает, что сосудистые анастомоз следует признать операцией выбора для больных циррозом печени класса А по Чайлду, без признаков активности и с удовлетворительными параметрами центральной и печеночной гемодинамики. Гемостаз достигается в 99% случаев. Частота рецидивов – от 2 до 7%. Летальность – от 5 до 43% наблюдений. Осложнения: тромбоз шунта – 0,5%, энцефалопатия – 15% [52, 53, 54, 55, 56].

Для больных класса В этот вопрос остается пока предметом исследования. При невыполнимости сосудистого анастомоза или наличии противопоказаний к его выполнению лечение кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода осуществляется путем модифицированной М.Д. Пациора операции Таннера – прошиванием и перевязкой варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода и проксимального отдела желудка путем гастротомии, выполняемой как из абдоминального, так и торакального доступа [12, 15, 21, 57, 58].

Из многочисленных операций такого типа, предложенных в мире, именно эта получила в России наибольшее распространение как наиболее простая в техническом отношении и непродолжительная по времени. Гемостаз достигается в 98–100% случаев. Частота рецидивов – от 3 до 15%. Летальность – от 19 до 42% наблюдений.

Таким образом, единой программы лечения больных циррозом печени на высоте пищеводно-желудочного кровотечения до сих пор не выработано.

В результате в своей повседневной практической деятельности urgentные абдоминальные хирурги продолжают терять больных с циррозом печени осложненными кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Сегодня усилия врачей направлены на предотвращение развития последовательных стадий портальной гипертензии и поиск терапевтических и хирургических методов, позволяющих радикально уменьшить давление в системе воротной вены и тем самым предупредить риск развития кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Другим подходом к предупреждению гастроэзофагеальных кровотечений портального генеза является использование местной эндоскопической терапии, направленной на эрадикацию варикозно-расширенных вен пищевода с целью профилактики их разрыва. Таким образом, именно гастроэзофагеальные кровотечения делают портальную гипертензию у больных с циррозом печени хирургической проблемой.

### Литература

1. Ерамшанцев, А.К. *Результаты прошивания варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией* /

А.К. Ерампшианцев, Е.А. Киценко // Хирургия.-2003.-№10.-С. 45-51.

2. Назыров, Ф.Г. Хирургия портальной гипертензии у больных циррозом печени в Центрально-Азиатском регионе / Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2003.-Т. 8.-№1.-С. 19-28.

3. Абдураханов, Б.А. Лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка при циррозе печени / Б.А. Абдураханов // *Анналы хирургической гепатологии*—2006—Т. 11, № 3—С. 157.

4. Диагностическая и лечебная тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / [А.К. Ерампшианцев, А.Г. Шерцингер, В.М. Лебезев и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. -1996.-Т. 1, № 1. - С. 52-54.

5. Мрасов, Н.М. Отчет о работе хирургической службы г. Казани 2005 г. / Н.М. Мрасов // *К*, 2005. – 25 с.

6. Прокубовский, В.И. Чрескожная, чреспеченочная катетеризация воротной вены и ее притоков / В.И. Прокубовский, М.Н. Овчининский, С.А. Капранов // *Советская медицина*-1985—Т. 7-С. 53-57.

7. Krastev, E. Quantitative assesment of non-specidisease / E. Krastev // *Jn: Surrogate Markers to asses Efficacy*. - 1995. - P. 10.

8. Management of portal hypertension in children: a retrospective study with long-term follow-up / [T. Erkan, F. Cullu, T. Kutlu et al.] // *Acta Gastroenterol Belg*-2003. - Vol. 66, N. 3. - P. 213 - 225.

9. Bleeding Oesophageal Varices: Treatment with Vasopressin, Transhepatic Embolization and Selective Splenorenal Shunting / [W.C. Johnson, D.C. Nabseth, W.C. Widrich et al.] // *Ann. Surg.* - 1982.-P. 195: 393.

10. Jenkins, S.A. Somatostatin in acute bleeding esophageal varices / S.A. Jenkins // *Drugs*. - 2000. - Vol. 44, N. 12. - P. 36 - 55.

11. Lebrech, D. Drug therapy for portal hypertension / D. Lebrech // *Gut*.-2001.-Vol. 49, N. 3.-P. 441-442.

12. Анисимов, А.Ю. Лечение пищеводно-

желудочных кровотечений при портальной гипертензии / А.Ю. Анисимов, Ф.Ш. Галляутдинов // *Анналы хирургической гепатологии*—2000—Т. 5, № 2.—С. 208.

13. Гальперин, Э.И. Резекция кардии и нижней трети пищевода как повторная операция при внепеченочной форме портальной гипертензии / Э.И. Гальперин, В.С. Арзуманов // *Портальная гипертензия*-1979.-№ 4.-С. 54-55.

14. Rikkers, L.F. Surgical Management of Acute Variceal Hemorrhage / L.F. Rikkers, G. Jin // *World J Surg.* - 1994.-P. 193.

15. Rosh, JR A prospective, randomized, trial of therapy for extrahepatic portal hypertension / JR. Rosh // *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* - 2003.-Vol. 36, N. 2.-P. 297

16. Хазанов, А.И. Прогностическое значение функциональных проб печени и систем тестов (на примере больных циррозом печени, перенесших операцию) / А.И. Хазанов // *Анналы хирургической гепатологии*-1997. - Т. 2. -С. 41-46.

17. Definition and diagnostic criteria of refractory ascites and hepatorenal syndrome in cirrhosis / [V. Arroyo, P. Gines, A.L. Gerhes et al.] // *Hepatology*. - 1996. - N. 23. - P. 164 - 173.

18. Grace, N.D. Diagnosis and treatment of gastrointestinal bleeding secondary to portal hypertension. American College of Gastroenterology Practice Parameters Committee / N.D. Grace // *Gastroenterol.* - 2001. - Vol. 96, N. 10. - P. 3039 - 3048.

19. Hepatic flow parameters measured with MR imaging and Doppler US: correlations with degree of cirrhosis and portal hypertension / [L. Annet, R. Materne, E. Danse et al.] // *Radiology*. - 2003. - Vol. 229, N. 2. - P. 409 - 414.

20. Кровотечения портального генеза / [А.Е. Борисов, М.И. Кузьмин-Крутецкий, В.А. Киценко и др.]. - СПб, 2001. – 149 с.

21. Пациора, М.Д. Выбор метода операции при рецидивах кровотечения у ранее оперированных больных с портальной гипертензией / М.Д. Пациора, К.Н. Цацаниди, А.К. Ерампшианцев // *Хирургия*. - 1979. - № 1. -С. 41-49.

22. Тактика ведения больных с внепеченочной портальной гипертензией после прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка / [А.К. Ерампшианцев, Е.А. Киценко, А.М. Нечаенко и др.] // *Анналы хирургической*

гепатологии. - 2005. - Т. 10. - № 1. - С. 27-32.

23. Ерамлишанцев, А.К. Хирургическое лечение резистентного асцитита у больных с портальной гипертензией / А.К. Ерамлишанцев, В.М. Лебезев, Р.А. Мусин // Хирургия им. Н.И. Пирогова. - 2003. - № 4. - С. 4-8.

24. Назыров, Ф.Г. Хирургия осложнений портальной гипертензии у больных циррозом печени / Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, А.В. Девятков // М., 2002. - 410 с.

25. Шерцингер, А.Г. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией / [А.Г. Шерцингер, С.Б. Жигалова, З.Ш. Маргиани и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10. № 2. - С. 93.

26. Шерцингер, А.Г. Хирургическая тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией / А.Г. Шерцингер, Е.А. Клиценко, В.М. Лебезев // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11, № 3. - С. 173.

27. Inokuchi, K. Improved survival after prophylactic portal nondecompression surgery for esophageal varices. A randomized clinical trial / K. Inokuchi // Hepatology. - 1990. - Vol. 12, N. 21. - P. 1-6.

28. Conn, H.O. Transjugular Intrahepatic Portal-Systemic Shunts: the State of the Art / H.O. Conn // Hepatology. - 1993. - N. 7 - P. 148 - 154.

29. Role of Liver Transplantation in Management of Esophageal Variceal Hemorrhage / [B. Ringe, H. Long, G. Tusch et al.] // World J. Surg. - 1994. - P. 233.

30. Sugiura Procedure for Management of Variceal Bleeding in Japan / [Y. Idezuki, N. Kokudo, K. Sanjo et al.] // World J. Surg. - 1994. - P. 216.

31. Targeting portal pressure measurements: a critical reappraisal / [U. Thalheimer, M. Mela, D. Patch et al.] // Hepatology. - 2004. - Vol. 39, N. 2. - P. 286 - 90.

32. Ерамлишанцев, А.К. «Сегодня» и «завтра» хирургии портальной гипертензии / А.К. Ерамлишанцев, Г.В. Манукьян // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3, № 2 - С. 111-114.

33. Прокубовский, В.И. Чрескожная, чреспеченочная катетеризация воротной вены и ее притоков / В.И. Прокубовский, М.Н. Овчининский, С.А. Капранов // Советская медицина. - 1985. - Т. 7. - С. 53 - 57.

34. Сочетанное применение эндоваскулярной эмболизации и эндоскопического склерозирования вен пищевода и желудка у больных портальной гипертензией / [А.В. Боур, А.Г. Шерцингер, В.А. Черкасов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 1999. - Т. 4, № 1. - С. 17-21.

35. Xu, R.Y. Therapeutic effects of endoscopic variceal ligation combined with partial splenic embolization for portal hypertension / R.Y. Xu, B. Liu, N. Lin // World J. Gastroenterol. - 2004. - Vol. 10, N. 7. - P. 1072 - 1074.

36. Talwalkar, J.A. An evidence-based medicine approach to beta-blocker therapy in patients with cirrhosis / J.A. Talwalkar, P.S. Kamath // Am J. Med - 2004. - Vol. 116, N. 11. - P. 759 - 66.

37. Ерамлишанцев, А.К. Современные подходы к тактике лечения острых пищеводно-желудочных кровотечений у больных с портальной гипертензией / А.К. Ерамлишанцев, А.Г. Шерцингер, А.В. Боур // Анналы хирургической гепатологии. - 1998. - Т. 3, № 3. - С. 142-147.

38. Результаты лечения больных с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / [А.К. Ерамлишанцев, А.Г. Шерцингер, В.М. Лебезев и др.] // Российский гастроэнтерологический журнал. - 2000. - №2. - С. 11-17.

39. Петровский, Б.В. Хирургия портальной гипертензии (атлас) / Б.В. Петровский, К.Н. Цацаниди, Ю.Т. Кадоицукю - М.: АО «Медигрант», 1994. - 183 с.

40. Ерамлишанцев, А.К. Операции на пищеводе и желудке у больных с портальной гипертензией / А.К. Ерамлишанцев, Е.А. Клиценко // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2002. - № 6. - С. 8 - 14.

41. Шерлок, Ш. Заболевание печени и желчных путей: Практическое руководство / Ш. Шерлок, Дж. Дули // Перевод с англ. Под ред. З.Г. Апросиной, Н.А. Мухина. - М.: Гэотар-

Медицина, 1999. - 890 с.

42. Spence, R.A.I. Oesophagitis in patients undergoing — oesophageal transection for varices: a histological study / R.A.I. Spence, I.H. Sloan, G.W. Johnston // *Br. J. Surg* -1983. - Vol. 70. - P. 332 - 338.

43. Ивсакин, В.Т. Лечение циррозов печени / В.Т. Ивсакин // *Методические рекомендации*. М., 2003. - 48 с.

44. Киценко, Е.А. Повторные операции прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией / Е.А. Киценко, Г.Д. Гунзынов // *Труды международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии»*. - 2003. - С. 17.

45. Готье, В.Н. Обширные резекции печени по поводу опухолей / В.Н. Готье // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. - 1995. - № 3. - С. 43 -48.

46. Ерамлианцев, А.К. Портокавальное шунтирование или прошивание варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Что выбрать? / А.К. Ерамлианцев, Р.А. Мусин, Е.Д. Любимый // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т. 10, № 2. - С. 76.

47. Ерамлианцев, А.К. Результаты хирургического лечения больных с внепеченочной портальной гипертензией / А.К. Ерамлианцев, Е.А. Киценко, В.М. Лебезев // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Т. 11, №3. - С. 161.

48. Берестень, Н.Ф. Состояние артериального кровообращения печени при сердечной недостаточности и портальной гипертензии / Н.Ф. Берестень, О.Н. Нельга // *«SonoAce-International»*. - 2001. - № 8. - С. 54 - 62.

49. Радченко, В.Г. Хронические заболевания печени / В.Г. Радченко, А.В. Шабров, В.В. Нечаев // СПб. 2000. - 190 с.

50. Раимова, Р.Ф. Возможности эхографии при хронических заболеваниях печени и пор-

тальной гипертензии / Р.Ф. Раимова, Д.К. Баширова, М.Г. Тухбатуллин // *Казанский медицинский журнал*. - 2001. - № 6. - С. 430 - 436.

51. Surgical treatment of a descending aortic aneurysm in a patient with noncirrhotic portal hypertension and a portal systemic shunt / [H. Teshima, N. Hayashida, H. Akashi et al] // *Circ J*. - 2002. - Vol. 66, N. 12. -P. 1176-1177.

52. Гайворонский, И.В. Патогенетические механизмы расстройств регионального и микроциркуляторного кровотока при портальной гипертензии / И.В. Гайворонский // *Регионарное кровообращение и микроциркуляция*. - 2002. - № 2. - С. 57 - 67.

53. Корячкин, В.А. Клинические функциональные и лабораторные тесты в анестезиологии и интенсивной терапии / В.А. Корячкин, В.И. Страшинов, В.И. Чуфаров // СПб. 2001. - 78 с.

54. Методы исследования при хирургических заболеваниях печени / [С.А. Боровков, А.Ф. Блюгер, В.В. Виноградов и др.] // М.: Медицина, 1973. - 352 с.

55. Treatment of Bleeding Oesophageal Varices with SomoCTpatostatin / [L. Thulin, J. Tyden, Samnegard et al.] // *Acta Chir. Scand*. -1979. - P. 145.

56. Warren, W.D. Recent Advances in the Management of Variceal Bleeding / W.D. Warren, J.B. Whilfhead // *Jap. J. Surg*. - 1986. - P. 77.

57. Ерамлианцев, А.К. Хирургическое лечение сегментарной внепеченочной портальной гипертензии / А.К. Ерамлианцев, Е.А. Киценко, Е.Д. Любимый // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2006. - Т. 11, № 3 -С. 162.

58. Wongcharatrawee, S Diagnosing portal hypertension. / S. Wongcharatrawee, R.J. Groszmann // *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol*. - 2000. - Vol. 14, N. 6. - P. 881 - 894.



**КОМБИНИРОВАННОЕ УДЛИНЕНИЕ ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ**

**С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев, Т.М. Кулуев, С.Б. Жумабеков**  
Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии  
г. Бишкек. Кыргызская Республика

**Резюме.** В нашей научной работе представлен новый метод комбинированного удлинения крупных трубчатых костей, основанный на применении аппарата внешней фиксации и накостного остеосинтеза. Применение предложенного метода комбинированного удлинения значительно улучшает ближайшие и отдаленные результаты у больных с врожденными и приобретенными укорочениями конечностей.

**Ключевые слова:** комбинированное удлинение, трубчатые кости, аппарат внешней фиксации, накостный остеосинтез.

**УЗУН ТҮТҮКТҮҮ СӨӨКТӨРДҮ АЙКАЛЫШТЫРЫП УЗАРТУУ**

**С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев, Т.М. Кулуев, С.Б. Жумабеков**  
Бишкек травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору  
Бишкек ш. Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Биздин илимий ишинде узун түтүктүү сөөктөрдү узартуу боюнча жаңы ыкма көрсөтүлгөн, тышкы бекитилүүчү аппаратты жана чөгөрүлгөн остеосинтезди айкалыштырып колдонуу негизинде. Сөөктөрдү айкалыштыруу менен узартуу сунушталган ыкмасын колдонуу, тубаса жана кабылданган кыскаруусун дарылоонун жакынкы жана алыскы жыйынтыктарын алда канча жакшыртууга мүмкүнчүлүк берет.

**Негизги сөздөр:** айкалыштырып узартуу, түтүктүү сөөктөр, тышкы бекитүүчү аппарат, чөгөрүлгөн остеосинтез.

**COMBINED LENGTHENING OF LONG TUBULAR BONES**

**S.A. Dzhumabekov, E.A. Baygaraev, T.M. Kuluev, S.B. Zhumabekov**  
Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** In our scientific work, a new method of combined elongation of large tubular bones is presented, based on the use of an external fixation device and plate osteosynthesis. The use of the proposed method of combined lengthening improves the immediate and long-term results in patients with congenital and acquired shortenings of limbs.

**Keywords:** Combined lengthening, tubular bones, external fixation devices, paraossal osteosynthesis.

**Актуальность.** Проблеме укорочения конечностей в зарубежной и отечественной литературе уделено много внимания [1,2,3,5,6,7].

Во-первых, укорочение конечности сопровождается резким нарушением функциональных возможностей орга-

низма в двигательном плане (адинамия, хромота, неправильная походка).

Во-вторых, возникают калечащие эстетические нарушения тела (асимметрия и деформация конечности, нарушение осанки и оси тела) и немаловажный фактор - психоэмоциональные расстройства

личности вследствие укорочения конечности [1,2,3]. В плане удлинения конечности на данный момент имеется значительный прогресс, однако все равно данный процесс остается трудоемким, сложным в исполнении, длительным относительно конечного результата и самое главное подвержен многочисленным осложнениям. Ознакомление с доступной литературой свидетельствует о том, что проблема успешного удлинения крупных трубчатых костей конечностей остается еще далекой от своего решения, что послужило основанием для предпринятого нами исследования [4,5,6,7].

**Цель исследования.** Разработать метод удлинения крупных трубчатых костей на основе сочетания чрескостного внеочагового и погружного остеосинтеза.

**Материалы и методы исследования**

Пациенты, обследованные в рамках нашей научной работы, находились на стационарном лечении в отделениях па-

тологии суставов и взрослой ортопедии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии за период с 2017 по 2019 год.

Для констатации научного факта на четкой доказательной базе все пациенты с приобретенными или врожденными укорочениями нижней конечности были разделены на две группы: основная 49 пациентов и контрольная 55 больных, что составило в итоге 104 пациентов.

Возраст оперированных больных колебался от 15 до 35 лет и в среднем составил 22,7 и 22,6 лет, соответственно в основной и контрольных группах.

Наиболее частыми причинами, побудившими пациентов обратиться за высококвалифицированной ортопедической помощью в амбулаторно-диагностическом отделений Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии явились следующие заболевания, которые приведены в таблице 1.

Таблица 1 – Распределение пациентов по нозологии

Нозология	Основная группа		Контрольная группа		Всего	
	Абс.ч	%	Абс.ч	%	Абс.ч	%
Посттравматические укорочения	12	24,5	12	21,8	24	23,1
Последствия перенесённого остеомиелита	3	6,1	9	16,4	12	11,5
Последствия перенесённого полиомиелита	6	12,2	6	10,9	12	11,5
Врождённый вывих бедра	12	24,5	12	21,8	24	23,1
Дисплазия тазобедренного сустава	7	14,3	6	10,9	13	12,5
Патологический вывих бедра	5	10,2	5	9,1	10	9,6
Врождённые укорочения	4	8,2	5	9,1	9	8,7
<b>Всего</b>	<b>49</b>	<b>100,0</b>	<b>55</b>	<b>100,0</b>	<b>104</b>	<b>100,0</b>

Кроме того, нами определены сегменты, за счет которых происходит укорочение конечности (табл. 2).

Таблица 2 – Распределение пациентов по пораженному сегменту

Наименование группы	Наименование сегмента укорочения	
Основная группа	Бедро	38
	Голень	7
	плечо	4
Контрольная группа	Бедро	41
	Голень	12
	плечо	2

В основном различие в контрольной и основной группах заключалось в разности применяемых методов удлинения. В контрольной группе применялась методика традиционного удлинения аппаратами внешней фиксации, а в основной применялась новая методика комбинированного метода удлинения (сочетание погружного и внешнего остеосинтеза).

При изучении особенностей укорочения нижней конечности (в качестве предоперационной подготовки) и для последующей оценки конечных результатов удлинения использовались следующие методы исследования: клинколабораторные, рентгенологические, антропометрические и статистические.

По критериям вопросника по 100-балльной шкале СОИ-1, которая сравнивает и анализирует результаты, прогнозирует развитие патологического процесса или прогресс в лечении. У пациентов в основной и контрольной группах перед оперативным лечением были получены следующие результаты. В обеих группах больные имели минимальное значение 69 баллов и максимальное значение 73 балла, среднее значение составило 71 балл (основная группа) и 70 баллов (контрольная группа). Это еще раз подтверждает тождественность и идентичность обеих групп по характеру и интенсивности течения патологического процесса.

Нами впервые в клинической практике Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии под руководством академика Джумабекова С.А. разработан и внедрён в клиническую практику метод комбинированного удлинения крупных трубчатых костей [8]. Сущность метода заключается в комбинировании двух методов остеосинтеза: аппарата чрескостного внеочагового остеосинтеза Илизарова и накостного остеосинтеза. Под анестезией накладываается аппарат Илизарова из полуколец или полных колец на конечность. Кольца располагаются на дистальном и проксимальном уровнях трубчатой кости. Далее производится разрез кожи и подлежащих мягких тканей, оголяется кость соответственно размеру разработанной накостной пластины. Производится косая или поперечная остеотомия трубчатой кости. Накладывается пластина и фиксируется к проксимальной части кости 3-4 кортикальными винтами.

Проксимальный же отломок кости фиксируется к пластине 1-2 винтами в специальных отверстиях (фиксируется не жёстко).

Здесь следует указать технические особенности разработанной накостной пластины. Изюминкой данной пластины является наличие в центральной части продольного сквозного паза определённой длины (зависит от планируемой длины удлинения) для скольжения дистальных винтов (рис. 1).

