

Научный медицинский журнал

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

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

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

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: drmmamatov@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,

заслуженный деятель науки КР, зав. каф. базисной и клинической фармакологии им. М.Т. Нанаевой

Джумабеков С.А. – академик НАН КР, д.м.н., профессор

кафедры травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

Кудайров 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

последипломного 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:

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., профессор

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

Куттубаев О.Т. – д.м.н., проф., зав. каф. медицинской биологии, генетики и паразитологии

Куттубаева 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., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

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 последипломного образования П.Л. Шупика (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. Тираж 200 экз.

Ответственность за содержание и достоверность материалов несут авторы.

Редакция не несет ответственности

за содержание рекламных материалов.

Илимий медициналык журнал

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 цитата беруу индекси менен индекстелет.

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

Окумуштуу катчы – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, м.и.к., e-mail: drmmamatov@mail.ru

Редакциялык жамаат:

Адамбеков Д.А. – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-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 мүчө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер, М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

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 дипломго 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 мүчө-корреспонденти, факультеттик хирургия кафедрасынын башчысы

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

Редакциялык Кеңеш:

Алымкулов 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

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, КазҮОМУ хирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казахстан)

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, Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине 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, Женев университет (Швейцария)

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

Мирахимов 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, патологиялык 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 дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Чолпонбаев К.С. – фарм.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

Чонбашева Ч.К. – м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору

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 көч., 92 КММА.
Телефону: (312) 54 94 60, 54-46-10.
E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 нуска.

Материалдардын мазмуну жана тактыгы үчүн авторлор жооп беришет.

Редакция жарнамалык материалдардын мазмуну жооптуу эмес.

Scientific Medical Journal

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

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

Learned Secretary – **Mamatov Niyazbek Nurlanbekovich**, cand. med. sci. e-mail: drmatamov@mail.ru

Editorial Board:

Adambekov D.A. – dr. med. sci., prof., corresponding member
NAS KR, the head of microbiology, virusology and
immunology department

Atambaeva R.M. – dr. med. sci., prof., the head
of hygienic disciplines department

Brimkulov N.N. – dr. med. sci., prof., the head
of family medicine department

Djumabekov S.A. – academician of NAS. KR, dr.med. sci.,
prof. of the department of traumatology, orthopedy and ES

Kudayarov D.K. – academician NAS KR, dr. med. sci., prof.,
the head of hospital pediatry with neonatology course

Mamakeev M.M. – academician NAS KR, dr. med. sci., prof.
Mamytov M.M. – academician NAS KR, dr. med. sci. prof.,
the head of neurosurgery department

Murzaliyev A. M. – academician NAS KR., dr. med. sci., prof.

Omorov R.A. – dr. med. sci., prof., corresponding member
NAS KR, the head of faculty surgery

Raimzhanov A.R. – academician of NAS KR, dr. med. sci.,
professor

Zuridinov A.Z. – med. sci., prof., corresponding member NAS
KR, Honored Scientist KR, the head of fundamental and clinical
pharmacology department named after M.T. Nananeva

Editorial Council:

Alymkulov R.D. – dr.med. sci., prof., the head of clinical
rehabilitation and physiotherapy

Arnoldas Jurgutis – dr. med. sci., prof., the head of public
health department of Klaipeda University (Lithuania)

Batyraliev T.A. – dr.med. sci., prof.

Beishembieva G.D. – dr.med. sci., deputy prof.,
the head of nursing department

Cholponbaev C.S. – dr.farm. sci., prof., Minister of Health of KR

Chonbasheva Ch.K. – dr. med. sci., prof. of hospital therapy,
occupational pathology department with hematology course

Davaasuren O.S. – dr. med. sci., prof., the Department of General
Practice of the Mongolian State University, President of the Mon-
golian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

Djumabekov A.T. – dr. med. sci., prof, the head of surgery
and endoscopy of KMUNT (Kazakstan)

Djumaliev G.A. – dr. med. sci., vice-rector in international
relations and strategical development

Kadyrova R.M. – dr. med. sci., prof., the head of children infec-
tious diseases

Kaliev R.R. – dr. med. sci., prof. of faculty therapy department

Karasheva N.T. – cand. ped. sci., the head of the department of
physics, mathematics, informatics and computer technologies

Kataev V.A. – dr. pharm. sci., prof., vice-rector of scientific
and innovating work of State Budget educational institution
of Higher professional education, Bashkir State Medical
University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)

Kononets I.E. – dr. med. sci., prof., the head of fundamental
and clinical physiology department

Kuttubaev O.T. – dr. med. sci., prof., the head of department
of medical biology, genetics and parasitology

Kuttubaeva K.B. – dr. med. sci., prof., the head of therapeutic
stomatology department

Louis Loutan – prof., University of Geneva (Swiss)

Mingazova E.N. – dr. med. sci., prof., Kazan State Medical
University (Russia, Tatarstan)

Mirrahimov E.M. – dr. med. sci., prof., the head of faculty ther-
apy department

Moldobaeva M.S. – dr. med. sci, the head of internal diseases
propedeutics department with endocrinology course

Musaev A.I. – dr. med. sci., prof., the head of department
of surgery of general practice with a course of combustiology

Musuraliev M.S. – dr. med. sci., prof., the head of obstetrics
and gynecology №1

Satylganov I.Z. – dr. med. sci., prof., the head of pathological
anatomy

Shekera O.G. – dr. med. sci., prof., the head of family
Medicine National medical academy of post diploma education
Institute named after P.L. Shupik (Ukraine)

Tilekeeva U.M. – dr. med. sci., prof. of fundamental and clinical
pharmacology department

Usupbaeva Ch. – dr. med. sci., prof., the head of the department
of urology and andrology of pre and post diploma training

Yrysov K.B. – dr. med. sci., prof. of neurosurgery department

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

Phone: (312) 54 94 60, 54-46-10.

E-mail: 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 advertising materials

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Джаналиев Б.Р., Козьмина Ю.В. Редкий случай метастазирования рака легкого в митральный клапан (наблюдение из практики) 10

Осмоналиева С.Т., Сагылганов И.Ж. Морфологический анализ соскобов эндометрия и плодных оболочек при ранних самопроизвольных абортах 16

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Абилова С.С., Турсунбаев М.С., Байгазиева К.К., Токтомаматов У.М., Закиров У.А., Асанбаев А.А., Баитова Г.М., Миррахимов Э.М. Европейское исследование профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета – EUROASPIRE V (European Action On Secondary And Primary Prevention By Intervantion To Reduce Events) в Кыргызской Республике: обоснование и дизайн исследования 20

Залеская Ю.В., Джумагулова А.С., Кыдыралиева Р.Б., Халжигитова Н.А., Алайбек к. Г. Пилотное исследование по комплексному выявлению неконвенционных факторов риска у пациентов с коронарной болезнью сердца 25

Молдоташова А.К., Анищук Е.А., Акимов М.М. Искусственная вентиляция легких неврологических больных 30

Чекеева Н.Т., Жусупова А.Т. Оценка факторов риска возникновения инфаркта мозга и хронической ишемии мозга в условиях низкогогорья 35

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Айтназаров М.С., Касыев Н.Б., Жаманкулова М.К., Ахматов С.А. Оценка эффективности обеззараживания эхинококковой кисты раствором диметилсульфоксида 41

Акешов А.Ж., Айткулов У.Р., Жолдошбеков Е.Ж. Характер и частота осложнений в экстренной абдоминальной хирургии 46

Боржиев У.А., Мамытов М.М. Оценка эффективности различных методов оперативных вмешательств при гипертензивных геморагических инсультах 50

Джамалбекова Э.Ж., Байгараев Э.А. Комплексная диагностика и сравнительное лечение дисплазии тазобедренных суставов у детей 54