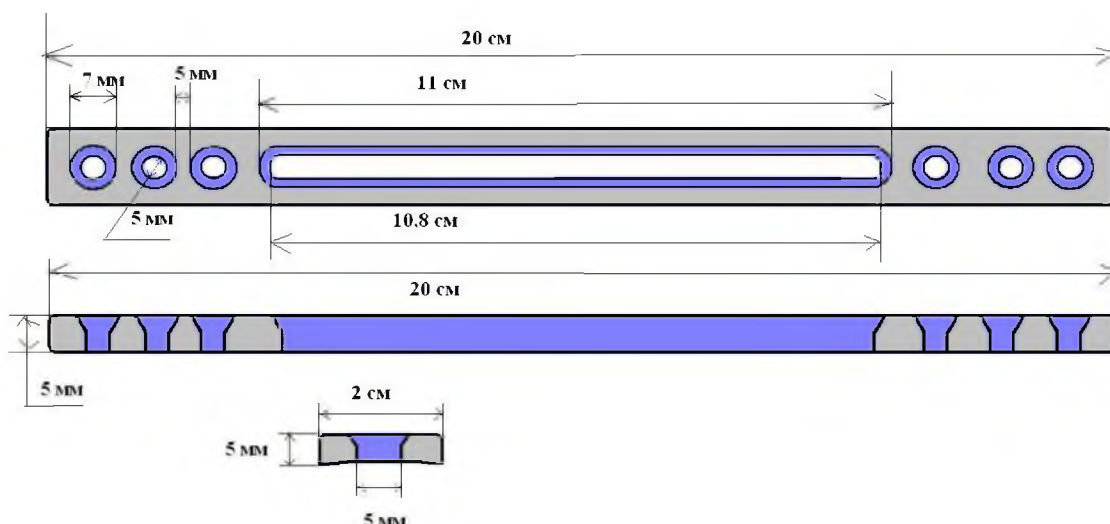


Рис. 1. Конструктивные особенности накостной пластины.

Операционная рана дренируется и ушивается. Растяжение начинаем на 7-10 сутки после операции, темп дистракции зависит от вида удлиняемой кости (бедренная, большеберцовая, плечевая кости) и особенностей организма (вид патологии, возраст, характера микроэлементного состава крови). По мере достижения необходимой длины конечности под адекватной анестезией в операционных условиях производится окончательная фиксация дистального отдела трубчатой кости 2-3 кортикальными винтами. Операционный разрез здесь значительно меньше и соответствует только длине дистального фрагмента. Для получения

хороших результатов важны атравматичность хирургической техники и сохранение кровообращения в мягких тканях благодаря бережному отношению к ним.

Строго необходимо при осуществлении остеосинтеза избегать травматизации костного регенерата, пластина фиксируется только к костной ткани находящейся на периферии от регенерата, рана зашивается и дренируется, аппарат Илизарова удаляется. На рисунке 2 иллюстрирована принципиальная схема удлинения крупных трубчатых костей комбинированным методом с использованием «скользящей» пластины.

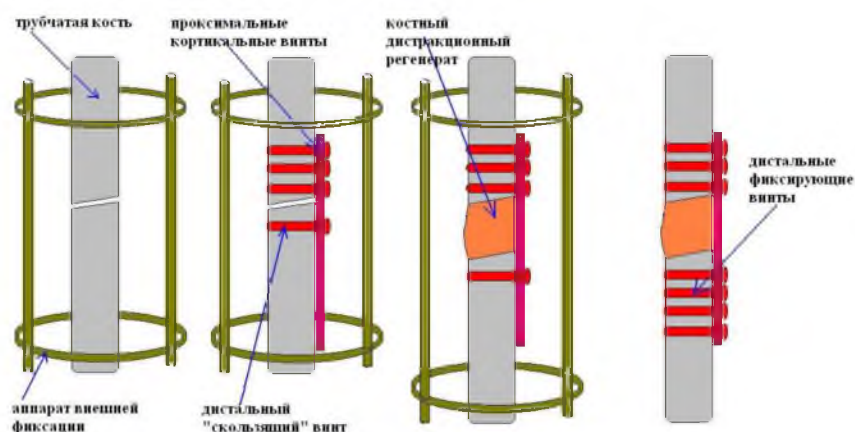


Рис. 2. Этапы удлинения трубчатой кости.

**Результаты**

Результаты лечения в обеих группах изучены у всех 104 пациентов по показателям 100 бальной шкалы СОИ-1 в послеоперационном периоде (через 6, 12, 18 месяцев). В основной группе средние показатели суммы баллов по СОИ-1 составили 94 балла. Тогда как в контрольной группе средний балл составил 81 балл.

Осложнения в рамках нашей работы встречались как в основной, так и в контрольной группах, но отличались по тяжести их проявлениям и исходам. Применение предложенного комбинированного метода удлинения в основной группе позволило предупредить такие серьезные осложнения как миогенные и ар-

рогенные контрактуры смежных суставов, спицевой остеомиелит, так как аппарат Илизарова находится на конечности только в период distraction (2-3 месяца), на всем протяжении лечебного процесса сохраняется правильная ось конечности. В основной группе был 1 (3,3%) случай осложнения воспалительного характера на месте спицевых ран, однако их удалось купировать на ранних стадиях применением антибиотиков и местного лечения (перевязки, местное обкалывание раствором антибиотиков).

Тогда как в контрольной группе аппарат Илизарова находится на конечности до полной оссификации костного регенерата (12-14 месяцев) возникают осложнения, которые показаны в табл. 3.

Таблица 3 – Характер и частота осложнений у больных контрольной группы

Вид осложнений	Количество осложнений	% от общего числа пациентов (n=54)
Спицевой остеомиелит	2	3,7%
Угловое или поперечное смещение отломков	6	11,1%
Слабое развитие регенерата	2	3,7%
Ложный сустав, дефект костной ткани	2	3,7%
Контрактуры смежных суставов	18	33,3 %
Всего осложнений	30	55,5% из 54 пациентов

**Заключение.** Применение новой методики позволяет значительно снизить длительность нахождения конечности в аппарате Илизарова, косвенно снижать риск воспалительных явлений в месте входа спиц и стержней в мягкие ткани. Иммобилизация отломков удлиняемой кости накостной пластиной является более жёсткой фиксацией (жёсткая иммобилизация от бокового смещения), что создаёт оптимальные условия для благоприятного развития регенерата. Минимальная продолжительность нахождения конечности в аппарате внешней фиксации (только на период distraction) поз-

воляет на раннем этапе начать функциональную разработку конечности и избегать артрогенных и миогенных контрактур. Отсутствие громоздких конструкций в области удлиняемой конечности создаёт комфортные условия для пациентов, не ограничивает их в бытовых условиях. Данный метод в техническом плане не представляет особых трудностей и может выполняться в любых клиниках с минимальным уровнем технического оснащения. Таким образом, комбинированный метод удлинения трубчатых костей имеет ряд теоретических и практических преимуществ перед тради-

ционной методикой, позволяет более эффективно производить удлинение. Совокупность приведённых в данной научной работе положений даёт нам основание рекомендовать комбинированный способ удлинения конечности в широкую практику.

### Литература

1. Введенский, С.П. *Стицестержневой остеосинтез при лечении больных с деформациями и повреждениями бедра [Текст]* / С.П.Введенский, Н.Б.Точилина, К.Н.Петрушов // *Современные технологии в травматологии и ортопедии: Матер. юбил. науч. конф. - СПб, 2010. - С. 71-72.*
2. Джумабеков, С.А. *Опыт применения различных видов остеотомий при удлинении бедра полностью имплантируемыми аппаратами Блискунова [Текст]* / С.А. Джумабеков // *Тез.докл. II респуб. конференции.-Ялта, 1993. - С.13-14.*
3. Климов, О.В. *Удлинение и коррекция оси голени [Текст]* / О.В.Климов, А.М.Аранович // *Современные технологии в травматологии и ортопедии: Матер. юбил. науч. конф. - СПб, 2010. - С. 111-112.*
4. Ткач, А.В. *Удлинение трубчатых костей [Текст]* / А.В. Ткач, О.В. Мартынюк, А.Е. Аникин // *Вестн. ортопедии, травматологии и протезирования. - 2004. - № 1. - С. 42-45.*
5. Илизаров, Г.А. *Значение факторов напряжения растяжения в генезе тканей и формообразовательных процессах при чрескостном остеосинтезе [Текст]* / Г.А.Илизаров // *Чрескостный остеосинтез в ортопедии и травматологии: сб. науч. тр. - Курган, 1984. - Вып. 9. - С. 4-41.*
6. Цуканов, В.Е. *Методика комбинированного дистракционного остеосинтеза по направляющему блокированному стержню при удлинении длинных трубчатых костей [Текст]* / В.Е. Цуканов, В.И. Тарасов, В.В.Водилов // *Тез. докл. научной конференции - Екатеринбург, 2007.*
7. Драган, В.В. *Способ удлинения и фиксации голени внутрикостным устройством [Текст]* / Драган В.В. // *Таврический медико-биологический вестник-В кн.: Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И.Георгиевского-Симферополь, 2007.- Т.10, №1.- С. 162-165.*
8. Джумабеков С.А. *Удлинение крупных трубчатых костей комбинированным способом в зависимости от состояния мягких тканей удлиняемого сегмента [Текст]* / С. А. Джумабеков, Т.М. Кулуев // *Вестник КРСУ. - 2016. - Т.16, №7. - С. 17 - 18.*

**НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ  
МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА С СОХРАНЕНИЕМ И БЕЗ СОХРАНЕНИЯ  
ЗАДНЕЙ СТВОРКИ**

**С.А. Жумабаев, Т.Б. Калиев, К.С. Урманбетов, М.И. Асаналиев,  
Г.Т. Турсунбекова**

Научно-исследовательский институт сердечной хирургии и трансплантации органов  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: urmankg@yandex.ru*

*asanaliev80@gmail.com*

*medi\_777.kg@bkru*

*gulnaztursunbekova@gmail.com*

*Sultanmurat-89@mail.ru*

**Резюме.** Дана сравнительная оценка результатов операции протезирования митрального клапана с сохранением задней створки и с полным удалением створок митрального клапана. Анализу подвергнуты 46 пациентов с митральным пороком сердца. Основную группу составили 23 пациента, которым протезирование митрального клапана производили с сохранением задней створки. В контрольную группу вошли 23 пациента, которым имплантацию митрального клапана провели с полным удалением створок и хордально-папиллярного аппарата. В ближайшем послеоперационном периоде конечно-диастолический объем левого желудочка у пациентов в основной группе значительно уменьшился (на 8,9 мл в сравнении исходных дооперационных показателей), чем у пациентов контрольной группы (на 5,6 мл в сравнении исходных дооперационных показателей). Увеличение объемных нагрузок у пациентов контрольной группы сопровождалось снижением фракции выброса за счет ремоделирования полости левого желудочка. У пациентов основной группы эхокардиографические (ЭхоКГ) данные после операции свидетельствуют о нормализации внутрисердечной гемодинамики, уменьшение линейных и объемных показателей левого желудочка сердца, а также увеличение его сократительной способности. В контрольной группе незначительно улучшились ЭхоКГ показатели левого желудочка, но фракция изгнания левого желудочка снизилась (с  $59,0 \pm 9,8\%$  до  $56,1 \pm 9,4\%$ ). Кроме того, в основной группе длительность времени искусственного кровообращения была меньше, чем в контрольной группе ( $83,6 \pm 32,3$  мин  $115,4 \pm 32,0$  соответственно).

**Ключевые слова:** митральный клапан, сохранение задней створки, протезирование, левый желудочек, ремоделирование.

**АРТКЫ КАПКАКЧАНЫ САКТОО МЕНЕН  
ЖАНА МИТРАЛДЫК КАПКАКЧАНЫ САКТАБАЙ ПРОТЕЗДӨӨНҮН  
ТҮЗДӨН ТҮЗ ЖҮЙЫНТЫКТАРЫ**

**С.А. Жумабаев, Т.Б. Калиев, К.С. Урманбетов, М.И. Асаналиев,  
Г.Т. Турсунбекова**

Жүрөк хирургиясы жана органдарды алмаштыруу боюнча илимий-изилдөө институту  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Жүрөктүн митралдык капкакчасын протездөөдө арткы капкакчаны сактоо менен жана капкакчаларын толук алып салуу операцияларынын жыйынтыктарына салыштырмалуу баа берилди. Талдоого жүрөктүн митралдык капкак оорусу менен 46 бейтап алынды. Арткы капкакчаны сактоо менен жасалган митралдык протездөөнүн негизги тобун 23 бейтап түздү. Хорда-папиллярдык аппаратын жана капкакчаларын толук алып салуу менен өткөрүлгөн митралдык капкак имплантациялоодо көзөмөлдүк топко 23 бейтап кирди. Жакынкы операциядан кийинки мезгилде көзөмөлдөгү топтогу бейтаптарга караганда (баштапкы операцияга чейинки көрсөткүч 5,6мл), негизги топтогу бейтаптарда сол карынчанын акыркы-диастолдук көлөмү бир далай азайган (операцияга чейинки көрсөткүчтөргө салыштырганда 8,9 мл ге). Сол карынчанын ремоделденүүсүнүн эсебинен көзөмөлдүк топтогу бейтаптарда көлөмдүк күчтүн көбөйүшү жүрөктүн бүркүп берүү күчүнүн төмөндөшү менен коштолгон. Негизги топтогу бейтаптарда жүрөктүн ички кан айлануусунун нормалдашуусун, сол карынчанын көлөмдүк жана сызыктуу көрсөткүчүнүн азайышын, андан сырткары анын жыйрылуу күчүнүн көбөйүшүн, операциядан кийинки эхокардиографиялык маалымат күбөлөндүрөт. Көзөмөлдүк топто сол карынчанын эхокардиографиялык күчү бир аз жакшырган бирок бүркүп берүү күчү төмөндөгөн ( $59,0 \pm 9,8\%$  дан  $56,1 \pm 9,4\%$  га чейин). Мындан тышкары, негизги топто жасалма кан айлануу убактысынын узактыгы көзөмөлдүк топко караганда аз ( $83,6 \pm 32,3$  мин  $115 \pm 32,0$  тиешелүү түрдө).

**Негизги сөздөр:** митралдык капкакча, арткы капкакчаны сактоо, протездөө, сол карынча, ремоделденүүсү.

### THE IMMEDIATE RESULTS OF THE MITRAL VALVE REPLACEMENT WITH PRESERVATION AND WITHOUT PRESERVATION OF THE POSTERIOR CUSP

S.A. Zhumabaev, T.B. Kaliev, K.S. Urmanbetov, M.I. Asanaliyev, G.T. Tursunbekova

Research Institute of Cardiac surgery and Organ Transplantation

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** A comparative evaluation of the results of mitral valve (MV) prosthetics with the preservation of the posterior cusp and with the complete removal of the mitral valve flaps is given. 46 patients with mitral heart disease were analyzed. The main group consisted of 23 patients who underwent mitral valve replacement while maintaining the posterior cusps. The control group included 23 patients who underwent mitral valve implantation with complete removal of valves and chordal papillary apparatus. In the near postoperative period, the end-diastolic volume of the left ventricle in patients in the main group significantly decreased (by 8.9 ml compared to the initial preoperative parameters) than in patients in the control group (by 5.6 ml compared to the initial preoperative parameters). The increase in volume loads in patients of the control group was accompanied by a decrease in the ejection fraction due to remodeling of the left ventricular cavity. In patients of the main group, echocardiographic (EchoCG) data after surgery indicate the normalization of intracardiac hemodynamics, a decrease in linear and volumetric parameters of the left ventricle of the heart, as well as an increase in its contractility. In the control group slightly improved Echocardiographic indices of the left ventricle, but the fraction of the expulsion of the left ventricle decreased (from  $59,0 \pm 9,8\%$  to  $56,1 \pm 9,4$  per cent). In addition, the duration of car-



diopulmonary bypass in the study group was shorter than in the control group ( $83.6 \pm 32.3$  min  $115.4 \pm 32.0$  respectively).

**Key words:** mitral valve, posterior cusp, left ventricle, remodeling.

**Актуальность.** В лечении пороков митрального клапана радикальным методом считается имплантация искусственного клапана сердца [1]. В мире насчитывают сотни тысяч людей, живущих с искусственными клапанами сердца.

Стандартная (классическая) техника протезирования митрального клапана включает в себе как обязательное удаление всего клапанного аппарата: створок, хорд, верхушек папиллярных мышц [2]. Нетронутым остается только фиброзное кольцо клапана, но и оно после имплантации жесткого протеза утрачивает свою функциональность, т.е. способность увеличивать размер митрального отверстия в диастолу и сокращать в систолу. Кроме того, механический протез, имплантированный по стандартной технике, меняет механику движения фиброзного кольца в период сокращения левого желудочка. В нормальной анатомической ситуации фиброзное кольцо митрального клапана перемещается к верхушке левого желудочка, участвуя, таким образом, в формировании эффективной систолы желудочка. При нарушении аннулопапиллярной непрерывности фиброзное кольцо с клапанным протезом проваливается в сторону левого предсердия в систолу желудочка. Все это хорошо видно при ЭхоКГ исследовании [2].

В раннем послеоперационном периоде эта неэффективная работа приводит к снижению производительности сердца, а в отдаленном периоде происходит ремоделирование ЛЖ с увеличением его сферичности. Вероятнее всего, именно нарушение внутрижелудочковых силовых усилий лежит в основе того, что пациенты после стандартного протезирования составляют группу больных наиболее высокого риска: летальность

почти в два раза превышает таковую после изолированного протезирования. Несмотря на впечатляющие достижения сердечной хирургии последних десятилетий, эта тенденция сохранялась до конца прошлого века [2,3].

Ряд авторов сообщают о том, что методика протезирования митрального клапана с полным иссечением подстворчатого аппарата приводит к потере опорной функции клапана и изменению геометрии левого желудочка, которая приближается к сферической, что значительно снижает его функциональные возможности и сердечный выброс [4,5].

Все это приводит к ухудшению результата операции, инвалидизации и, как крайнему результату, летальному исходу независимо от нормальной функции искусственного протеза [5].

В то же время при наблюдении за больными после сохранения аннулопапиллярной непрерывности, отмечается низкая госпитальная летальность (2-6%) и длительный хороший результат операции (5 – летняя выживаемость 90,3–95,5%) по сравнению с протезированием митрального клапана с его полным иссечением, госпитальная летальность (9–15%), (5–летняя выживаемость 80,7–91,8%). Это связано с нормальной функцией левого желудочка и редким развитием синдрома низкого сердечного выброса при сохранении митрального клапана [6,7].

Сегодня во всех международных рекомендациях указано на обязательную необходимость сохранять клапанный аппарат, особенно у пациентов с недостаточностью, как минимум, задней створки при протезировании митрального клапана [7].

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ непосредственных ре-

зультатов операции протезирования митрального клапана с сохранением задней створки с хордально-папиллярным аппаратом и без сохранения митральной створки.

### Материал и методы исследования

В отделении приобретенных пороков сердца Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов с 2012 г. по 2017 г. 46 пациентам выполнена операция протезирова-

ния митрального клапана. Все пациенты были с хронической ревматической болезни сердца. Средний возраст составил  $45,2 \pm 10,3$  лет. Мужчин было 20 (43,5%) и женщин - 26 (56,5%).

В IV функциональном классе сердечной недостаточности находились 5 (10,9%) пациентов, в III-37 (80,4%) и во II-4 (8,7%). У 29 (63,0%) пациентов имела фибрилляция предсердий (таблица 1).

Таблица 1 - Общая клиническая характеристика пациентов (n-46)

№	Показатели	Количество	%
1	Средний возраст	$45,2 \pm 10,3$ лет	
2	Пол: мужчины женщины	20	43,5
		26	56,5
3	Функциональный класс: II III IV	4	8,7
		37	80,4
		5	10,9
5	Ритм сердца: Синусовый Фибрилляция предсердий	17	37
		29	63
6	Тромбоз левого предсердия	4	8,7

У 4 (9%) больных наблюдалась недостаточность митрального клапана, у 8 (16%) - комбинированный митральный порок и у 34 (75%) - диагностирован стеноз митрального клапана или его преобладание.

Всем пациентам выполнено протезирование. Помимо протезирования митрального клапана в 27 (58,7%) случаях по поводу порока трикуспидального клапана проведены дополнительно пластические процедуры на трикуспидальном клапане. В 4 случаях выполнено удаление тромба из левого предсердия и в 8 случаях выполнена пластика левого предсердия.

Во всех случаях имплантировали низкопрофильные двухстворчатые механические протезы, которые более предпочтительны при любом варианте сохранения митрального клапана, так как есть риск попадания сохраненных структур

митрального клапана [4,8]. Протезы к фиброзному кольцу фиксировали непрерывными обвивными или отдельными П-образными швами.

В зависимости от выполненной операции пациенты разделены на 2 группы. В первую группу вошли 23 (50%) пациента с сохранением задней створки с хордально-папиллярным аппаратом и вторую группу составили 23 (50%) пациента с полным удалением митрального клапана.

По функциональным и общеклиническим характеристикам пациенты по анализируемым группам были идентичными.

Эхокардиография (ЭхоКГ) являлась наиболее значимым методом исследования, позволяющим периоперационно адекватно оценить геометрию и объемные показатели полостей сердца, его систолическую и диастолическую функ-

цию, оценить степени выраженности морфологических изменений клапана. В послеоперационном периоде (ЭхоКГ), кроме изучения вышеперечисленных показателей сердца, позволяет оценить функцию механического клапана сердца.

### Результаты и их обсуждение

Из 46 оперированных пациентов на госпитальном этапе летальные исходы отсутствовали. Среди всех пациентов в ближайшем послеоперационном периоде у 13 (28,3%) пациентов были различные осложнения (таблица 2).

Таблица 2 - Анализ послеоперационных осложнений

Виды осложнений	I группа (n-23)		II группа (n-23)		Всего (n-46)	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Сердечная недостаточность	4	17,4	8	34,8	12	26,1
Кровотечение	1	4,3	-		1	2,2
Фибриляция предсердий						

Во второй группе сердечная недостаточность, которая требовала подключение кардиотонических препаратов выше терапевтических доз, в два раза больше чем в первой.

Полученный результат показывает, что сохранение даже задней створки с хордально-папиллярным аппаратом при протезировании митрального клапана уже в ближайшем послеоперационном периоде отражает эффективность аннулопапиллярной непрерывности.

М. Muthiau et all. (2005) в своей работе отметил, что сохранение только одной

задней створки дает отличные результаты, улучшая функциональный статус, сохранение геометрии и функции левого желудочка, которые сопоставимы с результатами пациентов с полной сохранностью хордально-папиллярного аппарата [7].

В одном случае кровотечение стало причиной рестернотомии. Больной в последующем выписан домой без инфекционных осложнений.

Кроме того проведен сравнительный анализ внутрисердечного этапа операции по группам (таблица 3).

Таблица 3 - Сравнительный анализ внутрисердечного этапа операции по группам

Показатели	I группа	II группа
Общее время ИК, мин	83,6±32,3	115,4±32,0
Время пережатия аорты, мин	53,7±27,8	80,2±21,9
Восстановление сердечной деятельности:		
-самостоятельное	13	21
-через фибриляцию	10	1
-через АВ блокаду	-	1

Среднее время искусственного кровообращения и время пережатия аорты в первой группе было значительно меньше чем во второй группе.

Был проведен сравнительный анализ данных ЭхоКГ исследования по изучаемым группам. Динамика объема левого желудочка и фракция выброса левого желудочка являются показателями, оце-

нивающие функциональное состояние после протезирования клапана.

ЭхоКГ данные до операции и перед выпиской отражали изменения внутрисердечной гемодинамики и полостей сердца. Достоверных различий ЭхоКГ показателей до операции в исследуемых группах не было. В стационаре ни в од-

ном случае нарушения функции протеза, за счет интерпозиции сохраненной задней створки, не наблюдалось.

В таблице 4 показаны данные ЭхоКГ исследования по группам до- и после операции перед выпиской из стационара по группам.

Таблица 4 - Динамика эхокардиографических показателей

Показатели	I группа		II группа	
	До операции	После операции	До операции	После операции
Конечно-диастолический размер левого желудочка, см	5,2±0,6	5,0±0,4	5,15±1,1	5,0 ±0,8
Конечно-систолический размер левого желудочка, см	3,5±0,6	3,4±0,4	3,5±1,1	3,4±0,7
Фракция выброса левого желудочка, %	58,0±6,6	59,5±0,1	59,0±9,8	56,1±9,4
Конечно-диастолический объем, мл	131,4±33,9	125,8±21,4	121,8±52,2	112,9±45,8
Конечно-систолический объем, мл	52,9±20,5	51,3±16,0	54,8±36,2	50,2±26,8
Ударный объем, мл	78,6±19,9	72,3 ± 10,3	69,2±24,6	65,3±23,8
Размер левого предсердия, см	5,2±1,08	4,4±0,6	4,9±0,6	4,28±0,5
Градиент давления на митральном клапане и на протезе, мм.рт.ст.	19,4±5,8	10,5±2,5	19,3±7,0	12,9±3,8
Систолическое легочно-артериальное давление, мм.рт.ст.	59,7±12,4	41,2±11,9	61,8±14,7	44,0±8,3
Размеры правого желудочка	2,5±0,68	2,3±0,2	2,6±0,4	2,4±0,5
ΔS систола, с	0,32±0,05	0,28±0,04	0,32±0,08	0,32±0,09

В первой группе конечно-диастолический размер левого желудочка до операции составлял в среднем 5,2±0,6 см, в непосредственном послеоперационном периоде уменьшился до 5,0±0,4 см; и конечно-систолический размер уменьшился с 3,5±1,1 см до 3,4±0,7 см. Такая же положительная динамика отмечена по конечно-диастолическому и конечно-систолическому объему левого желудочка, т.е. с 131,4±33,9 мл до 125,8±21,4 мл и с 59,0±9,8 мл 56,1±9,4 мл соответственно.

Размер левого предсердия до операции составлял в среднем 5,2±1,1 см, после операции уменьшился до 4,4±0,6 см.

Фракция выброса левого желудочка в непосредственном послеоперационном периоде увеличилась в среднем с 58,0±6,6% до 59,5±0,1%. Градиент давления на митральном клапане до операции в среднем составил 19,4±5,8 мм рт.ст., при выписке из стационара после операции градиент диастолического давления протеза составила 10,5±2,5 мм рт.ст. Систолическое легочно-артериальное давление до операции в среднем составило 59,7±12,4 мм рт.ст.,

при выписке из стационара  $41,2 \pm 11,9$  мм рт.ст. Степень систолического укорочения переднезаднего размера левого желудочка во время систолы до операции ( $\Delta S$  систола) в среднем составил  $0,31 \pm 0,05$  см, при выписке после операции  $0,28 \pm 0,04$  см.

Анализ эхокардиографических данных показал, что в группе пациентов с полным сохранением задней створки митрального клапана в непосредственном после операционном периоде нормализация внутрисердечной гемодинамики привела к улучшению функции левого желудочка сердца, который позволяет более эффективно реализовать биомеханизм сокращения в ближайшем этапе после операции протезирования митрального клапана [9,10].

Во второй группе конечно-диастолический размер левого желудочка до операции в среднем составил  $5,15 \pm 1,1$  см, в непосредственном послеоперационном периоде уменьшился до  $5,0 \pm 0,8$  см; конечно- систолический размер с  $3,5 \pm 1,1$  см до  $3,4 \pm 0,7$  см. Положительная динамика ЭхоКГ показателей наблюдается и по конечно-диастолическому и конечно-систолическому объему ЛЖ, т.е. с  $121,8 \pm 52,2$  мл, до  $112,9 \pm 45,8$  мл и с  $54,8 \pm 3,6$  мл, до  $50,2 \pm 2,7$  мл соответственно. Размер левого предсердия до операции составлял в среднем  $4,9 \pm 0,6$  см, после операции уменьшился в среднем до  $4,3 \pm 0,5$  см. Размеры правого желудочка соответственно с  $2,6 \pm 0,4$  см до  $2,4 \pm 0,5$  см. Фракция выброса левого желудочка в ближайшем послеоперационном периоде уменьшилась в среднем с  $59,0 \pm 9,8\%$  до  $56,1 \pm 9,4\%$ . Диастолический градиент до операции составил  $19,3 \pm 7,0$  мм рт.ст., в госпитальном этапе после операции градиент диастолического давления протеза составил  $12,9 \pm 3,8$  мм рт.ст. Систолическое легочно-артериальное давление до операции в

среднем составило  $61,8 \pm 14,7$  мм рт.ст., перед выпиской из стационара  $44,0 \pm 8,3$  мм рт.ст. Степень систолического укорочения переднезаднего размера левого желудочка во время систолы до операции ( $\Delta S$  систола) в среднем составил  $0,32 \pm 0,08$  см, при выписке после операции остается прежней ( $0,32 \pm 0,09$  см).

Анализ ЭхоКГ данных показал, что во второй группе с полным удалением створки в ближайшем послеоперационном периоде также отмечено улучшение или нормализация внутрисердечной гемодинамики и функции левого желудочка сердца. Тем не менее, существует несколько исследований, которые продемонстрировали, что полное удаление подклапанного аппарата связано менее эффективным обратным ремоделированием левого желудочка [3].

Как видно из таблицы 4 до операции конечно-диастолический и конечно-систолические размеры левого желудочка, как в первой, так и во второй группе были одинаковыми, а в послеоперационном этапе отмечена незначительная положительная динамика. В ближайшем послеоперационном периоде в обеих сравниваемых группах уменьшились конечно-диастолический объем и левый желудочек, но во второй группе более чем в первой ( $8,9$  мл, против  $5,6$  мл). Увеличение объемных нагрузок во второй группе сопровождалось снижением фракции выброса за счет ремоделирования полости левого желудочка, потерей эллипсоидной формы и приближение ее к форме шара из-за перегрузки базальных отделов миокарда [1,3,4,10].

По степени систолического укорочения переднезаднего размера левого желудочка в сравниваемых группах в динамике почти не изменены. Тем не менее, в первой группе по сравнению до и после протезирования она уменьшилась на  $12,5\%$ . Значимое уменьшение показателя фракции выброса левого желудочка

отмечено во второй группе – с  $59,0 \pm 9,8\%$  до  $56,1 \pm 9,4\%$ , в первой группе, наоборот,

наблюдается увеличение фракции выброса с  $58,0 \pm 6,6\%$  до  $59,5 \pm 0,1\%$  (Рис.).

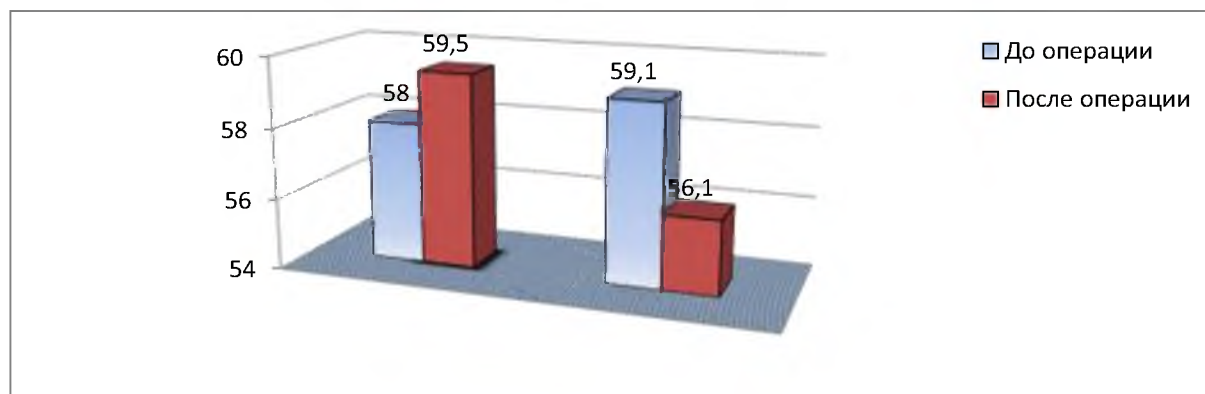


Рис. Фракция выброса у пациентов по группам до и после операции.

Несмотря на такую незначительную разницу в группах всё же подтверждается эффективность методики сохранения задней створки с хордально-папиллярным аппаратом при протезировании митрального клапана и облегчает течение послеоперационного периода [6]. Разница ЭхоКГ показателей между группами указывает на отрицательные стороны полного удаления клапана во второй группе за счет нарушения аннулопапиллярной связи.

### Выводы:

1. Полное сохранение задней створки митрального клапана с хордально-папиллярным аппаратом при его протезировании обеспечивает сохранность аннулопапиллярной связи левого желудочка, которая позволяет приблизить условия его работы к физиологическому. Полное удаление подклапанных структур приводит к снижению контрактильной способности миокарда левого желудочка.

2. Для получения лучшего функционального результата после протезирования митрального клапана должны добиться нормализации внутрисердечной гемодинамики и увеличения сократительной способности миокарда левого желудочка путем сохранения аннулопапиллярной связи митрального клапана.

### Литература

1. Мироненко, В.А. Протезирование митрального клапана с сохранением и реконструкцией подклапанных структур (Обзор литературы) //Бюлл. НЦССХ РАМН. - 2008. - № 1.- С. 34-43.

2. Дземешкевич, С.Л. Болезни митрального клапана: функция, диагностика, лечение / С.Л. Дземешкевич, Л.У. Стивенсон.–М.: ГЕОТАР-МЕД, 2015.– 352 с.

3. Preservation of the subvalvular apparatus during mitral valve replacement of rheumatic valves does not affect long-term survival / [G.F. Coutinho, V. Bihun, P.E. Correia et al.] // Eur. J. Cardiothorac. Surg.–2015.-48(6.)-P. 867.

4. Железнев, С.И. Клинико-гемодинамическая оценка результатов операций протезирования митрального клапана с сохранением подклапанных структур при митральной недостаточности / С.И. Железнев, В.М. Назаров, А.В. Богачев-Прокофьев, В.И. Иванов //Патология кровообращения и кардиохирургия. -2007.-№3.-С. 24.

5. Mitral insufficiency surgery to treat advanced heart failure / [J.V. Oliveira, W.V. Vicente, A.J. Rodrigues et al.] // Rev. bras. Cir. Cardiovasc.-2009.-№ 24(4).-P. 551.

6. Replacement of chordae tendineae using expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) sutures during mitral valve replacement in patients with mitral stenosis / [Y. Okita, S. Mik, Y. Ueda et al.] // *J. Cardiac Surg.*-1993.-№ 8.-P. 567-578.

7. Effekt of chordal preservation on left ventricular function / [N. Muthialu, S.K. Varma, S. Ramanathan et al.] // *Asian Cardiovasc. Thorac. Ann.*-2005.-№ 13(3).-P. 237.

8. Preservation of allchordae tendineae and papillary muskule during mitral valve replacement with a tilting disc valve / [H.L. Feikes, J.E. Perry, J.H. Bell et al.] // *J.Cardiac. Surg.*-1990.-№ 5(2).-P. 85.

9. Скопин, И.И. Сегментарная сократимость левого желудочка по данным 3D – ЭхоКГ «ULTRA MAGC» после протезирования митрального клапана с сохранением подклапанных структур / И.И. Скопин, Ю.И. Бузиашивили, Р.М. Муратов // Бюл.НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН. Пятая ежегодная сессия НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН с Всероссийской конф. молодых ученых.- М., 2001-№3-С. 29.

10. Mitral Valve Replacement With and Without Chordal Preservation in a Rheumatic Population: Serial Echokardiografic Assessment of Left Ventricular Size and Function / [U.K. Choudhury, A.S. Kumar, B. Airan et al.] // *The Annals of Thoracic Surgery.*-2005. - № 79(6).- P. 1933.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТИТАНОВЫХ ИМПЛАНТОВ  
ПРИ ДЕФЕКТАХ ЧЕРЕПА**

**Н.Ж. Маликов, А.Т. Шамшиев**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева  
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),  
Кафедра нейрохирургии до и последипломного образования  
(зав. кафедрой д.м.н., академик Мамытов М.М.)  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Применение индивидуально изготовленных титановых имплантов с использованием метода компьютерного моделирования позволяет производить краниопластику больным с обширными и сложными по конфигурации дефектами.

Ряд показателей, полученных в нашей работе, таких как уменьшение времени операции, достижение хорошего эстетического и функционального результата, отсутствие гнойно-септических осложнений уже можно использовать как довод в пользу краниопластики с использованием индивидуальных титановых пластин. Под функциональным результатом мы понимаем совокупность неврологической симптоматики и субъективных жалоб. В нашем исследовании не зафиксировано случая ухудшения неврологического статуса пациента.

**Ключевые слова:** дефекты черепа, реконструктивные хирургические вмешательства, индивидуальная титановая пластина.

**БАШ СӨӨКТӨРҮНҮН КЕМЧИЛИКТЕРИНДЕ  
ЖЕКЕ ӨЗДҮК ТИТАН ИМПЛАНТАРЫН КОЛДОНУУ**

**Н.Ж. Маликов, А.Т. Шамшиев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
(ректор: м.и.д. проф., Кудайбергенова И.О.),  
Нейрохирургиялык дипломго чейин жана кийинки даярдоо бөлүмү  
(каф. башчысы м.и.д., академик Мамытов М.М.)  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Жеке өздүк компьютердик метод менен жасалган титан имплантарынын колдонулушу орулуунун татаал жана кең формадагы краниопластиканы жасаганга жардам берет.

Жакшы эстетикалык жана иш жыйынтыктарга жетишүүгө, операция убакыттысын азайтуу, септикалык, краниопластика титан пластина менен колдонуу пайдасына, далил катары колдонсо болот. Биздин изилдөөдө, орулуунун неврологиялык жактан начарлашы байкалган эмес.

**Негизги сөздөр:** баш сөөктүн кемчиликтери, калыбына келтирүү хирургиясы, жеке титан пластинасы.



**THE USE OF INDIVIDUAL TITANIUM IMPLANTS  
FOR DEFECTS OF THE SKULL**

**N.J. Malikov, A.T. Shamshiev**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
(rector: dms, prof., Kudaibergenova I.O.),  
Department of Neurosurgery before and postgraduate education  
(head of the department dms, Academician Mamytov M.M.)  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** The use of individually manufactured titanium implants with using the computer simulation method allows cranioplasty to be performed on patients with extensive and complex configuration defects.

A number of indicators obtained in our work, such as reducing the time of the operation, achieving a good aesthetic and functional result, the absence of purulent-septic complications can already be used as an argument in favor of cranioplastics using individual titanium plates. By functional result, we understand the combination of neurological symptoms and subjective complaints. In our study, no case of deterioration of the patient's neurological status was recorded.

**Key words:** defects of the skull, reconstructive surgical interventions. individual titanium plate.

**Введение.** Краниопластика - восстановление целостности черепа в месте возникшего дефекта, результатом которого могли послужить такие причины как травматическое повреждение, поражение костей черепа опухолями и оперативные вмешательства, которые не только приводят к косметическим недостаткам, но и сопровождаются различными функциональными и органическими поражениями мозга. При этом причинами снижения трудоспособности у пациентов с трепанационными дефектами являются неврологические и психические расстройства (в том числе синдром запавшего кожного лоскута) [1,2,3]. По данным некоторых авторов, дефекты черепа доминируют среди хирургических форм последствий тяжелой ЧМТ, составляя от 24,5 до 44,2% поздних осложнений тяжелой ЧМТ и занимая существенное место в структуре инвалидности [3,4,5,6]. Оптимальным при проведении восстановительного лечения больных является полная компенсация повреждения черепа

– пластика повреждения черепа. При невозможности использования аутокости применяется использование имплантатов [2,5,6,7].

Для наглядной иллюстрации положительных и негативных качеств различных материалов, применяемых в качестве имплантатов, они сведены в таблицу.

В настоящий момент, большое предпочтение отдается металлическим имплантатам. В настоящее время пластины из титанового сплава широко используются в нейрохирургии. Титановые изделия применяются как в виде фиксирующих мини-пластин, так и в виде сеток [4,5]. Сетки, как и большинство имплантов, моделируются на пациенте во время операции. С внедрением в медицину метода трехмерной печати, титановые пластины используются в нейрохирургии как индивидуальные изделия. Из титанового порошка при помощи 3D принтера создается индивидуальный имплантат [1,5].

Таблица 1 - Сравнительная характеристика материалов, применяемых для краниопластики

Материал	Недостатки	Положительные качества
Полиэфиркетон	Высокая стоимость материала, сложность в комбинировании;	химическая инертность, прочность, эластичность, термоустойчивость, хорошая рентгенопроницаемость, возможность применения прямой трехмерной печати;
Полиметилметакрилат	Высокая гипертермическая реакция и токсичность;	термоустойчивость, химическая инертность, прочность, дешевизна, возможность моделирования в пресс-форме;
Реперен	Трудность моделирования при сложных и гигантских дефектах;	размягчение при нагревании свыше 80°C, химическая инертность;
Титан	Наличие артефактов при лучевых методах исследования.	низкая масса и высокая прочность, низкая теплопроводность, коррозионная устойчивость, средняя стоимость, возможность применения прямой трехмерной печати.

В качестве наблюдения пациент П. с диагнозом: Послеоперационный дефект лобной кости слева. Состояние после операции: декомпрессионная трепанация черепа лобной кости слева, удаление остеомы лобной кости слева.

При решении вопроса о проведении краниопластики учитывалось общее состояние больного (удовлетворительное состояние, уровень сознания по шкале ком Глазго 15 баллов), отсутствие пролабирования мозга в дефект и воспалительных изменений в области послеопе-

рационного рубца. Противопоказанием к ранней краниопластике мы считали тяжёлое состояние пациента с выраженными соматическими расстройствами, наличие признаков инфекции в ране.

При планировании операции выполнялась КТ головного мозга (без наклона линии Джентри) для определения объема дефекта и создания модели трансплантата при помощи стереолитографии (рис. 1). В качестве трансплантата применены титановые пластины толщиной 0,6 мм (рис. 2).

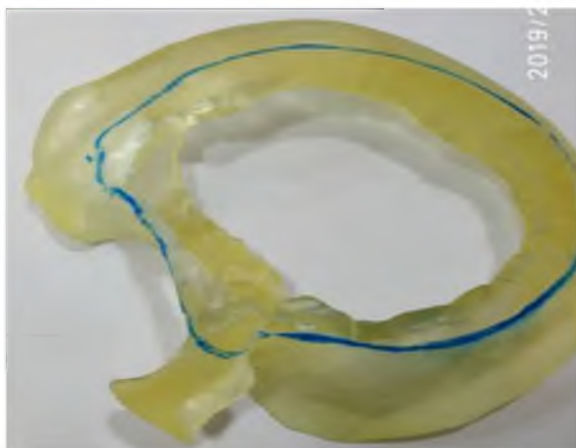


Рис. 1. Стереолитографическое изображение черепа с дефектом, по которому создавалась модель трансплантата.

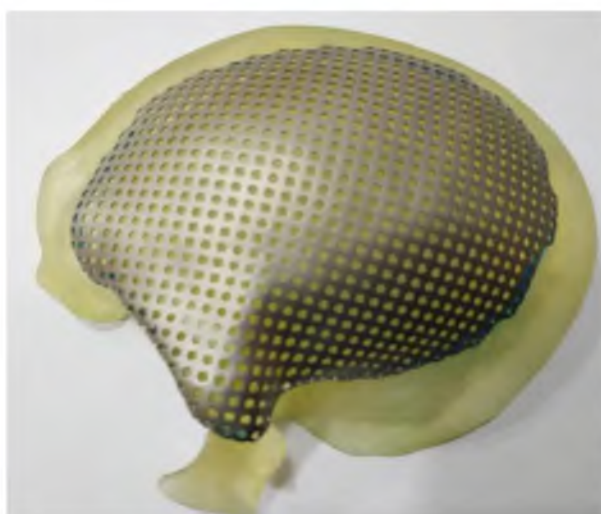


Рис. 2. Стереолитографическая модель черепа с индивидуальной титановой моделированной пластиной толщиной 0,6 мм.

Оперативное лечение с дооперационным компьютерным моделированием проводилось в условиях общей анестезии. Длительность операции в среднем составила 40 мин, в то время как без предварительного моделирования около 1 часа 30 мин.

### Результаты и их обсуждение

При анализе ранних результатов у пациента был достигнут хороший эстетический и функциональный результат, улучшение самочувствия. Эстетический результат был обусловлен дооперационным индивидуальным моделированием. Улучшение функциональных нарушений в большинстве случаев касалось когнитивной сферы и уменьшения жалоб. Зна-

чительной динамики очаговой неврологической симптоматики не было. Гнойно-септических осложнений не выявлено.

Пациент наблюдается по настоящее время (оцениваются по шкале исходов Глазго через 6, 12 и 18 месяцев после краниопластики).

Выполнена операция краниопластика лобно-височной кости слева индивидуальной титановой моделированной пластиной. Послеоперационных осложнений не было. Рана зажила первичным натяжением. Приводим ряд иллюстраций, демонстрирующих технические основы и косметический эффект операции (рис. 3-6).



Рис. 3. КТ картина черепа пациента до операции краниопластики, 3D-реконструкция.