Мусаев А.И., Исаев Э.Б., Максут у. Э., Алиев М.Ж. Инфекционный контроль в отделениях высокого риска. Экономическая значимость инфекции в области хирургического вмешательства (обзор литературы) 58

Мусаев А.И., Касенов А.С., Исаев Э.Б. Новые подходы к профилактике послеоперационных гнойных осложнений в абдоминальной хирургии 64

Сыдыгалиев К.С., Эраалиев Б.А., Мамбетов А.К., Пахридинова А.А., Акматова А.Р., Исламбеков Н.И. Результаты хирургического лечения больных с отморожениями нижних конечностей 70

Брысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга 75

Брысов К.Б., Муратов А.Ы., Бошкоев Ж.Б. Результаты лечения больных с травматическим сдавлением головного мозга 81

ПРОБЛЕМЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Жумабаева Б.Н., Сальбаева А.А., Арзыкулова Г.С. Оценка лицевых болей при заболеваниях ЛОР-органов 89

Кошукеева А.К., Тургумбеков А.З., Нарматова К.К. Влияние факторов высокогорья на органы слуха и равновесия у рабочих рудника «Кумтор» 94

Нарматова К.К., Исаева Ч.О., Халфина В.В. Ранняя диагностика тугоухости и глухоты у детей в Кыргызстане 98

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

- Аскеров А.А., Сатыбалдиева А.Ж., Жумабекова А.Ж.**
Неинвазивная ранняя диагностика эндометриоза яичников посредством онкомаркера СА-125 и оценка овариального резерва после лечения через антимюллеров гормон 102
- Ванинов А.С., Нурланбекова Э.Н., Лим Е.Ф., Кадырова А.И., Кемелбекова А.К.**
Редкие атопические очаги эндометриоза в клинической практике 106
- Исакова З.З., Тешеева Т.Х., Омурбекова М.М.**
Особенности течения беременности и родов при многоплодии 110
- Случай из практики**
Субанов Д.М., Тешеева Т.Х., Омурбекова М.М.
Возможности органосохраняющей операции при эктопической беременности 115

ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

- Алиева Л.Х., Сейдакмагова Г.К., Байсеитова Ж.К., Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Журавлева О.Ю.** Особенности течения кори в Кыргызстане в 2017-2018 гг. 119
- Бектурсунов Т.М., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Ишаева Э.Ш., Абдылдаева З.Э., Сабыр к. А.** Анализ факторов риска рождения недоношенного ребенка 123
- Бектурсунов Т.М., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Ишаева Э.Ш., Абдылдаева З.Э., Ырсалиева А.М.** Факторы риска развития врожденных пороков развития 128
- Закирова Г.Ш., Мамбетова М.К., Буханцева О.С., Алмамбетова К.А., Равшанбек к. А., Абдилатип к. А., Давузова Р.М., Арыкбаева Г.К.** Анализ причин летальных исходов у детей, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 132
- Кадырова Р.М., Надирбекова Р.А., Чечетова С.В., Джолбунова З.К.** Относительный риск развития тяжелой формы дизентерии у детей 137
- Эмильбекова З.Э., Аякеев Т.К., Тилекова А.Т., Чыныева Д.К., Мамбетова Н.О.** Эффективность применения ингаляций адреналином при ОРВИ с развитием острого стенозирующего ларинготрахеита у детей 142

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

- Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш.** Гигиеническое воспитание детей в укреплении стоматологического здоровья детей 146
- Чолокова Г.С., Тыналиева Д.М., Масаева Р.А., Абыкеева Р.С., Камчыбекова А.Ш., Абдылдаев С.Т.** Показатели стоматологического статуса школьников от 7 до 18 лет г. Бишкек 150
- Чолокова Г.С., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.** Частота встречаемости дистопированных зубов среди детей и подростков 153
- Юлдашев И.М., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.** Распространенность зубочелюстных аномалии среди детей и подростков школы-гимназии №37 города Бишкек 156

ИСТОРИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Шерова А.А., Молдоташова А.К., Касымов М.М., Толбашиева Г.У., Акимов М.М.** История создания и становления кафедры анестезиологии и реаниматологии Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации 159

ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНЕ

- Замалетдинова Г.С.** Интенсивное обучение специалистов-медиков иностранному языку 167

НЕГИЗГИ МЕДИЦИНА

Джаналиев Б.Р., Козьмина Ю.В. Өпкөнүн шишик оорусунун жүрөктүн митралдык клапанына болгон сейрек кездешчү метастазы (тажрыйбадан байкоо) 10

Осмоналиева С.Т., Сагылганов И.Ж. Өз алдынча эрте бойдон түшүүдөгү эндометрийдin кырындыларынын жана түйүлдүктүн кабыкчаларынын морфологиялык анализи 16

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Абилова С.С., Турсунбаев М.С., Байгазиева К.К., Токтомаматов У.М., Закиров У.А., Асанбаев А.А., Байтова Г.М., Миррахимов Э.М. Кыргыз Республикасында жүрөк-кан тамыр оруларын жана кант диабет оруларын алдын алуу боюнча европалык изилдөө – EUROASPIRE V (European Action On Secondary And Primary Prevention By Intervantion To Reduce Events): изилдөөнүн негиздемеси жана дизайны 20

Залеская Ю.В., Джумагулова А.С., Кыдыралиева Р.Б., Халжигитова Н.А., Алайбек к. Г. Коронардык жүрөк оорусу менен ооруган бейтаптардын конвенциондук эмес тобокелчи факторлорун табуу боюнча жыйнакталган пилоттук изилдөө 25

Молдоташова А.К., Анищук Е.А., Акимов М.М. Неврологиялык бейтаптарга өпкөнүн жасалма желдетүүсү 30

Чекеева Н.Т., Жусупова А.Т. Бөксө тоолуу шарттарда мээнин инфарктысынын жана мээнин өнөкөт ишемиясынын пайда болушунун тобокелдик факторлорун баалоо 35

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Айтназаров М.С., Касыев Н.Б., Жаманкулова М.К., Ахматов С.А. Эхинококкоз ыйлакчасын диметилсульфоксид эритмеси менен зыянсыздандыруунун эффективдүүлүгүн баалоо 41

Акешов А.Ж., Айткулов У.Р., Жолдошбеков Е.Ж. Тез аткарылуучу абдоминалдык хирургиядагы кабылдоолордун мүнөзү жана мезгилдүүлүгү 46

Боржиев У.А., Мамытов М.М. Гипертензиялык геморрагиялык инсультту ар кандай оперативдүү ыкмаларынын кийлигишүүсүн баалоо 50

Джамалбекова Э.Ж., Байгараев Э.А. Балдардын жамабаш сан муун дисплазиясынын комплекстик диагностикасы жана салыштырма дарылоосу 54

Мусаев А.И., Исаев Э.Б., Максут у. Э., Алиев М.Ж. Жогорку тобокелдик бөлөмдөрөндөгө инфекциялык көзөмөл. Хирургиялык кийлигишүү учурундагы инфекциянын экономикалык мааниси (адабий сереп) 58

Мусаев А.И., Касенов А.С., Исаев Э.Б. Ички хирургиядагы жараатым ырбаптарынын алдын алуу каражаттарынын жаны ыкмалары 64

Сыдыгалиев К.С., Эраалиев Б.А., Мамбетов А.К., Пахридинова А.А., Акматова А.Р., Исламбеков Н.И. Бутун үшүк алып кеткен бейтаптардын хирургиялык дарылоодогу жыйынтыгы 70

Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Баш мээнин жаракаттап кысылуусун клиникалык инструменталдык аныктоонун натыйжалары 75

Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Бошкочев Ж.Б. Баш мээнин жаракаттап кысылуусунан жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжалары 81