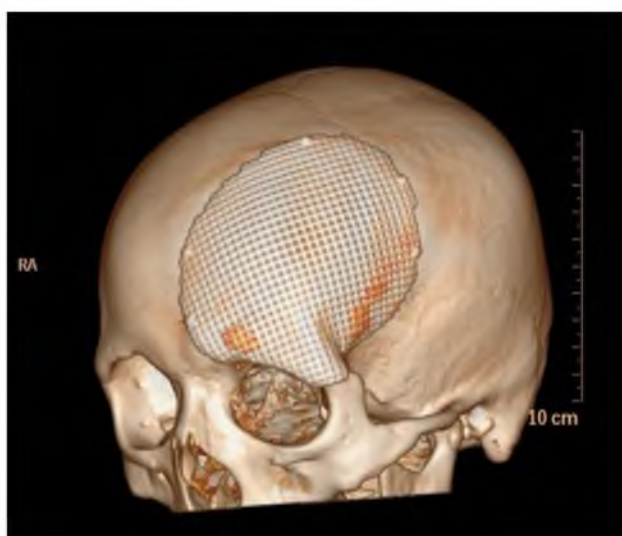


Рис. 4. КТ картина черепа пациента П. после операции, 3D-реконструкция.



Рис. 5. Внешний вид пациента до операции.



Рис. 6. Внешний вид пациента после операции.

Применение индивидуально изготовленных титановых имплантов с использованием метода компьютерного моделирования позволяет производить краниопластику больным с обширными и сложными по конфигурации дефектами.

Ряд показателей, полученных в нашей работе, таких как уменьшение времени операции, достижение хорошего эстетического и функционального результата, отсутствие гнойно-септических осложнений уже можно использовать как довод в пользу краниопластик с использованием индивидуальных титановых пластин. Под функциональным результатом мы понимаем совокупность неврологической симптоматики и субъективных жалоб. В нашем исследовании не зафиксировано случая ухудшения неврологического статуса пациента.

### **Выводы:**

1. Сокращение времени проводимой операции на 30-40%.
2. Достижение хороших результатов по устранению сложных косметических дефектов черепа.
3. Минимальная травматизация тканей в зоне операционного доступа.

4. Сокращение сроков нахождения в специализированном отделении.

5. Хороший функциональный результат.

6. Уменьшение числа послеоперационных осложнений.

Таким образом, краниопластика является безопасным и важным хирургическим вмешательством, влияющим на течение заболеваний головного мозга, в первую очередь за счет предупреждения развития синдрома трепанированного черепа, обусловленного грубым оболочечно-мозговым рубцом, нарушением крово- и ликворообращения и ряда других факторов.

Титан является одним из идеальных материалов для краниопластики, т.к. обладает биологической инертностью, высокой механической устойчивостью, не токсичен и не магнитен.

Компьютерное моделирование с лазерной стереолитографией и изготовление индивидуального титанового импланта улучшает качество реконструктивных операций при дефектах и деформациях черепа и сокращает длительность операции.

### Литература

1. Реконструкция посттравматических костных дефектов с использованием компьютерного моделирования / А.Д. Кравчук [и др.] // *Материалы съезда нейрохирургов России.-СПб., 2012. - С. 637.*
2. Меренков Д.И. Современные технологии при пластике сложных костных дефектов краниофациальной области / Д.И. Меренков, Я.Н. Карасенков // *Материалы съезда нейрохирургов России.-СПб., 2012.-С. 637-638.*
3. Рынков, И.П. Реконструктивные операции при посттравматических и послеоперационных дефектах свода черепа в условиях нейрохирургического отделения городской клинической больницы / И.П. Рынков, О.Н. Древаль, И.М. Саблин // *Материалы съезда нейрохирургов России. СПб., 2010.-С. 642-643.*
4. Аддитивные технологии в нейрохирургии / [А.Д. Кравчук, А.А. Потапов, В.Я. Панченко и др.] // *Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. - 2018.-№6. -С. 97-104.*
5. Реконструктивные нейрохирургические вмешательства с использованием индивидуальных титановых имплантатов / [С.В. Мишинов, В.В. Ступак, Н.А. Копорушко и др.] // *Медицинская техника.-2018.-№3. - С. 5-7.*
6. К вопросу о пластике дефектов свода черепа / [М.А. Дерин, С.А. Калинин, В.В. Гуськов и др.] // *Материалы Всерос. науч.-практ. конф. "Поленовские чтения" (Санкт-Петербург, 11-13 апр. 2005 г.).—СПб., 2005.—С. 51-52.*
7. Дядечко, А.А. Преимущества и недостатки различных видов краниопластики / А.А. Дядечко // *Материалы Всерос. науч.-практ. конф. "Поленовские чтения" (Санкт-Петербург, 11-13 апр. 2005 г.).—СПб., 2005.—С. 55.*

**СОПОСТАВЛЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ  
И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ  
ИНСУЛЬТНЫХ ГЕМАТОМ**

**Г.Т. Мамражапова**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Представлен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 140 больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58). Установлено, что открытые операции удаления внутримозговые гематом сопровождаются дополнительным нарастанием отека мозга вследствие операционной травмы, особенно при глубоком операционном канале и проявляются усилением смещения срединных структур мозга и деформации ствола. Эти изменения наиболее, выражены после резекционной краниотомии по сравнению с костнопластической трепанацией.

**Ключевые слова:** геморрагический инсульт, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, исходы.

**БАШ МЭЭНИН ГЕМОРРАГИЯЛЫК КАН КУЮЛУУЛАРЫНДАГЫ  
ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМАЛАРДЫН НАТЫЙЖАЛАРЫН ЖАНА  
КОНСЕРВАТИВДИК ДАРЫЛООНУ САЛЫШТЫРУУ**

**Г.Т. Мамражапова**

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 140 бейтапты (эркектер - 82, аялдар - 58) хирургиялык даарылоонун натыйжаларына сереп жасалган. Мээ ичиндеги гематомаларды ачык жол менен алып салуу операциялары баш мээнин кошумча шишип, мээнин орто структураларынын жылышынын күчөөсүнө жана мээ өзөгүнүн деформациясына алып келээри аныкталган. Бул өзгөрүүлөр салыштырмалуу сөөк-пластикалык трепанацияга караганда резекциондук краниотомияда көбүрөөк байкалаары далилденген.

**Негизги сөздөр:** геморрагиялык инсульт, мээ ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, акыбет.

**COMPARISON OF SURGICAL METHODS RESULTS AND CONSERVATIVE  
MANAGEMENT FOR HEMORRHAGIC STROKE HEMATOMAS**

**G.T. Mamrazhapova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Retrospective analysis of 140 cases (male-82, female-58) with hypertensive intracerebral hemorrhage underwent surgical management was presented. Differentiated approach for surgical management of non-traumatic supratentorial intracerebral bleeding in absence of

contraindications means puncture method of removal for lateral and miscellaneous hematomas, and an open method for lobar hematomas using osteoplastic craniotomy allowing enough view of operative field with obligatory dura mater tight closing.

**Key words:** hemorrhagic stroke, intracerebral hematoma, surgical management, outcome.

**Актуальность.** На этапе первичного отделения для лечения больных с ОНМК необходимо выполнить диагностический минимум - клинико-неврологический осмотр с оценкой тяжести состояния по шкале комы Глазго (ШКГ) и шкале инсультов национальных институтов здравоохранения. Форма шкалы инсультов проста для заполнения, дисциплинирует врача в плане всесторонней оценки неврологического статуса, позволяет регистрировать динамику состояния пациента в остром периоде инсульта. Чем больше баллов по шкале набрано больным, тем тяжелее его состояние и значительнее неврологический дефицит [1-5].

Другой шкалой, широко используемой для экспресс-оценки состояния пациента в остром периоде геморрагического инсульта, является Канадская шкала неврологических состояний (Canadian Neurological Scale). По простоте и информативности она сравнима со шкалой ком Глазго. Тест может быть проведен не только врачами, но и средним медицинским персоналом [6-9].

В отличие от шкалы инсультов национальных институтов здравоохранения при использовании Канадской шкалы неврологических состояний большая сумма баллов, набранная пациентом, свидетельствует о менее выраженном неврологическом дефиците. В отношении прогноза исхода заболевания представляет интерес расчет по Системе прогностических баллов Аллена (Allen Score for Prognosis after Stroke) [1-9].

### **Материал и методы**

Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и лече-

ния 140 больных с геморрагическим инсультом с нетравматическими внутримозговыми кровоизлияниями в полушария большого мозга (мужчин 82, женщин 58). Группу хирургического лечения (ХЛ) составили 59 больных. Открытое удаление (ОУ) внутримозговых гематом произведено 30 больным (17 мужчин и 13 женщин). Вторую группу составили 29 больных, которым было произведено пункционное удаление (ПУ) внутримозговых гематом (19 мужчины и 10 женщины). Третью группу составили больные, у которых проводилось консервативное лечение (КД). В этой группе был 81 больной (мужчин 42, женщин 39).

Для объективизации тяжести состояния, выраженности очагового неврологического дефицита, оценки динамики клинических показателей и восстановления использовали балльную шкалу инсульта Национального института здоровья (NIHSS) и индекс уровня социальной адаптации Бартела. Кроме того, проводили сравнительный анализ динамики основных неврологических признаков - уровень сознания, речевая функция, двигательная активность рук и ног, степени нарушений движений в конечностях, измеренных по шкале NIHSS.

### **Результаты**

Вспомогательные хирургические мероприятия включали ряд технических приспособлений и приемов, направленных на предупреждение кровотечения во время мини-инвазивного (пункционного) удаления гематом, повторных кровоизлияний в послеоперационном периоде при обоих методах хирургического лечения, внутрисерпной гипертензии и



дислокационных послеоперационных нарушений.

Вакуумный эффект во время мини-инвазивного (пункционного) удаления гематом был устранен благодаря применению методики компенсирующего введения физиологического раствора в боковой желудочек интактного полушария мозга в процессе удаления гематомы.

Для предупреждения повторных кровоизлияний после операции разработана методика баллонизации полости удаленной гематомы. Баллон-катетер представляет собой замкнутую емкость и изготовлен из тонкого силикона, к которому прикреплен двухканальный катетер. Поскольку баллон заполняется физиологическим раствором, то колебания давления внутри черепа передаются на содержимое баллона («Способ предупреждения повторных кровоизлияний при нетравматических внутричерепных гематомах» №1/2018 от 26.09.2018г.).

Поэтому кроме гемостатической роли не менее важным назначением баллона является возможность измерения давления в нем, что позволяет контролировать динамику послеоперационных изменений, своевременно обнаружить осложнения (отек, повторное кровоизлияние) и принять срочные меры для их устранения.

Баллонизация полости удаленной гематомы использована нами в 24 случаях (в 13 при открытом удалении и в 11 при мини-инвазивном (пункционном) удалении). У 14 из этих больных операции были произведены в первые сутки и у 10 на 2-3 сутки после инсульта. У 13 больных гематомы были латеральными, у 4 смешанными и у 7-лобарными. Ни в одном из этих наблюдений повторных кровоизлияний не было.

Целесообразность дренирования обоснована нами при сравнительном изучении двух групп больных с дренажом и без него (соответственно 30 и 29

больных), леченых одним и тем же методом-методом мини-инвазивного (пункционного) удаления. Сопоставление динамики в первую неделю после операций позволило установить, что дренирование желудочков мозга статистически достоверно способствовало заметному уменьшению частоты гидроцефалии и дислокации. Частота дренирования и объем выводимого ликвора определялись степенью подъема ВЧД с целью поддержания его в пределах от 15 до 25 мм рт. ст. Небольшие подъемы ВЧД, отмечавшиеся в первые 3 суток после операции и реже в последующие дни, устранялись, как правило, однократным выведением 3-5 мл ликвора. На 6-7 сутки после операции подъемы ВЧД у большинства больных не определялись и дренирование прекращалось. Кроме того, вентрикулярное дренирование, хотя и было паллиативной мерой, оказалось единственным лечебным мероприятием, позволившим сохранить жизнь двоим больным с медиальными кровоизлияниями, сопровождавшимися прорывом крови в желудочки и гидроцефалией.

Для предупреждения или уменьшения поперечной и аксиальной дислокации нами разработана методика управляемого гидродинамического равновесия. Эта методика заключается в следующем. У больных с супратенториальными внутримозговыми кровоизлияниями вначале производят пункцию переднего рога бокового желудочка интактного полушария головного мозга и в него устанавливают пластмассовый катетер. Затем производят операцию удаления гематомы открытым или пункционным методами и в конце операции в полость удаленной гематомы устанавливают баллон-катетер. После операции производят дополнительную катетеризацию спинального субарахноидального пространства. Для этого в поясничном отделе позвоночника производят спинномозговую пункцию

иглой, через просвет которой в направлении головы вводят тонкий катетер.

Первые 12 часов после операции производят отдельную регистрацию давления в полости удаленной гематомы (баллоне), желудочке и спинальном субарахноидальном пространстве. Баллон, расположенный в полости гематомы, в течение этого срока обеспечивает предупреждение повторных внутримозговых кровоизлияний. После этого времени поперечная дислокация, уменьшенная в результате удаления гематомы, начинает вновь увеличиваться вследствие нарастающего отека мозга. Это проявляется разницей давлений в желудочке мозга и в баллоне, и нарастанием смещений срединных структур по данным КТ/МРТ.

Эффективность этой методики по показателю динамики поперечной дислокации оценена на двух группах больных, оперированных пункционным методом: у 14 больных основная операция удаления гематомы была дополнена только дренированием и у 15 больных кроме операции были произведены баллонизация полости удаленной гематомы. По исходным характеристикам, взятым для сравнения (объем гематомы и тотальность их удаления), эти две группы были сходными. Сравнение в динамике произведено по показателю смещения срединных структур головного мозга в сопоставлении с исходным значением в первые трое суток после операции по данным КТ/МРТ.

Установлено, что после операции у больных, у которых осуществлялось только дренирование, смещение срединных структур головного мозга уменьшалось на меньшие значения, чем у больных, имевших соединение катетера с баллоном. Так из 14 больных с дренажом у 2 смещение срединных структур головного мозга осталось на прежнем уровне, у 8 уменьшилось на 1-2 мм и у 4

- на 3-4 мм. В то же время ни у одного больного, у которых произведено соединение желудочка с баллоном, не осталось прежних значений смещения срединных структур головного мозга, у 3 оно уменьшилось на 1-2 мм, у 10 - на 3-4 мм и у одного - на 5 мм.

Устранение аксиального смещения путем дополнительного соединения спинального субарахноидального пространства произведено у 8 больных (у 6 больных после открытого и у 2 после пункционного удаления внутримозговых гематом). У 5 больных были гематомы латеральной и у 3 лобарной локализации. Объемы гематом составляли от 60 до 100 см<sup>3</sup>. Исследование деформации ствола мозга в динамике у этих больных показало, что из 6 больных, имевших 3-ю степень деформации ствола до операции, отмечено уменьшение ее у 4 больных до 2-й степени и у 2 - до 1-й степени на 4-5 сутки после операции. У 2 больных при исходной 4-й степени деформации ствола выявлено уменьшение ее до 2-й степени и у одного больного с исходной 2-й степенью - деформация ствола устранена. Летальных исходов в этих наблюдениях не было, хотя до операции состояние всех больных было крайне тяжелым.

### **Сопоставление результатов хирургических методов и консервативного лечения**

Анализ данных в целом на всем материале показал, что тяжесть состояния при поступлении, определяемая по степени снижения уровня бодрствования и выраженности вторичного стволового синдрома, была относительно сходной у больных групп консервативного лечения и открытого удаления, а состояние больных группы пункционного удаления было тяжелее, чем в других сравниваемых группах ( $p < 0,01$ ). Однако в целом при сравнительном анализе показателя летальности и способа лечения установлено, что частота летального исхода была

выше в группе открытого удаления, чем при пункционном удалении (соответственно 41,4% и 22,5%;  $p < 0,01$ ). Статистически значимых различий в частоте летального исхода при сравнении открытого удаления и консервативного лечения не получено (соответственно 41,4% и 48,6%), а частота летального исхода при пункционном удалении была существенно ниже, чем при консервативном лечении ( $p < 0,001$ ).

При статистическом сравнении частоты летальных исходов при разных способах лечения (открытого удаления, пункционного удаления, консервативного лечения) в зависимости от степени выраженности того или иного показателя выявлено следующее. По показателю летальности в зависимости от возраста различие выявлено только в возрастной группе до 50 лет, в которой больные при консервативном лечении заметно чаще погибали, чем при пункционном удалении. При начале заболевания с утраты сознания больные достоверно чаще погибали при консервативном лечении, по сравнению с обоими способами хирургического лечения.

Изучение динамики неврологического статуса по шкале NIHSS показало, что в группах ПУ и ОУ отмечена тенденция к хорошему восстановлению неврологических функций чем группы КЛ. Но эта закономерность стала достоверной лишь на 20-сутки заболевания. Средний балл по шкале NIHSS в группе больных ОУ и ПУ составил  $4,63 \pm 0,92$  и  $4,74 \pm 0,84$  соответственно, когда в группе КЛ данный показатель был на уровне  $7,44 \pm 0,72$  ( $p < 0,05$ ). Между группами ОУ и ПУ статистически значимых различий при этом выявлено не было.

Более четкая связь частоты летальных исходов обнаружена по показателю шкалы ком Глазго. При сниженном уровне бодрствования (ниже 13 баллов) частота летальных исходов была существенно

выше при консервативном лечении по сравнению с хирургическим лечением, а среди способов хирургического лечения выше при открытом удалении, чем при пункционном.

Различные данные получены при сравнении детальности в зависимости от выраженности вторичного стволового синдрома. Так при 2-й степени вторичного стволового синдрома значительно выше была летальность при консервативном лечении по сравнению с пункционным удалением и существенно выше при открытом удалении по сравнению с пункционным удалением. Летальные исходы встречались чаще при 1-й степени вторичного стволового синдрома при консервативном лечении по сравнению с пункционным удалением, а при 4-й степени вторичного стволового синдрома достоверной разницы не выявлено. Не обнаружено также разницы летальности в группах открытого удаления и пункционного удаления при 1-й и 4-й степенях вторичного стволового синдрома.

Сравнение по показателю летальности при различных локализациях гематом позволило получить следующие данные. В серии всех наблюдений 56 больных были с лобарными гематомами, из которых у 30 произведено открытое удаление гематом и 22 лечились консервативно. Летальные исходы составили 31% (в группе открытого удаления 25% и в группе консервативного лечения - 40,9%).

Группу латеральных гематом составил 41 больной. В 30 наблюдениях производилось хирургическое лечение гематом (у 18 больных открытого удаления и у 12 - пункционного удаления) и в 11 - консервативного лечения. Летальные исходы наступили в 10 наблюдениях (24,4%). При этом частота летальных исходов при открытом удалении составила 52,3%, при пункционном удалении - 17,8% и при консервативном лечении - 43,7%.

Со смешанными гематомами наблюдалось 48 больных. В 19 случаях производилось хирургическое лечение (в 10 - открытого удаления и в 9 - пунктионного удаления) и в 29 - консервативного лечения. Летальные исходы составили в целом 52,1%, в том числе при открытом удалении 100%, при пунктионном удалении - 29,1% и при консервативном лечении - 68,4%.

С медиальными гематомами был 51 больной, из которых 41 лечились консервативно и в 10 случаях было произведено оперативное лечение. Летальные исходы наступили в 21 случае (41,2%), в том числе после консервативного лечения умерло 16 больных (39,0%) и после дренирования желудочков - 2.

В целом при сравнении частоты летальных исходов при глубоких гематомах обнаружено, что летальность значительно преобладает при открытом удалении и консервативном лечении по сравнению с пунктионным удалением. В то же время не обнаружено разницы частоты летальных исходов при сравнении открытого удаления с консервативным лечением. При лобарных гематомах летальность была достоверно выше при консервативном лечении, чем при открытом удалении гематом.

Частота летальных исходов в значительной степени зависела от объема гематом. Так, при гематомах до 40 см<sup>3</sup> летальность была значительно ниже при пунктионном удалении, чем при открытом удалении и консервативном лечении. При гематомах более 40 см<sup>3</sup> статистически значимой разницы летальности между способами хирургического лечения не выявлено, однако в целом при хирургическом лечении летальность была значительно ниже, чем при консервативном лечении.

На нашем материале мы провели сравнение частоты летальных исходов в зависимости от сроков операции при от-

крытом удалении и пунктионном удалении гематом. При сравнении летальности этих двух способов в зависимости от сроков операции на всем материале независимо от локализации выявлена более высокая частота летальных исходов в группе пунктионного удаления при операциях в первые сутки после инсульта, обусловленная повторными кровоизлияниями (до применения баллонизации). При сравнении летальности в эти сроки между открытым удалением и пунктионным достоверной разницы не выявлено.

При открытом удалении лобарных гематом отмечено некоторое возрастание летальности при операциях, произведенных на 2-3 сутки и особенно, в первые сутки после начала инсульта. При хирургическом лечении латеральных гематом в первые сутки инсульта частота летальных исходов была несколько выше при открытом удалении, чем при пунктионном. При операциях на 2-3 сутки летальность между обоими способами хирургического лечения не отличалась, однако в более поздние сроки она была заметно выше при открытом удалении. Пунктионное удаление смешанных гематом в первые сутки инсульта также сопровождалось более высокой летальностью по сравнению с операциями в более поздние сроки.

В целом среди причин летальности преобладали первичные кровоизлияния, они составили 53,5% среди всех причин летальных исходов (12,9% при открытом удалении, 7,1% при пунктионном удалении и 66,0% при консервативном лечении). Второй по значимости причиной летальности были повторные кровоизлияния - 29,5% (при открытом удалении 41,9%, при пунктионном удалении 50,0% и при консервативном лечении 16%). При сравнительной оценке причин летального исхода различных способов лечения установлено, что при консерва-

тивном лечении преобладали первичные кровоизлияния по сравнению с обоими способами хирургического лечения ( $P < 0,01$ ). В то же время при сравнении открытого и пункционного удаления гематом причины летальных исходов статистически не различались и преобладали повторные кровоизлияния ( $p < 0,01$ ).

**Заключение.** Анализ данных в целом на всем материале показал, что тяжесть состояния при поступлении, определяемая по степени снижения уровня бодрствования и выраженности вторичного стволового синдрома, была относительно сходной у больных групп консервативного лечения и открытого удаления, а состояние больных группы пункционного удаления было тяжелее, чем в других сравниваемых группах ( $p < 0,01$ ). Однако в целом при сравнительном анализе показателя летальности и способа лечения установлено, что частота летального исхода была выше в группе открытого удаления, чем при пункционном удалении (соответственно 41,4% и 22,5%;  $p < 0,01$ ). Статистически значимых различий в частоте летального исхода при сравнении открытого удаления и консервативного лечения не получено (соответственно 41,4% и 48,6%), а частота летального исхода при пункционном удалении была существенно ниже, чем при консервативном лечении ( $p < 0,001$ ).

### Литература

1. Джамгырчиева, А.А. Результаты лечения больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями / А.А. Джамгырчиева, К.Б. Ырысов // *Вестник онкологии*.-2013.-№3.-С. 121-125.

2. Крылов, В. В. Хирургия геморрагического инсульта / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян // *Тезисы докладов, каталог участников выставки. Здоровье столицы. VII Московская ассамблея*.-М., 2008.-С. 157.

3. Хирургия геморрагического инсульта / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, С.А. Буиров.-М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2012.-336 с.

4. Ырысов, К.Б. Прогностические критерии при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях / К.Б. Ырысов, С.К. Каримов // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*.-2013.-№1.-С. 16-19.

5. Ырысов, К.Б. Дифференцированное хирургическое лечение нетравматических супратенториальных внутримозговых гематом / К.Б. Ырысов // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*.-2017.-№1.-С.105-110.

6. Ырысов, К.Б. Прогностические критерии исхода при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях / К.Б. Ырысов // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*.-2015.-№1(1).-С.99-102.

7. Schurmann, K. Indication and contraindication for surgery of spontaneous intracerebral hematomas. Therapy and results. / K. Schurmann, K.D. Anang // *Neurosurg. Rev.*-2016.-Vol. 3, N 1.-P. 17-22.

8. Thalamic hemorrhage. A prospective study of 100 patients / [E. Kuniral et al.] // *Stroke*.-2015.-Vol 26, N 6.-P. 964-970.

9. The ICH score. A simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage / [J.C. Hemphill et al.] // *Stroke*.-2016.-Vol. 32, N 4.-P. 891-897.

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

**А.К. Молдоташова, М.М. Акимов, А.Б. Исмайылова,  
А.К. Накыспек, Б.М. Маматалиева**

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения  
квалификации, кафедра анестезиологии и реаниматологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: muratbekakimov93@gmail.com*

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

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

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

**А.К. Молдоташова, М.М. Акимов, А.Б. Исмайылова,  
А.К. Накыспек, Б.М. Маматалиева**

Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорлатуу медициналык  
институтунун анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы КМКДжАЖМИ  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

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

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

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

**A.K. Moldotashova, M.M. Akimov, A.B. Ismayilova,**

**A.K. Nakyspek, B.M. Mamatalieva**

Department of Anaesthesiology and Intensive Care of KSMIRandIQ  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

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

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

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

**Показания для проведения трахеостомии**

Основными показаниями к проведению трахеостомии являются острая дыхательная недостаточность, когда предполагается проведение продленной ИВЛ, «отлучение от ИВЛ», необходимость в частой санации нижних дыхательных

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

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

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

- Большой комфорт для пациента.
- Облегчение сестринского ухода за больным.
- Облегчение оценки динамики неврологических нарушений (гортанные и глоточные рефлексы, высовывание и артикуляция языка, возможность говорить, принимать жидкую и твердую пищу).
- Профилактика травм гортани.
- Профилактика вентилятор ассоциированной пневмонии (ВАП).
- Меньшая седация.
- Большая мобильность пациента (профилактика вестибулярных расстройств, суставных контрактур, возможность вертикализации длительно лежащих больных.)
- Отсутствие необходимости замены канюли (реже происходит обтурация густой мокротой, в отличие от ЭТТ, при использовании канюль со сменным внутренним вкладышем, проблема снимается вовсе).
- Отлучение больного от ИВЛ проходит легче.
- Сокращается время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ).

**Какую трахеостомию проводить?**

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

Основные чрескожные методики:

- Одноступенчатая дилатация (Smiths-Portex).
- Последовательная дилатация (Rusch).
- Дилатационный зажим Ховарда-Келли (методика Григгса Smiths-Portex).
- Методика «вкручивания» (Rusch).

**Преимущества чрескожной дилатационной трахеостомии над традиционной:**

- Нет необходимости транспортировать пациента в операционную.
- Нет необходимости привлекать к работе хирургов, оториноларингологов, персонал оперблока.
- Значительно сокращается время выполнения процедуры (в идеале ЧДТ занимает 6-10 минут)
- Возможность выполнения процедуры при сохранении положения больного с поднятым на 30 градусов головным концом, что важно для профилактики повышения внутричерепного давления (ВЧД) у больных с ЧМТ и ОНМК.
- Меньше травматизация трахеи (исключается пересечение хрящевых колец).
- Ниже риск кровотечения (зоны выполнения обычно «в стороне» от щитовидной железы, отсутствует фаза острого доступа, за исключением кожи. Естественная тампонада канюлей за счет «плотного» трахеостомического канала).
- Лучше герметичность стомы.
- Отсутствует необходимость наложения швов.



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

- Лучший косметический эффект.

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

### **Оптимальные сроки проведения трахеостомии**

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

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

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

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

длительности пребывания пациентов в реанимационном отделении [14].

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

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

### **Осложнения трахеостомии и методы их профилактики**

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

В целях минимизации риска развития осложнений трахеостомию по открытой

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

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

чувствительности к ним микрофлоры [31].

### Заключение

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

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

### Литература

1. Богданов, А.Б. *Интубация трахеи* / В.А.Корячкин. — СПб.: Санкт-Петербургское книжное издательство, 2004. — 183 с.
2. Паришин, В.Д. *Трахеостомия. Показания, техника, осложнения и их лечение* / В.Д. Паришин — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 176 с.
3. Молдоташова, А.К. *Искусственная вентиляция легких неврологических больных* / А.К. Молдоташова, Е.А. Анищук, М.М. Акимов // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. — 2018. — №2. — С.30—34.
4. Перельман, М.И. *Рубцовый стеноз трахеи — профилактика и лечение* // *Тез. Рос. науч-практ. конф.: Профилактика, диагностика и лечение рубцовых стенозов трахеи*. — Москва, 1999. — С. 3-4.
5. Тришкин, Д.В. *Постинтубационная болезнь трахеи: клиничко-морфологические варианты* / Д.В. Тришкин, В.Н. Новиков, Н.В. Лоожкина // *Российская оториноларингология*. — 2008. — №6. — С.137—142.

6. Bittner, E.A., *The ventilator liberation process: update on technique, timing, and termination of tracheostomy* / E.A. Bittner, U.H. Schmidt // *Respir. Care.* — 2012. — №10. — P. 1626—1634.
7. Bourderka, M.A. *Early tracheostomy versus prolonged endotracheal intubation in severe head injury* / M.A. Bourderka, B. Fakhir, A. Bouaggad // *J. Trauma.* — 2004. — №2. — P. 251—254.
8. Cheung, N.H., *Tracheostomy: Epidemiology, Indications, Timing, Technique, and Outcomes* / N.H. Cheung, L.M. Napolitano // *Respir. Care.* — 2014. — №6. — P. 895—891.
9. Colice, G.L. *Resolution of laryngeal injury following translaryngeal intubation* // *Am. Rev. Respir. Dis.* — 1992. — №2, Pt 1. — P. 361—364.
10. Cox, C.E. *Increase in tracheostomy for prolonged mechanical ventilation in North Carolina* / C.E. Cox, S.S. Carson, G.M. Holmes // *Crit. Care Med* — 2004. — №11. — P. 2219—2226.
11. De Leyn, P. *Tracheostomy: clinical review and guidelines* / P. De Leyn, L. Bedert, M. Delcroix // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* — 2007. — Vol. 32. — №3. — P. 412—421.
12. Durbin, C.G. Jr. *Indications for and timing of tracheostomy* // *Respir. Care.* — 2005. — Vol. 50. — №4.
13. Durbin, C.G. *Tracheostomy: why, when and how?* // *Respir. Care.* — 2010. — Vol. 55. — №8. — P. 1056—1068.
14. Engels, P.T. *Tracheostomy: from insertion to decannulation* / P.T. Engels, S.M. Bagshaw, M. Meier // *J. Can. Chir.* — 2009. — Vol. 52. — №5. — P. 427—433.
15. Freeman, B.D. *Relationship between tracheostomy timing and duration of mechanical ventilation in critically ill patients* / B.D. Freeman, I.B. Borecki, C.M. Coopersmith, T.G. Buchman // *Crit. Care Med.* — 2005. — Vol. 33. — №11. — P. 2513—2520.
16. Frova, G. *New simple method for percutaneous tracheostomy: controlled rotating dilating. A preliminary report* / G. Frova, M.A. Quintel // *Intensive Care Med* — 2002. — Vol. 28. — P. 299—303.
17. Frutos-Vivar, F. *Outcome of mechanically ventilated patients who require a tracheostomy* // *Crit. Care Med* — 2005. — Vol. 33. — №2. — P. 290—298.
18. Griffiths, J. *Systematic review and meta-analysis of studies of the timing of tracheostomy in adult patients undergoing artificial ventilation* // *BMJ.* — 2005. — Vol. 330. — №7502. — P. 1243.
19. Goodall, E.W. *On infectious diseases and epidemiology in the Hippocratic collection: Section of the History of Medicine* // *Proc. R. Soc. Med* — 1934. — Vol. 27. — №5. — P. 525—534.
20. Hess, D.R. *Tracheostomy tubes and related appliances* // *Respir. Care.* — 2005. — Vol. 50. — P. 497—510.
21. Nathens, A.B. *Variations in rates of tracheostomy in the critically ill trauma patient* // *Crit. Care Med* — 2006. — Vol. 34. — №12. — P. 2919—2924.
22. Plummer, A.L. *Consensus conference on artificial airways in patients receiving mechanical ventilation* / L.A. Plummer, D.R. Gracey // *Chest.* — 1989. — Vol. 96. — №1. — P. 178.
23. Rana, S. *Tracheostomy in critically ill patients* // *Mayo Clin. Proc.* — 2005. — Vol. 80. — №12. — P. 1632—1638.
24. Remacle, M. *Surgery of larynx and trachea* / M. Remacle — Berlin.- Springer, 2010. — 368 p.
25. Rodriguez, J. *Early tracheostomy for primary airway management in the surgical critical care setting* // *Surgery.* — 1990. — Vol. 108. — №4. — P. 655—659.
26. Rumbak M.J. *A prospective, randomized, study comparing early percutaneous dilatational tracheostomy to prolonged translaryngeal intubation (delayed tracheostomy) in critically ill medical patients* // *Crit. Care Med* — 2004. — Vol. 32. — №8. — P. 1689—1694.
27. Saffle, J.R. *Early tracheostomy does not improve outcome in burn patients* // *J. Burn. Care Rehabil.* — 2002. — Vol. 23. — №6. — P. 431—438.
28. Scales, D.C. *The effect of tracheostomy timing during critical illness on long-term survival* // *Crit. Care Med* — 2008. — Vol. 36. — №9. — P. 2547—2557.
29. Terragni, P.P. *Early vs late tracheostomy for prevention of pneumonia in mechanically ventilated adult ICU patients: a randomized controlled trial* // *JAMA.* — 2010. — Vol. 303. — №15. — P. 1483—1489.
30. Young, D. *TracMan Collaborators. Effect of early vs late tracheostomy placement on survival in patients receiving mechanical ventilation: the TracMan randomized trial* // *JAMA.* — 2013. — Vol. 309. — №20. — P. 2121—2129.
31. Zias, N. *Posttracheostomy and postintubation tracheal stenosis: report of 31 cases and review of the literature* // *BMC Pulm. Med* — 2008. — Vol. 8. — №18.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ИНФЕКЦИОННОГО МОНОНУКЛЕОЗА У ДЕТЕЙ**

**А.И. Батырканова, Б.Н. Нурмаматова, Д.К. Чыныева, А.А. Мамажанова**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра детских инфекционных болезней,  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: dosent56@mail.ru*

**Резюме.** Проведен ретроспективный анализ историй болезни 58 детей, больных инфекционным мононуклеозом находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за 2017-2018 годы. Выявлены особенности клинического течения инфекционного мононуклеоза.

**Ключевые слова:** инфекционный мононуклеоз, клиника, диагностика, лечение.

**БАЛДАРДА МОНОНУКЛЕОЗ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН  
КЛИНИКА-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**А.И. Батырканова, Б.Н. Нурмаматова, Д.К. Чыныева, А.А. Мамажанова**  
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында мононуклеоз жугуштуу оорусу дарыланган, 58 баланын оору баяны изилденген.

**Негизги создор:** мононуклеоз, клиника, аныктоо, дарылоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES  
OF INFECTIOUS MONONUCLEOSIS IN CHILDREN**

**A.I. Batyrkanova, B.N. Nurमतатова, D.K. Chynyeva, A.A. Mamazhanova**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Dept of Child Infectious Diseases,  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** A retrospective analysis of case histories of 58 children with infectious mononucleosis who were hospitalized in the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital (RCIB) for 2017-2018 was carried out. The features of the clinical course of infectious mononucleosis were revealed.

**Key words:** infectious mononucleosis, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

**Введение.** Проблема инфекционного мононуклеоза у детей является одной из наиболее актуальных в инфекционной патологии. Известно, что инфекционный мононуклеоз является распространенным, полиэтиологичным заболеванием,

которое характеризуется лихорадкой, генерализованной лимфаденопатией, поражением носоглотки и ротоглотки, увеличением размеров печени и селезёнки, количественными и качественными изменениями мононуклеаров в перифери-

ческой крови [1,2]. Инфекционный мононуклеоз вызывается вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), относящийся в семейству Herpesviridae, подсемейству гаммагерпесвирусов IV типа и являющийся представителем онкогенных ДНК-содержащих вирусов. ВЭБ вызывает трансформацию и неконтролируемую пролиферацию инфицированных В-лимфоцитов за счет нарушения их апоптоза [2,3]. Из-за угнетения Т-клеточного звена иммунитета развивается пожизненная персистенция вируса в организме человека, способствующая развитию аутоиммунных реакций, злокачественных опухолей лимфоидных органов, индукции вторичного иммунодефицитного состояний [4].

В последнее время отмечается подъем заболеваемости инфекционным мононуклеозом среди детей как раннего, так и старшего возраста, так по данным Республиканской клинической инфекционной больницы г. Бишкек с 2011 года по 2018 частота заболеваемости инфекционного мононуклеоза у детей г. увеличилась в 4 раза [5,6].

Клиническая картина инфекционного мононуклеоза зачастую маскируется под видом других инфекционных заболеваний и, соответственно диагностируется поздно. Болезнь протекает в тяжелой форме с развитием осложнений и рецидивирующим течением в 15,0-25,0% случаев [1,4].

**Цель исследования.** Представить клинико-эпидемиологические особенности течения инфекционного мононуклеоза у детей.

### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ 58 историй болезни детей в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2017 по 2018 годы с диагнозом инфекционный мононуклеоз. При диагностике инфекционного мононуклеоза обращали внимание на эпидемиологические данные и характерные клинические проявления инфекции. Использовали общеклинические методы исследования, данные общего анализа крови, где выявляли наличие атипичных мононуклеаров, а также метод иммуноферментного анализа (ИФА). Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

### Результаты и их обсуждение

Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом была представлена следующим образом: дети от 1 года до 3 лет (3,1%); от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%) (рис.). Это свидетельствует, о том, что наиболее часто инфекционным мононуклеозом болею дети дошкольного возраста и младшего школьного возраста.

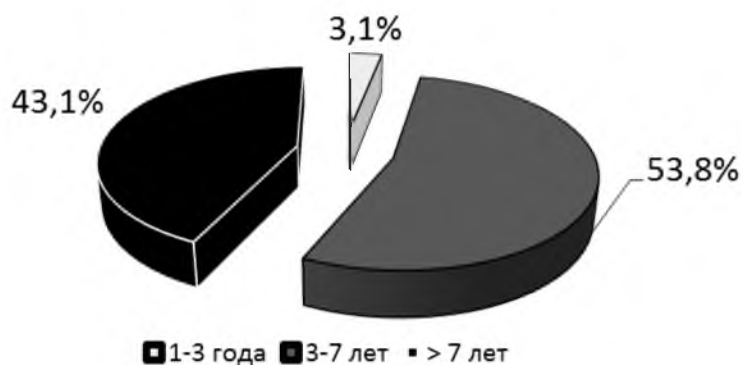


Рис. Возрастная структура детей, больных инфекционным мононуклеозом.

Среди наблюдаемых детей, больных инфекционным мононуклеозом мальчики составили 63,8%, девочки – 36,2%. Большинство пациентов (79,3%) были городскими жителями, 30,7% составили жители сельской местности, преобладали организованные дети (63,8%).

Дети с инфекционным мононуклеозом наблюдались в РКИБ преимущественно в зимне-весеннее время года. Контакт с больными инфекционным мононуклеозом по данным эпидемиологического анамнеза был выявлен лишь у одного ребенка. Родители у большинства больных инфекционным мононуклеозом детей заболевание связывали с переохлаждением.

Больные инфекционным мононуклеозом дети поступили в поздние сроки на  $6,0 \pm 2,0$  день болезни из-за несвоевременной диагностики и недооценки тяжести их состояния на догоспитальном уровне. Без направления врачей в инфекционный стационар поступили 33 (56,9%) больных из-за длительной лихорадки и наличия гнойной ангины. По направлению центра семейной медицины поступили 25 (43,1%) детей, из них 18 (72,0%) были направлены с диагнозом ангина и лишь 3 (5,2%) с диагнозом инфекционным мононуклеозом. Это свидетельствует о необходимости ранней дифференциальной диагностике инфекционного мононуклеоза с другими инфекционными заболеваниями врачами центров семейной медицины.

В приемном отделении РКИБ был выставлен диагноз инфекционного мононуклеоза 41 (71,0%) больных и 17 (27,6%) детям – синдром гнойной ангины. До поступления в стационар 46,6% больных получили антибактериальную терапию следующими препаратами: пенициллинового ряда 24,1% больных, цефалоспорины - 12,1%, макролиды - 8,6% и аминогликозиды - 1,7%.

Инфекционный мононуклеозом диагностировался по наличию основного симптомокомплекса: лихорадка до  $38,5-40^{\circ}\text{C}$  регистрировалась у всех детей в течение  $9 \pm 3$  дней; увеличение регионарных лимфатических узлов, преимущественно шейных групп было выявлено у 54 (93,1%), затрудненное носовое дыхание и синдром ангины выявлены у абсолютного большинства больных (97,0%), при этом гнойные налеты на миндалинах выявлены у 54 (93,1%) больных. Характерный для этого заболевания симптом, как храпящее дыхание во сне определялся у 47(81%) детей, заложенность носа – у 47(81,0%); увеличение печени – в 51 (78,5%), увеличение селезенки – в 36 (55,4%).

Заболевание протекало в тяжелой форме у 46,6% больных инфекционным мононуклеозом детей и среднетяжелой форме у 53,4%. Следует отметить, что двое детей с тяжелой формой инфекционного мононуклеоза дополнительно обследованы на наличие заболевания крови.

Сопутствующие заболевания были диагностированы у 7 (12,0%) больных и были представлены герпетическим поражением кожи и слизистых, что свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ).

Анализ лабораторных данных показал, что в периферическом анализе крови у 51 (89,2%) детей были выявлены атипичные мононуклеары до 10:100. Лейкоцитоз  $10-15 \times 10^9$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево наблюдался в 70,7% случаев, что свидетельствовало о течении синдрома гнойной ангины, характерного для этой инфекции.

Иммуноферментный анализ (ИФА) был проведен лишь 4 детям с инфекционным мононуклеозом и определено наличие IgM к ВЭБ, что диктует о необходимости внедрения и более широкого

использования современных методов диагностики (ИФА, ПЦР) инфекционного мононуклеоза.

Все дети с инфекционным мононуклеозом получили антибактериальную терапию: цефалоспоринами (60,3%), препаратами пенициллинового ряда (36,2%) в течение 5-7 дней. Детям с тяжелой формой болезни назначали гормональную терапию в течение 1-3х дней.

Длительность пребывания в стационаре больных с инфекционным мононуклеозом составила  $7 \pm 2,3$  койко-дня.

### **Выводы:**

1. Возрастную структуру больных инфекционным мононуклеозом составляют преимущественно дети от 3 до 7 лет (53,8%) и дети старше 7 лет (43,1%)

2. Больные инфекционным мононуклеозом дети поступают в поздние сроки (на  $6,0 \pm 2,0$  день болезни) из-за трудности дифференциальной диагностики на догоспитальном уровне, что требует о необходимости алгоритма диагностики и ведения больных инфекционным мононуклеозом.

3. Заболевание протекает у 46,6% больных детей в тяжелой форме. Наличие сопутствующих герпетических инфекций у детей с инфекционным мононуклеозом свидетельствует о течении микст инфекции, которая протекает в ассоциации с ВЭБ.

4. Частота инфекционного мононуклеоза у детей дошкольного возраста диктует о необходимости внедрения современных методов диагностики инфекционного мононуклеоза.

### **Литература**

1. Хмилевская, С.А. *Эпштейна — Барр вирусная инфекция у детей: Особенности цитокинового ответа и иммунопатологические реакции* / С.А. Хмилевская, И.А. Зайцева, Е.В. Михайлова // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2009. -Т. 5, № 2. - С. 222–226.

2. *Инфекционные болезни у детей / под ред. В. Н. Тимченко. - 2-е изд. - СПб.: СпецЛит, 2006. - 576 с.*

3. *Вирусы семейства герпеса и иммунитет* / [Ф.С. Харламова и др.] // Детские инфекции. - 2006. — №3. — С. 3-10.

4. Адеишвили, П.С. *Современные представления о поражении ротоглотки при инфекционном мононуклеозе* / П.С. Адеишвили, О.В. Шамшева, Н.А. Гусева // Детские инфекции. - 2012. - №3. - С. 42-45.

5. Шайымбетов, А.Т. *Течение инфекционного мононуклеоза у детей* / А.Т. Шайымбетов, М.К. Мамбетова, Р.М. Кадырова // Вестник КГМА. - 2012. - №1. - С. 79-83.

6. Шайымбетов, А.Т. *Сравнительный анализ особенностей течения инфекционного мононуклеоза и ангины у детей* / А.Т. Шайымбетов, С.В. Чечетова, Р.М. Кадырова // Вестник КГМА. - 2014. - №3. - С. 79-82.

**ВЫБОР МЕТОДА РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
И В РОДАХ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ**

**Кубанычбек к. Н., Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, З.З. Исакова**  
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра акушерства и гинекологии №1  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: Nazgul.kubanychbekkyzy@list.ru*

**Резюме.** В данной статье представлен ретроспективный анализ 76 историй родов женщин с крупным плодом родоразрешенных оперативным путем в ГКП г. Бишкек. Проведен анализ литературных данных, изучена частота макросомии, предрасполагающие факторы развития крупного плода, методы родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

**Ключевые слова:** макросомия, беременность, операция кесарево сечение.

**КОШ БОЙЛУУ ЖАНА ТӨРӨТ МЕЗГИЛИНДЕГИ ИРИ ТҮЙҮЛДҮКТҮ  
ЖАРЫККА АЛЫП КЕЛҮҮ УСУЛУН ТАНДОО**

**Кубанычбек к. Н., Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова, З.З. Исакова**  
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,  
№1 Акушерство жана гинекология кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада Бишкек шаарындагы Шаардык перинаталдык борборунан 76 аялдардын ири түйүлдүк төрөө таржымаалдарынын ретроспективтик талдоолору берилген. Адабий маалыматтарга талдоо жүргүзүлгөн, ири түйүлдүктүн өнүгүшүнүн, өнүгүшүнө өбөлгө болуучу факторлор, кош бойлуу жана төрөт мезгилиндеги ири түйүлдүктү жарыкка алып келүү усулун тандоо.

**Негизги сөздөр:** макросомия, кош бойлуулук, операциялык жол менен төрөтүү.

**CHOICE OF METHOD OF DELIVERY DURING PREGNANCY  
AND IN CHILDBIRTH WITH A BIG FETUS**

**Kubanychbek k. N., T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova, Z.Z. Isakova**  
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
Chair of Obstetrics and Gynecology №1  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** This article presents a retrospective analysis of 76 stories birth of women with macrosomia delivery operational by the CPC Bishkek. Spend a literary analysis, studied the frequency of macrosomia, predisposing factors for the development of a macrosomia, choice of method of delivery during pregnancy and in childbirth with a big fetus.

**Key words:** macrosomia, pregnancy, cesarean section.

**Введение.** Беременность и роды крупным плодом относят к группе высокого риска по развитию различной перинатальной патологии. Ежегодно при мак-



росомии происходит увеличение частоты родового травматизма, перинатальной заболеваемости [1]. По данным европейских исследований в настоящее время количество младенцев, имеющих при рождении массу тела 4000 г и более, составляет 5-10%, а 50 лет назад - всего 0,5-1% [2,3]. По результатам исследований в России за 20 лет наблюдается рост частоты рождения крупных детей (с 7,7% в 1980 г. до 12,7% в 2003 г.) [4]. А по данным мировой статистики частота рождения крупных новорожденных колеблется от 2,5% до 20,7% [3,5]. Самая высокая в мире частота родов крупным плодом достигающая 36%, зарегистрирована у коренных жителей канадских провинций Квебек и Онтарио [1]. Большинство исследователей считают, что проблема крупного плода связана с повышенным риском развития неблагоприятных перинатальных исходов [6]. Так, у пациенток с макросомией плода значительно чаще развиваются угроза прерывания беременности, пиелонефрит, гипертензия, анемия, гестоз первой половины беременности, отеки и многоводие [7]. Вторая половина беременности осложняется гипертензивными нарушениями беременных и анемией, а роды слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом, что может привести к развитию острой гипоксии плода. В послеродовом периоде при крупном плоде чаще встречаются травмы мягких тканей родовых путей, а также гипотония или атония матки, приводящая к кровотечению [7]. У новорожденных с крупной массой тела чаще наблюдаются повреждения плечевого сплетения, мекониальная аспирация, неврологические нарушения [6]. Дистоция плечиков в родах крупным плодом встречается в 5,4-19% случаев, что в 4-40% приводит к параличам верхних конечностей у ново-

рожденных, а также к переломом ключицы и плечевой кости [1].

Таким образом, общее число осложнений у женщин, родивших крупных детей, в 4 раза больше, чем при нормосомии. Антенатальная диагностика макросомии сочетается с заметным ростом частоты кесарева сечения (26-40% в сочетанных показаниях), однако без заметного снижения частоты дистоксии плечиков и травмирования плода [8].

**Целью** нашего исследования явилось изучение показаний оперативного родоразрешения во время беременности и в родах при крупном плоде.

### **Материалы и методы**

Нами проведен ретроспективный анализ 76 историй родов беременных крупным плодом родивших в Городском Перинатальном Центре (ГПЦ) в 2018 г. в Бишкек. За 2018 в ГПЦ было зарегистрировано 9773 родов, из них 1515 путем операции кесарева сечения, что составило 15,5% от общего количества. Из 9773 родов крупный плод был диагностирован у 281 рожениц, что составило 2,9%. Из них операций кесарево сечений - 76 (27,05%) всех родов с крупным плодом. В протоколах тщательно оценивался анамнез, объективные данные, соматический статус, течение беременности, родов и послеродового периода, а также состояние новорожденных. Статистическая обработка выполнялась статистической программой Microsoft Excel 2010.

### **Результаты и их обсуждение**

Все пациентки в зависимости от времени проведения операции были распределены на 2 группы: группа А – беременные прооперированные в плановом порядке (n=29), группа В операции проведены в экстренном порядке (n=47) (Рис. 1).

По возрастной категории обследуемая группа женщин разделены следующим образом:



Рис. 1 Число женщин родоразрешенных оперативным путем.

- Возраст рожениц в группе с 18 до 20 лет составил 1, с 21 до 25 лет- 2 беременных, 26-30 лет -6, 36-40 лет- 7, а количество женщин старше 40 лет составило 1.

- В группе В возраст рожениц с 18 до 20 лет составил 3, с 21 до 25 лет-13, 26-30 лет-11, 31-35 лет-13, 36-40 лет-5 и количество женщин старше 40 лет составило 2.

Различия по росту-весовым показателям были незначительными в обеих группах. Все женщины исследуемых групп были родоразрешены при доношенном сроке беременности, в сроках

гестации 38-40 недель, путем операции кесарева сечения.

При анализе акушерского анамнеза было выявлено, что:

- у женщин группы А
  - кесарева сечения-26 (36,1%)
  - медицинские аборт-19 (26,4%)
  - роды крупным плодом в предыдущие беременности—11(15,3 %) выкидыш-10 (13,9%).
- у женщин группы В:
  - медицинские аборт 18 (27,3%)
  - кесарева сечения 18 (27,3%)
  - крупный плод -16 (24,24%)
  - выкидыш- 8 (12,12%) (Рис. 2).

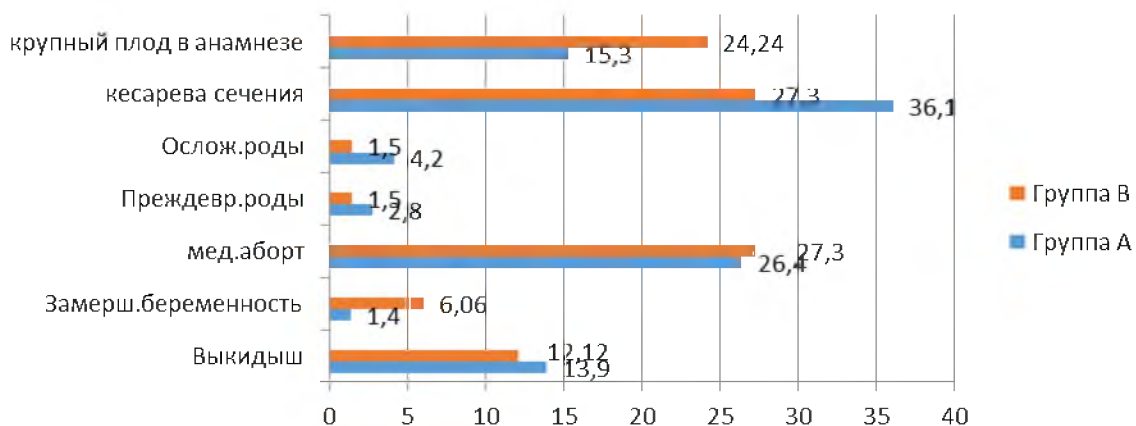


Рис. 2. Паритет родов у женщин в разных группах (%).

Течение беременности в обеих группах также особо не отличалось. Наиболее частыми осложнениями в первой половине беременности были: рвота беременных у 50 женщин (31,6%), угроза прерывания беременности в ранних сроках у 13 женщин (8,2%), ОРВИ- 34 (21,5%), анемия- 46 (29%).

Вторая половина беременности осложнилась гестационными отеками без протеинурии у 7 женщин (4,3%), гестационным пиелонефритом- 2 (1,3%), угрозой преждевременных родов – 13 (8,2%), а также гипертензивными нарушениями -3 (1,9%) (Рис. 3).

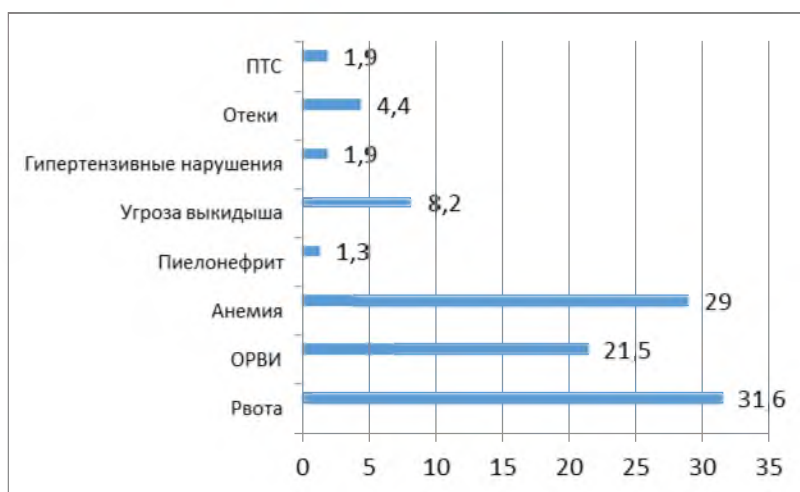


Рис. 3. Осложнения беременности.

Все случаи беременности крупным плодом были родоразрешены путем операции кесарева сечения в 62 % случаях в экстренном порядке, у 38 % женщин операция была проведена в плановом порядке. Показаниями в группе А для планового оперативного родоразрешения послужили крупный плод, в сочетании с

тазовыми предлежаниями (36%), наличие рубца на матке после перенесения операции кесарева сечения (31%), миопия высокой степени (16,7%), первые роды в возрасте старше 40 лет (6,4%) и экстракорпоральное оплодотворение (4%) (Табл. 1).

Таблица 1 - Показания к операции в плановом порядке женщин группы А

Показания	Количество (%)
Тазовое предлежание	36
Рубец на матке	31
Миопия высокой степени	16,7
Первые роды старше 40 лет	6,4
Экстракорпоральное оплодотворение	4
ПТС	4,8

Показаниями для экстренного родоразрешения послужили: наличие несостоятельного рубца на матке в процессе родов (16%), дистресс плода (3%),

безуспешная индукция родов (7,6%), тазовое предлежание плода (10%), цефалопельвическая диспропорция (5,5%), обструкция II периода родов (33%) (Рис. 4).



Рис. 4. Показания к операции в экстренном порядке (%).

Тазовое предлежание новорожденных в группе А (9-31%) 3 раза больше, чем в группе В (3-10,4%). В группе В (43-89,6%) головное предлежание плода чаще, чем в группе А (20-69%).

Масса плодов при рождении в группе А от 4000 до 4499 г - у 23 новорожденных, от 4500 до 4999 - 6 новорожденных.

В группе В масса плодов от 4000 до 4499 г - 38 новорожденных, от 4500-4999 - 8 новорожденных, в одном случае родился гигантский плод массой 5100 г.

Состояния новорожденных по шкале Апгар в обеих исследуемых группах на момент рождения особо не отличались (Табл. 2).

Таблица 2 - Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар

	Группа А	Группа В
1 мин	7,7	7,3
5 мин	8,7	8,4

Операция кесарева сечения протекала без особенностей в группе А 93%( 27), в группе В 85%(40). В группе А у 3(7%) пациенток кровопотеря составила от 700 до 1000 мл, а в группе В от 700 до 1000 мл - 6 (13%) и 1000 мл -1 (2%). Учитывая крупный плод, большие размеры матки, перерастянутый нижний сегмент с целью профилактики послеродовых кровотечений и сохранения детородного органа было решено произвести двустороннюю перевязку маточных артерий и наложить гемостатические швы по Б. Линчу в 10 случаях, где кровопотеря составила свыше 700 мл. Во всех остальных случаях с целью консервативного гемостаза были назначены утеротонические средства в течении суток.

Послеоперационный период во всех случаях протекал без осложнений, все женщины выписаны домой с детьми в

удовлетворительном состоянии на 5-6 сутки.

**Выводы:**

1. Частота рождения крупного плода у женщин за 2018 год в ГПЦ составила 2,9% из общего числа родов, что особо не отличается по литературным данным.

2. Из общего числа родов с крупным плодом по данным Городского перинатального центра на долю оперативного родоразрешения приходится 27,05 %

3. В результате проведенного анализа историй родов выявлено, что наибольший процент операций кесарева сечения в экстренном порядке производится по следующим показаниям:

- дистресс плода
- обструкция I периода родов
- обструкция II периода родов
- цефало-пельвическая диспропорция

-сочетанная акушерская патология (несостоятельный рубец на матке, тазовое предлежание плода, ПТС и т.д.)

- экстагенитальные заболевания

4. Роды крупным плодом сопряжены высоким риском акушерских кровотечений вследствие перерастяжения матки, а также передней брюшной стенки.

5. В условиях ЦСМ с целью профилактики развития крупного плода у беременных необходимо проводить обследование женщин для выявления групп высокого риска развития макросомии, а также санитарно-просветительную работу среди женщин фертильного возраста по вопросам здорового образа жизни.

### Литература

1. Деркач, Е.А. Оценка точности различных методов определения массы крупного плода с использованием эхографии / Е.А. Деркач, О.И. Гусева // *Акушерство и гинекология*. – 2017.-№1. - С. 13-17.
2. How big is to big? [X. Zhang, A. Decker, R.W. Platt et al.] // *Am. J. Obstet. Gynecol.*—2015.—Vol. 198 (5).—P. 4-6.
3. Labmann, P.H. Trends in birth size and macrosomia in Queensland, Australia, from 1988 to 2005 / P.H. Labmann, R.A. Wills, M. Coory. // *Pediatr. Perinat. Epidemiol.*—2009.—Vol. 23 (6).—P. 533-541.
4. Гульченко, О.В. Перинатальные и акушерские исходы при крупном плоде: Автореф. дис. на соискание уч. степени к.м.н. - Москва, 2010. —25 с.
5. Бегова, С.В. Перинатальные исходы при макросомии у повторнородящих и многорожавших женщин / С.В. Бегова, И.А. Магомедова. // *Вестник новых медицинских технологий*.—2010.—Т.14, №1.—С. 90-91.
6. *Macrosomic births at mostar clinical hospital: a 2-year review* [V Tomic, K. Bosnjak, B. Petrov et al.] // *Bosnian journal of basic medical sciences*.—2007.—Vol. 7 (3).—P. 271-274.
7. Литвинчук, В.В. Особливості перебігу вагітності, пологів та періоду новонародженості при макросомі / В.В. Литвинчук, Г.О. Костромін, Л. Дяченко // *Український медичний часопис*.—2005.—№5 (19).—С.110-114
8. Мыльникова, Ю.В. Крупный плод. Современная тактика ведения беременности и родов / Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова // *Вестник Бурятского университета*. -2009.-№12.-С. 174-178.

**ВЫЯВЛЕНИЕ ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ  
ОРТОПАНТОМОГРАММ**

**Ж.Б. Болотбекова<sup>1</sup>, Т.В. Насыров<sup>1</sup>, Р.М. Нуритдинов<sup>2</sup>, А.А. Ким<sup>1</sup>, Р.А. Масаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

<sup>2</sup>Кыргызско-Российский Славянский университет

г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: rnm7@mail.ru*

*apendy\_x@mail.ru*

*kimalanin@mail.ru*

*bolotasanov@mail.ru*

*rahimat.masaeva@gmail.com*

**Резюме.** В статье приведены результаты выявления дистопированных зубов верхней и нижней челюсти при исследовании 851 ортопантограмм, представленных государственной стоматологической поликлиникой №3 (ГСП№3), государственной стоматологической поликлиникой №5 (ГСП№5) и стоматологическим учебно-научным клиническим центром Кыргызской государственной медицинской академии (СУНКЦ КГМА). Выявлено, что чаще всего встречается дистопия клыков верхней челюсти 13 зуба  $0,351\pm 0,016$ , 23-0,308 $\pm 0,01$  и зубов мудрости нижней челюсти 38 зуба  $0,263\pm 0,01$ , 48 -  $0,274\pm 0,01$ .

**Ключевые слова:** дистопия, зубочелюстные аномалии, ортопантомография.

**ДИСТОПИЯЛУУ ТИШТЕРДИ АНЫКТОО, ОРТОПАНТОМОГРАММАНЫН  
ЖАРДАМЫ МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ**

**Ж.Б. Болотбекова<sup>1</sup>, Т.В. Насыров<sup>1</sup>, Р.М. Нуритдинов<sup>2</sup>, А.А. Ким<sup>1</sup>, Р.А. Масаева<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

<sup>2</sup>Кыргыз Орус Славян университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 851 ортопантомография илиминдеги жогорку жана төмөнкү жаактарды аныктоо, дистопия тиш натыйжалары шаардык-тиш бейтапканасы №3 жана шаардык-тиш бейтапканасы №5, тиш дарылоо илимий окутуу базасы КММАдан билдирет. Жогорку жаактан кобунчо клык 13 тиштер дистопия болуп кездешет  $0,351\pm 0,016$ , 23- $0,308\pm 0,01$ , астынкы жаактан акыл азуу тиштери 38  $0,263\pm 0,01$ , 48 -  $0,274\pm 0,01$ .

**Негизги сөздөр:** дистопия, тиш чыгуу, ортопантомография.

**IDENTIFICATION OF DYSTOPIC TEETH IN THE STUDY  
OF ORTHOPANTOMOGRAMS**

**J.B. Bolotbekova<sup>1</sup>, T.V. Nasyrov<sup>1</sup>, R.M. Nuritdinov<sup>2</sup>, A.A. Kim<sup>1</sup>, R.A. Masaeva<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

<sup>2</sup>Kyrgyz - Russian Slavic University

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents the results of the detection of dystopic teeth of the upper and lower jaw in the study of 851 orthopantomography, presented by State Dental Clinic No. 3,

State Dental Clinic No. 5, Dental Educational Scientific and Clinical Base KRSU. It was revealed that the dystopia of the canines of the upper jaw 13 teeth  $0.351 \pm 0.016$ , 23- $0.308 \pm 0.01$  and the teeth of the lower jaw wisdom 38 teeth  $0.263 \pm 0.01$ , 48-  $0.274 \pm 0.01$  is most common.

**Keywords:** dystopia, eruption, orthopantomography.

**Актуальность.** Главными методами лучевой диагностики на протяжении многих лет остаются внутриротовая рентгенография и ортопантомография (ОПТГ). За последние десятилетия развитие науки привело к внедрению в стоматологию цифровых технологий трехмерной и интерактивной визуализации. Появление новых методов исследования (цифровая рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и другие) привело к пересмотру представлений о диагностике многих заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых и детей. Рентгенологический метод исследования нашел широкое применение в терапевтической, хирургической, ортодонтической, ортопедической и детской стоматологии, он используется при диагностике различных заболеваний, а также для оценки эффективности проводимых вмешательств. Окончательный диагноз ставится с учетом данных рентгенологического обследования [1]. На сегодняшний день самыми распространенными в амбулаторной практике методами являются панорамная рентгенография зубных рядов или ортопантомография, дентальная компьютерная томография, интраоральная рентгенография зубов или радиовизиографический метод. По статистике ВОЗ, более 60% всех выполняемых рентгенологических исследований приходятся на стоматологию. Это объясняется тем, что метод стал доступен. С его помощью можно получить полную картину о состоянии зубов, размерах и особенностях полости зуба, корневых каналов, ширине и характере периодонтальной щели, состоянии компактной пластинки

лунки и губчатого вещества альвеолярной части. В настоящее время значительно повысились требования к качеству и эффективности оказания стоматологической помощи населению. Однако возможности клинической диагностики заболеваний и повреждений зубочелюстной системы во многих случаях ограничены неспецифичностью симптомов, а также тем, что более 50% площади поверхности зубов при внешнем осмотре не видны и могут быть изучены только рентгенологически.

В современной стоматологии остаются актуальными проблемы диагностики анатомо-топографического расположения дистопированных зубов верхней и нижней челюсти.

Дистопия отдельных зубов встречается в 12-30% наблюдений и составляет 40-60% от числа всех зубочелюстных аномалий [2,3,4]. Частоту встречаемости дистопии зубов у детей и подростков изучали многие авторы [5,6,7,8,9]. На сегодняшний день дистопия зубов является достаточно распространенной аномалией развития зубочелюстной системы: на 100 детей, обратившихся за ортодонтической помощью, 15-20 имеют аномалию прикуса, осложненную дистопией одного или более зубов.

По результатам исследования Чолоковой Г.С. (2014) было выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у детей и подростков по Кыргызстану составила 46%, из них аномалии положения зубов 32,4%, аномалии прикуса 3,2%. Из имеющих ЗЧА школьников, получают лечение лишь 0,7%; 0,8% нуждаются в ортопедическом лечении.

С возрастом ЗЧА увеличиваются, наибольшее число наблюдается в возрасте 17 лет – 63,6% [10].

Несмотря на многочисленные работы, посвященные этой патологии, целый ряд вопросов остается недостаточно изученным и слабо освещенным в литературе.

**Цель работы.** Выявление дистопированных зубов на основе изучения ортопантомограмм (ОПТГ).

**Материалы и методы исследования.** Всего было изучено 851 панорамных

рентген снимков челюстей детей в возрасте от 6 до 18 лет.

При этом они были условно разделены по возрасту на 3 группы: 1-я группа– 6–9 лет (141 ОПТГ), 2-я группа–10–14 лет (535 ОПТГ) и 3-я группа–15–18 лет (175 ОПТГ) [11]. Материал был изучен в городских поликлиниках №3, №5 и СУНКБ КГМА города Бишкек.

**Результаты собственных исследований.** Даны в таблице 1.

Таблица 1 - Дистопия зубов верхней и нижней челюсти, (M±m), n = 851

<b>Дистопия зубов ВЧ</b>	зубы	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>18</b>		
		0,0137 ±0,007	0,014 ±0,006	0,351 ±0,016	0,06 ±0,007	0,034 ±0,004	0,013 ±0,003		
	зубы	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>28</b>		
		0,032 ±0,006	0,06 ±0,006	0,308 ±0,01	0,053 ±0,005	0,042 ±0,004	0,263 ±0,003		
<b>Дистопия зубов НЧ</b>	зубы	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>38</b>		
		0,003 ±0,006	0,056 ±0,004	0,052 ±0,003	0,048 ±0,003	0,047 ±0,002	0,263 ±0,01		
	зубы	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	
		0,05 ±0,002	0,053 ±0,002	0,083 ±0,006	0,062 ±0,003	0,072 ±0,005	0,058 ±0,002	0,274 ±0,01	

При изучении анатомического расположения дистопированных зубов верхней и нижней челюсти из 851 рентген снимков получены следующие результаты: по данным ОПТГ наибольшее количество дистопированных зубов составил 13 зуб

верхней челюсти (0,351), дистопия нижней челюсти 38 (0,263) и 48 зубов (0,274). Соответственно из полученных результатов наибольшее число не правильно расположенных зубов приходится на клыки верхней челюсти (13 и 23 зубы).

Таблица 2 - Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 6-9 лет, (M±m), n = 141

<b>Дистопия зубов ВЧ</b>	зубы	<b>11</b>		<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	
		0,064 ±0,02		0,021 ±0,01	0,12 ±0,02	-	-	-	
	зубы	<b>21</b>		<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	
	0,028 ±0,01		0,035 ±0,01	0,106 ±0,03	-	-	-		
<b>Дистопия зубов НЧ</b>	зубы	<b>32</b>		<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	
		0,007 ±0,01		-	0,014 ±0,01	-	-	0,049 ±0,02	
	зубы	<b>41</b>		<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
		-		-	-	0,007 ±0,01	-	-	0,042 ±0,02



## ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Дистопия зубов у детей в возрасте 6-9 лет при сменном прикусе встречается довольно реже. По-видимому, это происходит из-за того, что постоянные зубы находятся на стадии формирования. Из 141 изученных ОПТГ снимков было

выявлено наибольшее количество дистопированных зубов 11 зуба (0,064) верхней челюсти с правой стороны и 22 зуба (0,035) левой стороны, на нижней челюсти 38 зуб (0,049) с левой стороны.

Таблица 3 - Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 10-14 лет, (M±m), n=535

<b>Дистопия зубов ВЧ</b>	зубы	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	
		0,045 ±0,008	0,05 ±0,009	0,385 ±0,021	0,045 ±0,009	0,021 ±0,006	0,009 ±0,007	
	зубы	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	
		0,036 ±0,008	0,034 ±0,008	0,323 ±0,02	0,028 ±0,007	0,017 ±0,006	0,004 ±0,006	
<b>Дистопия зубов НЧ</b>	зубы	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	
		-	0,019 ±0,006	0,011 ±0,005	0,006 ±0,006	0,002 ±0,006	0,2 ±0,017	
	зубы	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
		0,003 ±0,007	0,003 ±0,007	0,037 ±0,008	0,009 ±0,007	0,017 ±0,006	0,002 ±0,007	0,2 ±0,017

При обследовании панорамных снимков с дистопией зубов верхней и нижней челюстей при начальном формировании прикуса постоянных зубов из 535 детей с наибольшим количеством аномалии расположения зубов составили 13 зубов (0,385) правой

стороны верхней челюсти и 23 зубы (0,323) с левой стороны, на нижней челюсти 43 зуба (0,037) с правой стороны. Т.е. дистопированы в основном клыки и, в наименьшей степени, формирующиеся третьи моляры нижней челюсти (38 и 48) как видно из табл. 3.

Таблица 4 - Дистопия зубов верхней и нижней челюстей у детей в возрасте 15-18 лет, (M±m), n=175

<b>Дистопия зубов ВЧ</b>	зубы	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	
		0,029 ±0,013	0,029 ±0,013	0,351 ±0,036	0,074 ±0,019	0,017 ±0,009	0,034 ±0,013	
	зубы	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>28</b>	
		0,023 ±0,011	0,034 ±0,014	0,28 ±0,033	0,034 ±0,014	0,011 ±0,008	0,023 ±0,011	
<b>Дистопия зубов НЧ</b>	зубы	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>38</b>	
		-	0,029 ±0,013	0,011 ±0,008	0,017 ±0,009	0,011 ±0,008	0,406 ±0,037	
	зубы	<b>41</b>	<b>42</b>	<b>43</b>	<b>44</b>	<b>45</b>	<b>47</b>	<b>48</b>
		-	0,006 ±0,01	0,046 ±0,016	0,017 ±0,009	0,04 ±0,015	0,007 ±0,01	0,411 ±0,037

При сформированном постоянном прикусе из 175 детей подростков наибольшее количество дистопированных зубов на ОПТГ снимке

выявлено на верхней челюсти 13 зубы (0,351) с правой стороны и 22, 24 зубы (0,034) с левой стороны. На нижней челюсти количество дистопированных

зубов с правой стороны 48 - 0,411 и 38 - 0,406 с левой стороны челюстей. У детей в сформированном прикусе встречаются, в основном, верхние клыки справа и слева и третьи нижние моляры на правой и левой челюсти (табл. 4).

**Заключение.** В результате наших исследований 851 ортопантомограмм (ОПТГ) верхней и нижней челюсти, представленных ГСП №3, ГСП №5 и СУНКБ КГМА было выявлено, что чаще всего встречается дистопия клыков верхней челюсти (13 зуба  $0,351 \pm 0,016$ ,  $23 - 0,308 \pm 0,01$ ) и третьих моляров нижней челюсти (38 зуба  $0,263 \pm 0,01$ ,  $48 - 0,274 \pm 0,01$ ). Исследование показало, что проблема дистопии зубов занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, что требует своевременного изучения. С помощью ОПТГ мы получили возможность более точно рассмотреть анатомо-топографическое расположение дистопированных зубов верхней и нижней челюсти, что позволяет рекомендовать указанную методику исследования для широкого применения в ортодонтической стоматологии с целью подготовки пациентов к правильному лечению зубочелюстной системы у детей и подростков.

### Литература

1. Маругина, Т.Л. Диагностика, профилактика и лечение болезней прорезывания нижних восьмых зубов / Т.Л. Маругина // *Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал)*. – 2012. – №4 (12). – Режим доступа: [www.sisr.nkras.ru](http://www.sisr.nkras.ru), свободный. – Яз. русс.
2. Андерсон, Х.А. Аномалии положения отдельных зубов и методы их лечения / Х.А. Андерсон // *Вопросы ортодонтии*. – Рига, 1961. – С. 169-181.
3. Каламкар, Х.А. Возможности, прогноз и планирование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий / Х.А. Каламкар // *Стоматология*. – 1976. – №5. – С. 52-58.
4. Хорошилкина, Ф.Я. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов / Ф.Я. Хорошилкина, Ю.М. Малыгин. – М.: Медицина, 1982. – 264 с.
5. Жигурт Ю.Л. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук / АО «Стоматология». – М., 1994. – 23 с.
6. Степанов Г.В. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта / В.Г. Степанов. – М., 2000. – 328 с. 692.
7. Хорошилкина, Ф.Я. Людмила Владимировна Ильина-Маркосян (1901-1988) / Ф.Я. Хорошилкина, М.Я. Алимова // *Ортодонтия*. – 2006. – №3. – С. 58-61.
8. Вакушина, Е.А. Распространенность нарушений окклюзии // *Новое в теории и практике стоматологии: Сб. научных трудов*. – Ставрополь, 2007. – С. 244-248.
9. Рабухина, Н.А. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области / Н.А. Рабухина, Г.И. Голубева, С.А. Перфильев. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 128 с.
10. Чолокова, Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике: монография / Г.С. Чолокова. – Бишкек, 2014. – 204 с.
11. Персин, Л.С. Ортодонтия. Диагностика и лечение зубочелюстных аномалий / Л.С. Персин. – М.: ОАО «Изд-во «Медицина», 2004. – 360 с.

### АНАЛИЗ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЭСТЕТИЧЕСКОГО ИНДЕКСА У ПАЦИЕНТОВ, ОБРАТИВШИХСЯ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ

**Г.С. Чолокова, С.Б. Давлетова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
кафедра детской стоматологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

*E-mail: gulnar.cholokova@yandex.com  
davletova1709@mail.ru*

**Резюме.** В данной статье был проведен анализ дентально эстетического индекса (DAI) и степень нуждаемости в ортодонтической помощи у 272 детей по диагностическим моделям челюстей, обратившихся в кабинеты ортодонтии кафедры детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Выявлено, что 76% детей нуждаются в обязательном лечении, а наиболее распространенной патологией прикуса является скученность зубов в резцовых сегментах  $-80,88 \pm 1,46\%$

**Ключевые слова:** прикус, дентальный эстетический индекс (DAI), ортодонтическое лечение.

### ОРТОДОНТИКАЛЫК ДАРЫЛОО ҮЧҮН КАЙРЫЛГАН БЕЙТАПТАРДЫН ТИШ ЭСТЕТИКАЛЫК ИНДЕКСИН БААЛОО

**Г.С. Чолокова, С.Б. Давлетова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
балдар тиш дарылоо кафедрасы  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада тиш эстетикалык индексин өткөрүлдү (DAI) жана ортодонтикалык муктаж даражасы, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясыга, балдар тиш дарылоо кафедрасы кайрылган бейтап 272 балдардын диагностикалык моделдердин анализи. Бейтаптардын арасынан 76% балдар созсуз дарылоого муктаж болду, жана тиштоо патология арасынан эн таралышкан мандайкы тиштердин жыштыгы  $80,88 \pm 1,46\%$  болуп аныкталды

**Негизи сөздөр:** тиштөө, тиш эстетикалык индекси (DAI), ортодонтиялык дарылоо.

### ANALYSIS OF DENTAL AESTHETIC INDEX IN PATIENTS, SEEKING ORTHODONTIC TREATMENT

**G.S. Cholokova, D.S. Davletova**

Kyrgyz state medical Academy named after I.K. Akhunbaev,  
department of pediatric dentistry  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** In this article, a dental aesthetic index (DAI) and the degree of need for orthodontic treatment of 272 children on diagnostic models of the jaws, which addressed the orthodontics department of children's dentistry of KSMA n.a. I.K. Akhunbaev was carried. It was revealed that 76% of children need compulsory treatment, and the most common bite pathology is crowded teeth in the incisal segments -  $80.88 \pm 1.46\%$

**Key words:** bite, dental aesthetic index (DAI), orthodontic treatment.

**Актуальность**

Нарушение положения зубов или аномалия окклюзии является серьезной помехой благоприятному психоэмоциональному развитию и социальному общению личности. В связи с этим отмечается рост частоты обращений детей и подростков в стоматологические лечебные учреждения за ортодонтической помощью [1]. Стремительно нарастает мотивация к улучшению эстетики лица. Для начала лечения служит неудовлетворенность видом зубов, а в итоге – неудовлетворенность собственной внешностью. Современные окклюзионные индексы, из которых наиболее применяемыми во всем мире являются Дентально эстетический индекс (DAI) и «Индекс необходимости ортодонтического лечения» (The Index of Orthodontic Treatment Need IOTN), которые ориентированы на определение степени нуждаемости пациента в ортодонтическом лечении с учетом эстетического компонента. В этой связи индексная характеристика зубочелюстных аномалий у пациентов, обратившихся к ортодонту, представляет несомненный практический интерес [2].

Целью исследования явилась оценка нарушений прикуса и нуждаемости в ортодонтическом лечении пациентов, обратившихся за ортодонтической помощью.

**Материал и методы**

С помощью стоматологического эстетического индекса (DAI) оценены архивные диагностические модели челюстей 272 пациентов 12-15 лет, обратившихся в кабинеты ортодонтии кафедры детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Выборка включила 96 (25%) моделей лиц мужского и 176 (65%) моделей лиц женского пола. Определение индекса проводится посредством оценки десяти параметров окклюзии, каждый из которых умножается на коэффициент регрессии. Компоненты и значение DAI показаны в табл. 1.

Стандартный DAI рассчитывается с помощью регрессии, когда измеренные показатели умножают на коэффициенты регрессии, а полученные числа добавляют к константе регрессионного уравнения [3].

Таблица 1 - Компоненты дентального эстетического индекса (DAI)

№	Компоненты	Вес компонента
1	Количество отсутствующих резцов, клыков и премоляров	6
2	Скученность в резцовых сегментах (количество сегментов)	1
3	Промежутки в резцовых сегментах (количество сегментов)	1
4	Наличие и размер диастемы (мм)	3
5	Отклонение в переднем отделе на верхней челюсти (мм)	1
6	Отклонение в переднем отделе на нижней челюсти (мм)	1
7	Переднее верхнечелюстное перекрытие (мм)	2
8	Переднее нижнечелюстное перекрытие (мм)	4
9	Вертикальная передняя щель (мм)	4
10	Переднезаднее соотношение моляров (0-норма; 1-половина бугра; 2-бугор)	3
	Константа	13

Значение индекса менее 25 баллов свидетельствует об отсутствии нарушений прикуса или их малой значимости. При этом лечение не требуется или имеется небольшая потребность в нем. Значения DAI в пределах 26-30 баллов трактуются как явное нарушение прикуса, при котором необходимо избирательное лечение. Величина DAI в 31-35 баллов оценивается как тяжелое нарушение прикуса и лечение желательное. Очень тяжелое нарушение прикуса, требующее обязательного лечения, соответствует значениям индекса более 36 баллов [2].

### Результаты и обсуждение

Распространенность составляющих DAI по данным анализа диагностических моделей представлена в таблице 2.

Наиболее распространенной патологией прикуса явилась скученность зубов в резцовых сегментах ( $80,88 \pm 1,46\%$ ), частота выявления которой не зависела от пола пациентов. При этом большая часть пациентов с данным нарушением прикуса имела скученность зубов в резцовых сегментах обеих челюстей. Из табл. 2

видно, что диастемы встречаются у 17,64% пациентов. Из-за высокой скученности в резцовом сегменте наблюдаются отклонения в переднем отделе, на обеих челюстях, так и на нижней челюсти, верхней челюсти – у 216 пациентов (79,41%) и нижней челюсти – у 188 пациентов (69,11%). Соответственно у большей части пациентов (79,41%) выявлено переднее верхнечелюстное перекрытие в тоже время переднее нижнечелюстное перекрытие составляет всего 10,29%. Одна из составляющих DAI - вертикальная передняя щель выявлена у 5 пациентов (1,83%). Вместе с тем, у большинства пациентов (83,45%) переднезаднее соотношение первых моляров не соответствовало первому классу по Энгля, которое определяется по расположению мезиально-щечного бугра первого моляра верхней челюсти при центральной окклюзии (этот бугор должен попадать в поперечную бороздку между щечными буграми первого моляра нижней челюсти).

Таблица 2 - Частота выявления отдельных составляющих DAI по данным анализа диагностических моделей

Челюстно-лицевые аномалии		Кол-во компонентов - 272		М-96		Ж-176	
			М±m		М±m		М±m
1	Отсутствие резцов, клыков, премоляров	32	11,62±2,71	15	15,79±1,67	17	9,65±1,72
2	Скученность в резцовых сегментах	220	80,88±1,46	76	79,16±5,02	144	81,81±1,31
3	Промежутки в резцовых сегментах	93	34,19±1,08	43	44,79±5,9	50	28,40±1,16
4	Диастема	48	17,64±3,14	20	20,83±3,10	28	15,90±1,10
5	Отклонение в переднем отделе на в/челюсти	216	79,41±2,30	77	80,20±1,41	139	78,97±2,26
6	Отклонение в переднем отделе на н/челюсти	188	69,11±1,94	69	71,87±2,34	119	67,61±3,35

7	Переднее в/ч перекрытие	233	85,66±3,59	80	83,33±3,78	153	86,93±1,48
8	Переднее н/ч перекрытие	28	10,29±1,71	12	12,50±2,9	16	9,09±1,01
9	Вертикальная передняя щель	5	1,83±1,26	1	1,04±5,38	4	2,29±1,21
10	Передне-заднее соотношение моляров	227	83,45±2,03	81	84,37±2,1	146	82,95±3,0

Анализ итоговых показателей эстетического индекса свидетельствует, что у 64 пациентов (23,76±3,56%), обратившихся в ортодонтический кабинет кафедры имелись незначительные нарушения. У 101 пациента были явные нарушения прикуса (37,13%), тяжелые нару-

шения прикуса у 51 пациента (18,75%) и очень тяжелые нарушения прикуса у 56 пациентов (20,22%) (табл. 3). Следовательно, обязательное лечение было показано 208 пациентам - это 76,5% от общего числа, обратившихся за ортодонтической помощью.

Таблица 3 - Тяжесть нарушений прикуса и нуждаемость в ортодонтическом лечении пациентов по результатам анализа диагностических моделей с применением

Степень нарушения прикуса		Всего		М		Ж	
1	нарушений прикуса нет или они незначительны ( $\leq 25$ баллов)	64	23,76±3,56	19	19,79±1,62	45	25,56±3,07
2	явное нарушение прикуса (26-30 баллов)	101	37,13±3,77	37	38,54±2,73	64	36,36±3,38
3	тяжелое нарушение прикуса (31-35 баллов)	51	18,75±5,01	18	18,75±5,01	33	18,75±5,01
4	очень тяжелое нарушение прикуса ( $\geq 36$ баллов)	56	20,22±6,87	22	22,91±1,34	34	19,18±2,01
Всего		272	100	96	100	176	100

**Выводы.** Полученные результаты выявили, что согласно значениям эстетического индекса, имеются явные, тяжелые и очень тяжелые зубочелюстные аномалии, а, следовательно, нуждаются в обязательном ортодонтическом лечении более половины обследованных детей (76,5%). Доминирующим нарушением прикуса является скученность зубов в резцовых сегментах, которая диагностирована у 81% пациентов. В тоже время, у 23,7% пациентов с помощью индекса регистрировались незначительные нару-

шения прикуса, не требующие лечения или предусматривающие незначительные вмешательства. Лица женского пола в два раза чаще прибегают к помощи врача-ортодонта, чем их ровесники. Это говорит о том, что у этих пациентов высокие эстетические требования к внешнему виду зубов. Аномалии и деформации прикуса влияют не только на различные функции зубочелюстной системы, но также и на социальный и психологический статус пациента. Из-за возрастающей важности эстетики и внешне-

го вида зубов, многие люди высоко мотивированы к ортодонтическому лечению даже при незначительных нарушениях окклюзии. Таким образом применение эстетического индекса в ортодонтии необходимо в современных условиях

### Литература

1. *Диагностика и функциональное лечение зубочелюстно-лицевых аномалий* / [Ф.Я. Хорошилкина и др.].— М.: «Медицина», 1987. — С. 88–90.

2. *Гуненкова, И.В. Использование эстетического индекса ВОЗ для определения нуждаемости детей и подростков в ортодонтическом лечении* / И.В. Гуненкова, Е.С. Смолина // *Институт стоматологии*. -2007. - №2. - С. 26.

3. *Индексы стоматологического здоровья у детей школьного возраста в Ошской области* [Текст] / [Г.С. Чолокова, И.М. Юлдашев, А. Исмаилов и др.] // *Здравоохранение Кыргызстана*. – 2010. – № 3. – С. 77-81.

**ПРИЧИННО-СЛЕДСТВЕННЫЕ СВЯЗИ В ЕДИНОЙ СИСТЕМЕ  
МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАМИ  
ЧЕЛЮСТНОЙ-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**А.М. Ешиев<sup>1</sup>, А.А. Ешиева<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ошская межобластная объединенная клиническая больница,  
отделение челюстно-лицевой хирургии

<sup>2</sup>Южный филиал Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, кафедра хирургии  
г. Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной статье освещены главные вопросы стоматологии, а именно челюстно-лицевой хирургии, касающиеся травм челюстно-лицевой области. Авторы предлагают корректировку лечения с учетом причинно-следственной связи на различных уровнях медицинской помощи в единой системе реабилитации больных с травмами челюстно-лицевой области.

**Ключевые слова:** челюстно-лицевая хирургия, травмы ЧЛЮ, реабилитация.

**БЕТ-ЖААК ЖАРАКАТЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ  
МЕДИЦИНАЛЫК БИРДИКТҮҮ СИСТЕМАСЫ АРКЫЛУУ  
КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ**

**А.М. Ешиев<sup>1</sup>, А.А. Ешиева<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ош областар аралык бириккен клиникалык оорукана, бет-жаак хирургиясы б.

<sup>2</sup>С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик институтунун кайра даярдоо жана заманбап окутуу боюнча түштүк тармагы, хирургия кафедрасы  
Ош ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада бет-жаак жаракаты жөнүндө, атап айтканда, бет-жаак хирургиясындагы, негизги маселелер менен алектенет. жазуучулар бет-жаак жаракат алган бейтаптардын калыбына бирдиктүү система боюнча жардам берүүнүн ар түрдүү баскычтарындагы кескин негизделген дарылоо өзгөртүүнү сунуштайт.

**Негизги сөздөр:** бет-жаак хирургиясы, бет-жаак жаракаты, медициналык калыбына келтирүү.

**CAUSAL AND EFFECT RELATIONS IN THE UNIFIED SYSTEM OF MEDICAL  
REHABILITATION OF PATIENTS WITH MAXILLO-FACIAL AREA TRAUMAS**

**A.M. Eshiev<sup>1</sup>, A.A. Eshieva<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Osh Interregional United Clinical Hospital, Department of Oral and Maxillofacial Surgery

<sup>2</sup>South Branch of the Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Training  
named after S.B. Daniyarov, Department of Surgery  
Osh, the Kyrgyz Republic



**Summary.** This article highlights the main issues of dentistry, namely, maxillofacial surgery, related to injuries of the maxillofacial area. The authors propose an adjustment of treatment taking into account the causal relationship at various levels of medical care in a unified system of rehabilitation of patients with maxillofacial area traumas.

**Key words:** maxillofacial surgery, injuries of the maxilla-facial area, rehabilitation.

**Введение.** На сегодня одним из востребованных видов медицинской помощи является стоматологическая помощь. Обращаемость к стоматологу растет быстрыми темпами, что свидетельствует о высокой потребности населения в данном виде медицинской помощи [1]. Наряду с этим, соответственно, растут заболевания зубочелюстной системы, в частности травмы челюстно-лицевой области (ЧЛЮ), напрямую зависящие от образа жизни больных и особенностей нашего времени, следовательно, наращивая медицинский, социальный и экономический ущерб обществу [2]. Реформы здравоохранения, проводимые в Кыргызской Республике, набирают силу и для их реализации в области стоматологии отмечаются трудности. С реформой меняется все - форма собственности, структура лечебно-профилактических учреждений, подготовка и переподготовка врачей-стоматологов. Рост числа больных, расширение групп риска, изменение экономических и социальных условий жизни населения, сокращение бюджетного финансирования стоматологических учреждений, планирование и организация стоматологической помощи в переходный период, особенно на региональном уровне - все это требует изменения традиционных подходов к методическому обеспечению, а также обоснованию этих перемен [3, 4, 5]. Стоматологическая помощь остается наиболее массовым видом медицинского обслуживания, а стоматологические заболевания занимают ведущее место в структуре обращаемости населения в медицинские учреждения. Также в связи с современной механизацией окружающей среды,

увеличивается и рост травм челюстно-лицевой области, лечение таких пациентов и в последующем их реабилитация является актуальной проблемой врачей, оказывающих стоматологическую помощь [6, 7].

**Цель исследования:** определение роли причинно-следственных связей диагностики и лечения больных с травмами костей лицевого скелета в единой системе реабилитации.

В настоящее время из-за реорганизации существующей государственной системы здравоохранения в разных учреждениях осуществляется полноценная реабилитация больных с травмами, но, в частности, с переломами костей лицевого скелета не проводится. В бывшем СССР реабилитация больных с травмами челюстно-лицевой области имела строгую организационную систему: поликлиническая и стационарная стоматологическая помощь населению, преемственность их работы для реабилитации больных с переломами челюстей. В нашей республике издан приказ «О выполнении приказа МЗ Кирг. ССР № 319 от 25.12.84 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению республики», на основании этого приказа позже издан приказ областного управления здравоохранения «107» §2 от 4 сентября 1987 года. В каждом районе и городе были прикреплены стоматологи для оказания экстренной помощи больным с челюстно-лицевой патологией, в стоматологических поликлиниках функционировали кабинеты реабилитации, при районных больницах на базе хирургических и травматологических отделений выделялось до 5 коек

для оказания неотложной помощи больным с челюстно-лицевой патологией. Привлекались к этой работе районные и городские стоматологи, которые специализировались на базе челюстно-лицевой хирургии областной клинической больницы. Работа этих кабинетов и стационаров включалась в годовые отчеты, контролировалась главным стоматологом облздравотдела. Квалификация врача-стоматолога обязывала оказывать первую врачебную помощь больным с переломами костей лицевого скелета. Больных в стационар направляли с обязательной иммобилизацией, предварительно проводя диагностические исследования. Выполнялся минимальный объем стандарта медицинской помощи.

В настоящее время в КР реформирование здравоохранения, переход к новым экономическим условиям не снизил, а наоборот, обострил проблему организации стоматологической помощи. На современном этапе большое внимание уделяется реорганизации стоматологической службы, возможности сосуществования государственных и альтернативных форм стоматологических организаций. В государственных поликлиниках особую неудовлетворенность у населения вызывает не всегда высокая степень доступности, культуры и качества работы. После переориентации экономики Кыргызстана на рыночные отношения негосударственный сектор стоматологических организаций стал активно развиваться. С переходом на обязательное медицинское страхование (закон «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике» принят Законодательным собранием Жогорку Кенеша Кыргызской Республики 21 сентября 1999 года), внедрение ОМС в практику началось в 2002 году. В районных территориальных и городских больницах были сокращены стационарные койки, оказывающие неотложную помощь больным с

челюстно-лицевой патологией, а также кабинеты по проведению реабилитационных мероприятий. Таким образом, была разрушена единая система реабилитации и диспансеризации стоматологических больных, в том числе с челюстно-лицевой патологией.

В нашей клинике в течение последних 10 лет проводится исследовательская работа по травмам челюстно-лицевой области, их лечению и возникающим осложнениям. Работа проведена по 1110 пострадавших, из них дети до 14 лет - 76 - что составляет 6,8% от общего количества больных, получивших стационарное лечение. Всего с учетом причинно-следственных связей 35% составили травмы, полученные при ДТП, 15% составили спортивные, большинство случаев бытовые - 50%. Исследовательская работа по реабилитации больных проводилась с активным привлечением самих больных к процессу выздоровления.

Каждая причина порождает следствие, которое является причиной последующих событий и т.д. Этот круговорот может продолжаться бесконечно, пока человек (человечество) не осознает самостоятельно и не предпримет меры к нейтрализации причин, порождающих негатив, в частности, болезни и травмы. Исходя из выше изложенного, нами проводится индивидуальная работа с каждым пострадавшим с первых минут обращения к врачу по определенной методике. Дальнейшая работа врача зависит в основном от своевременного установления диагноза и адекватного лечения. Здесь также хорошо прослеживается закон причинно-следственных связей: диагноз - лечение. "Какой диагноз, такое лечение". Известно, что недостаточное обследование и соответственно неполноценно выставленный диагноз приводит к ошибкам на каждом этапе лечения, поэтому следует производить своевременную совместную их

коррекцию. Исходя из этого нами предлагаются дополнительные требования на различных уровнях организации медицинской помощи пострадавшим пациентам:

I. На догоспитальном уровне первичного звена здравоохранения:

1) В центрах семейной медицины (ЦСМ), группах семейных врачей (ГСВ), где выясняются непосредственные причины травмы (бытовая, транспортная и др.) и оказывается адекватная доврачебная и первая врачебная помощь (наложением временной иммобилизации, по возможности психологическая помощь, направленная на нейтрализацию стресса и др.).

2) В территориальных больницах (ТБ), районных и всех амбулаторных стоматологических учреждениях (стоматологических поликлиниках, стоматологических кабинетах и др.), где выясняются непосредственные причины и наряду с высокой квалификацией врача созданы условия для быстрой диагностики и оказания неотложной, первой врачебной квалифицированной медицинской помощи, также обязательная психологическая корректировка состояния пострадавшего.

II. В условиях стационара, специализированного и высокоспециализированного (отделения челюстно-лицевой хирургии межобластных объединенной клинической больниц, или Национальный госпиталь), где должны быть созданы все условия для специализированной медицинской помощи и привлечения к лечению невропатолога, нейрохирурга, психотерапевта и других узких специалистов.

III. На постстационарном уровне – полный реабилитационный период должен проводиться в

специализированных кабинетах реабилитации в стоматологических поликлиниках или реабилитационных центрах, где имеются условия полного восстановления утраченных функций организма вследствие травмы или их последствий на акт жевания, дыхания, разговорной речи, психологического равновесия, косметологической состоятельности лица больного и т.д., оказываться помощь больным в создании гармоничности на жизненном пути.

### Заключение

Таким образом, любая травма, в частности, травма челюстно-лицевой области, является следствием каких-то причин, к которым причастен сам пострадавший. Осознание этого явления самим больным как природного закона о причинно-следственных связях (ПСС) и принятия мер коррекции придает успех скорейшему выздоровлению. Применение метода причинно-следственных связей в единой системе реабилитации и диспенсеризации больных с травмой челюстно-лицевой области является новым направлением в травматологии и стоматологии (например: использование в реабилитационном периоде электровибромассажа на 100% восстанавливает функцию жевательных мышц и полноценность открывания рта).

### Литература

1. Алимский, А.В. *Генеральные направления совершенствования стоматологической службы [Текст] / А.В. Алимский // Тр. IX съезда стоматологической Ассоциации России. - Москва, 2004. - С. 110-116.*

2. Уразалин, Ж.Б. *Современное состояние качества медицинской травматологической помощи пострадавшим челюстно-лицевой области и пути ее улучшения в*

Республике Казахстана Ж.Б. Уразалин, Т.У. Батыров /Материалы II съезда врачей и провизоров РК.-Астана, 2002-С.383-384.

3. Антонов, А.Н. Социально-демографические и мотивационные аспекты удовлетворенности стоматологической помощью в современных условиях: автореф. дис.канд. мед. наук: 14.00.14/ А.Н. Антонов. – М., 2008. - 24 с.

4. Организационно-структурные особенности и показатели деятельности стоматологической службы Ошской области Кыргызской Республики при проведении реформ в здравоохранении / [И.М. Юлдашев, А.М. Сыдыков, Г.С. Чолокова и др.] // Вестник КРСУ. – 2012. - Том 12, №4-С.45-48.

5. Вагнер, В.Д. Пути совершенствования стоматологической службы / В.Д. Вагнер, Б.И. Нимаев // Стоматология для всех. - 2016. - №1. - С. 4-5.

6. Ешиев, А.М. Применение инновационных технологий при лечении переломов нижней челюсти // Инженер / Инженерная Академия Кыргызской Республики.- 2017. - №15.-С.76-81.

7. Ешиев, А.М. Результаты реабилитации контрактур жевательной мускулатуры / А.М. Ешиев, А.А. Ешиева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.-2019.-№4.-С.23-27.

### **ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЖЕНСКОЙ КОЛОНИИ)**

**М.Ш. Мукашев, А.С. Колопов**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева  
(ректор-д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Конституция Кыргызской Республикой (ст.47) устанавливает права каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания. Это касается и качества доступности медицинской помощи и контингенту пенитенциарных учреждений. Исследованы доступность и качество медицинских услуг в женской колонии ИК-2. Установлены отсутствие элементарных обезболивающих лекарственных средств, антибиотиков, отсутствие медицинских перчаток для гинекологических осмотров (осужденные женщины сами покупают), отсутствие стоматологической помощи.

Рекомендуется: активизировать участие уполномоченного органа в области здравоохранения в охране здоровья в местах лишения свободы и передача ему ответственности за предоставление медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях.

**Ключевые слова:** права, охрана здоровья, пенитенциарное учреждение, женщины

### **ПЕНИТЕНЦИАРДЫК МЕКЕМЕЛЕРДЕ АЯЛДАРДЫН КОНТИНГЕНТИНЕ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМДЫН УЮШТУРУЛУШУНУН МАСЕЛЕЛЕРИ**

**М.Ш. Мукашев, А.С. Колопов**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы  
(ректор-м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.),  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргыз Республикасынын Конституциясынын 47-беренеси мамлекеттин медициналык жактан тейлөөнүн шарттарын түзүүнүн милдеттерин жана ар кимдин ден соолугун сактоосу менен коргоосун камсыздай турган укугун бекемдешин көрсөтөт.

Бул мыйзам жабык мекемелерге карата колдонула турган медициналык жардам көрсөтүүнүн сапаттык жактан жеткиликтүү болушуна да тиешелуу болот.

Бул багытта аялдардын № 2 түзөтүү мекемесиндеги медициналык кызмат көрсөтүүнүн жеткиликтүүлүгү жана сапаттык тейлоо жумуштарына изилдөөлөр жүргүзүлгөн.

Текшерүүдө элементардык нерселердин: ооруну басаңдатуучу каражаттардын, антибиотиктердин, гинекологиялык кароолор үчүн колкаптардын жоктугу жана стоматологиялык жардам көрсөтүүнүн каражаттарынын жоктугу аныкталды (керектүү дары-дармектерди, каражаттарды соттолгон аялдар өздөрү сатып алууга мажбур болушат).

Жогорудагы фактылардын негизинде сунуш кылынат: жабык жайлардагы адамдардын ден соолугун сактоо, коргоо үчүн тиешелүү ыйгарымдуу органдын иштөөсүндө алар үчүн керектүү деңгээлдеги тейлөө иштерин жакшыртуу жана жоопкерчилигин жогорулатуу жагы каралган.

**Негизги сөздөр:** укуктар, ден соолукту сактоо, коргоо, жабык мекемелер, аялдар.

### PROBLEMS OF MEDICAL CARE IN PENITENTIARY INSTITUTIONS (ON THE EXAMPLE OF THE FEMALE PENAL COLONY)

**M.SH.Mukashev, A.S.Kolopov**

Kyrgyz State medical academy named after I.K.Akhunbaev

(rector-d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.),

Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary.** The Constitution of the Kyrgyz Republic (Article 47) establishes the rights of everyone to health care and the obligation of the state to create conditions for medical care. This also concerns the quality of accessibility of medical care for penitentiary institutions population. The availability and quality of medical services were investigated in the female corrective colony №2. It was established that there are no elementary painkillers, antibiotics, medical gloves for gynecological examinations (convicted women buy themselves), dental care.

It is recommended: to intensify the participation of the authorized body in the field of health in health care in places of detention and transfer to it responsibility for the provision of medical care in penitentiary institutions.

**Keywords:** rights, health care, penitentiary institution, women

Основным законом страны является Конституция, которая имеет высшую юридическую силу и прямое действие на всей территории страны и на ее основе принимаются конституционные законы, Законы и другие нормативные правовые акты [1].

Статья 47 Конституции устанавливает права каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания и принятию мер по развитию секторов здравоохранения.

Конституция Кыргызской Республики определяет здоровье человека высшей ценностью, наряду с жизнью, правами и свободами человека(ст.6. ч. 1, 2) [1].

По мнению Мандела Н. “О нации следует судить не по тому, как она обращается со своими самыми выдающимися гражданами, а по тому,

как она обращается с находящимися на дне”.

Осужденный к лишению свободы не перестает быть человеком вне зависимости от того, насколько тяжким является преступление, в совершении которого он был признан виновным и содержится в местах отбывания наказания [2].

Приговор суда лишает лицо свободы, но отнюдь не отбирает у него право оставаться человеком. Вне зависимости от того, какую часть отбывающих наказание в виде лишения свободы составляют женщины, ситуация с осужденными женщинами существенно отличается от ситуации с лишенными свободы мужчинами, поэтому ей следует особое внимание. Помимо других важных факторов, отличность ситуации имеет привязку к вопросам охраны

здоровья осужденной женщины и специфики организации надлежащей медицинской помощи в пенитенциарном учреждении, где женщина отбывает наказание.

Для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные больницы: психиатрические и туберкулезные; медицинские части), а для содержания и амбулаторного лечения больных активной формой туберкулеза, хронического алкоголизма и наркомании, ВИЧ-инфицированных-лечебные исправительные учреждения [3].

В 2017 г. с привлечением независимых экспертов и специалистов и институтом Омбудсмана с целью установления степени достоверности проведено исследование доступности к медицинским услугам в женской колонии в с. Степном.

Настоящее исследование является результатом работы по отслеживанию ситуации с соблюдением прав и свобод лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях Кыргызской Республики, с основным акцентом на соблюдение права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья прав осужденных женщин в женской колонии.

Исправительное учреждение №2 является единственной исправительной колонией для осужденных женщин в Кыргызстане и находится в селе Степное примерно в 10 км от столицы Бишкек.

В учреждении отбывают наказание женщины:

впервые осужденные к лишению свободы за совершение умышленных преступлений небольшой тяжести, менее тяжких преступлений, тяжких преступлений, преступлений по неосторожности на срок свыше семи лет,

при рецидиве преступлений, если лицо ранее отбывало наказание в виде лишения свободы, при опасном рецидиве, лица, которым привлечение к общественным работам, исправительные работы или ограничение свободы заменены лишением свободы, а также осужденные, переведенные из колоний-поселений и воспитательных колоний в установленном УИК КР порядке (общий режим);

осужденные за особо тяжкие преступления, а также при особо опасном рецидиве (строгий режим).

Женская колония барачного типа построена в 1962 году, состоит из ряда малоэтажных строений (корпусов), в которых размещены:

- жилые помещения;
- блок для больных туберкулезом;
- отдельный блок для девочек;
- блок матери и ребенка.

Женская колония рассчитана на 450 человек, в момент посещения содержались 316 женщин.

Согласно Порядку оказания медицинской помощи, штатная численность медицинского персонала определяется службой медицинского обеспечения уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики, исходя из особенностей территориального расположения учреждения по отношению к организациям здравоохранения и лимита его наполнения [3].

По штату исправительной колонии №2 предусмотрены следующие должности медицинских работников:

- главный врач;
- гинеколог;
- педиатр;
- дерматовенеролог;
- фельдшер;
- медсестра.

Заключенные вне зависимости от характера их преступления, сохраняют за

собой все основные права человека, в том числе право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья. Тюремные администрации должны обеспечить в неотложных случаях доступ к медицинскому обслуживанию в любое время без задержки [4].

Помещения для заключенных должны отвечать надлежащим требованиям в плане их кубатуры, площади, освещения, отопления и вентиляции [5]. Все заключенные должны в обычные часы обеспечиваться здоровой и достаточной пищей, а также располагать питьевой водой, когда они испытывают в ней потребность [6].

С 2009 года в пенитенциарной системе действует программа лечения и реабилитации наркотической и алкогольной зависимости «Атлантис», предусматривающая шестимесячный курс лечения на добровольной основе для лиц, отбывающих наказание в виде лишения свободы.

По словам работника программы «Атлантис», пациенты, изъявившие желание вылечиться от наркомании и алкоголизма, помещаются в специально выделенное здание реабилитационной программы «Атлантис» отдельно от других женщин. После завершения четырехмесячного курса лечения пациенты возвращаются к прежним условиям содержания вместе с другими осужденными. За 2017 год прошли лечение 28 женщин.

В программе заместительной метадонотерапии участвуют 18 осужденных женщин, в программе обмена шприцев - 21.

Прием метадона осуществляется больными из одноразовых стаканов, использованные стаканы утилизируются. Каждой женщине метадон выдается по назначенной дозе в миллиграммах (через дозатор). После приема метадона

медсестра проверяет ротовую полость женщины, и только после разрешает покинуть кабинет.

В рамках программы для лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, антиретровирусную терапию получают 12 женщин. Пять женщин из числа получающих антиретровирусную терапию и охваченных интервью, отмечают отсутствие перебоев в обеспечении с препаратами, дополнительное питание выделяется. Со стороны медицинских работников конфиденциальность информации о состоянии здоровья и заболевании женщин сохраняется.

По данным анонимного анкетирования женщин: шесть из двадцати одной не удовлетворены качеством оказываемых медицинских услуг, выражающихся, с их точки зрения:

- в большинстве случаев при обращении за лекарством в медицинскую часть отсутствуют элементарные обезболивающие лекарственные средства, антибиотики, симптоматические средства против простуды (антигриппин), не говоря уже о других лекарственных средствах. В связи с этим нужные им лекарственные средства покупают родители и родственники, а женщины, не имеющие родственников, заимствуют нужные лекарственные средства у других осужденных;

- если женщина, обращающаяся к гинекологу, не может предоставить гинекологические перчатки, которые она должна приобрести за свой счет, то врач гинеколог отказывает в осмотре;

- к стоматологу обращаются только в крайнем случае, так как не работает стоматологическая установка и кроме удаления зубов, другого лечения не проводится. При этом услуги стоматолога являются платными;



- для консультации привлекаются врачи-специалисты других учреждений или врачи-специалисты организации здравоохранения. Консультация врачами-специалистами осуществляется в медицинской части учреждения или в другом лечебном учреждении.

- беременные женщины могут быть заключены в тюрьму только при самых исключительных обстоятельствах. Если такая необходимость возникает, то им должен быть предоставлен тот же уровень медицинского обслуживания, который имеется в гражданском обществе. При приближении времени родов таких женщин во всех случаях, когда это представляется возможным, следует переводить в гражданские больницы. Женщине это обеспечит получение профессиональной медицинской помощи, а ребенку позволит избежать клейма – тюрьмы в качестве места рождения. В любом случае свидетельство о рождении не должно указывать тюрьму как место рождения.

Гинеколог осматривает женщин два раза в неделю. Необходимые в этот период режимные ограничения должны быть настолько умеренными, насколько это возможно.

Если в тюрьме содержатся беременные женщины, то тюремная администрация должна уделить максимум внимания вопросам, связанным с рождением ребенка.

Результаты исследования качества получения медицинских услуг показали, что недостатки в практике предоставления медицинской помощи в ИК-2 в определенной степени характерны для всей исправительной системы Кыргызской Республики, и имеют место в силу:

- недостаточно активного участия уполномоченного органа в области здравоохранения в охране здоровья в

местах лишения свободы, вследствие дезинтегрированности политики пенитенциарного здравоохранения и национальной политики охраны здоровья, что привело к появлению “параллельных систем”, не полностью подпадающих под государственную политику аттестации и аккредитации;

- недостаточной организации ведомственной медицинской службы, в том числе: вследствие неполной укомплектованности штата сотрудников или укомплектованности сотрудниками с недостаточной квалификацией, слабой технической и материальной оснащенности;

- оказание медицинской помощи осужденным без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания или состояния пациента, которым должны следовать медицинские работники (клинические руководства/протоколы), и принципов доказательной медицины;

- изоляции медицинского персонала исправительных учреждений от основного направления практики медицинских услуг и, как следствие, отсутствия возможности пользоваться более широкими достижениями в методике лечения, в профессиональных стандартах, в обучении;

- зависимости медицинского персонала от администрации исправительного учреждения, которая не всегда позволяет ему руководствоваться только медицинскими критериями при принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья осужденных;

- пробелов и коллизий в правовых актах, регулирующих деятельность по охране здоровья осужденных;

Таким образом, исходя из обозначенных причин сложившейся ситуации, наиболее эффективным способом устранения существующих

недостатков и создания системы, гарантирующей надлежащий и своевременный доступ осужденных к услугам врача, отвечающего профессиональным, этическим и техническим стандартам, является передача уполномоченному органу здравоохранения ответственность за предоставление медико-санитарной помощи и в местах лишения свободы.

### Литература

1. Конституция Кыргызской Республики от 27.06.2010 года. - Бишкек, 2016.
2. Специальный доклад Акыйкатчы (Омбудсмена) Кыргызской Республики. - Бишкек, 2017.

3. Уголовно-исполнительный кодекс КР

4. Минимальные стандартные правила обращения с заключенными, приняты на первом Конгрессе ООН по предупреждению преступности и обращению с правонарушителями, состоявшемся в Женеве в 1955 году и одобрены Экономическим и Социальным советом в его резолюциях 663 (XXIV) от 31 июля 1957 года и 2076 от 13 мая 1977 года, правило 52.

5. Минимальные стандартные правила, правило 10.

6. Минимальные стандартные правила, правило 20.