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Жумабаева Б.Н., Салыбаева А.А., Арзыкулова Г.С. Кулак, мурун, тамак менен байланышкан бет оорууга баа берүү 89

Кошукеева А.К., Тургумбеков А.З., Нарматова К.К. «Кумтөр» кенинин иштөөчүлөрүнүн кулак угуу жана тец салмактуулук органдарына тоолук аймактын себептеринин тийгизген таасири 94

Нарматова К.К., Исаева Ч.О., Халфина В.В. Кыргызстанда балдардын начар угушуна жана дүлөйлүгүнө диагноз коюу 98

АКУШЕРДИК ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯ

- Аскеров А.А., Сатыбалдиева А.Ж., Жумабекова А.Ж.** Жумуртка безинин эндометриялык кистасын инвазивдүү эмес СА-125 онкомеркерлери аркылуу эрте диагностикалоо жана антимиоллер гормону менен дарылоодон кийин жумуртка безинин резервдик мүмкүнчүлүктөрүн болжолдоо 102
- Ванинов А.С., Нурланбекова Э.Н., Лим Е.Ф., Кадырова А.И., Кемелбекова А.К.** Сейрек кездешкен атопикалык эндометриоз клиникалык тажрыйбада 106
- Исакова З.З., Тепшеева Т.Х., Омурбекова М.М.** Көп бала бойго бүткөн кош бойлуулуктун жана төрөттүн жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү 110
- Практигадагы окуя**
Субанов Д.М., Тепшеева Т.Х., Омурбекова М.М. Эктопиялык кош бойлуулуктагы органды сактап калуучу операциянын мүмкүнчүлүктөрү 115

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Алиева Л.Х., Сейдакмагова Г.К., Байсеитова Ж.К., Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Журавлева О.Ю.** Кыргызстанда 2017-2018-жылдары кызамык оорусунун жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү 119
- Бектурсунов Т.М., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Ишаева Э.Ш., Абдылдаева З.Э., Сабыр к. А.** Балдардын ара төрөлүшүндөгү кооптуу факторлорду анализдөө 123
- Бектурсунов Т.М., Нуржанова С.Т., Какеева А.А., Ишаева Э.Ш., Абдылдаева З.Э., Ырсалиева А.М.** Тубаса кемтиктердин келип чыгышындагы кооптуу факторлор 128
- Закирова Г.Ш., Мамбетова М.К., Буханцева О.С., Алмамбетова К.А., Равшанбек к. А., Абдилатип к. А., Давузова Р.М., Арыкбаева Г.К.** Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык бейтапканасына жаткырылган балдардын өлүмүнүн себептерин талдоо 132
- Кадырова Р.М., Надирбекова Р.А., Чечетова С.В., Джолбунова З.К.** Жаш балдарда дизентериянын оор түрлөрүнүн өөрчүсүнүн салыштырмалуу тобокелдиги 137
- Эмилбекова З.Э., Аякеев Т.К., Тилекова А.Т., Чыныева Д.К., Мамбетова Н.О.** Балдарда курч кармаган дем алуу органдарындагы вирус чакырган оорунун тамагы буулган түрү менен жабыркаган түрүндө адреналин ингаляциясынын натыйжалуулугу 142

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Чолокова Г.С., Камчыбекова А.Ш.** Балдардын тиш ден соолугун бекемдөө үчүн балдардын гигиеналык билим берүү 146
- Чолокова Г.С., Тыналиева Д.М., Масаева Р.А., Абыкеева Р.С., Камчыбекова А.Ш., Абдылдаев С.Т.** Бишкек шаарынын 7-18 жашка чейин мектеп окуучуларынын стоматологиялык абалынын көрсөткүчтөрү 150
- Чолокова Г.С., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.** Балдар менен өспүрүмдөрдүн арасында дистопия тиш пайда болгон жаштык 153
- Юлдашев И.М., Насыров Т.В., Усманджанов Р.Я., Болотбекова Ж.Б.** Бишкек шаарындагы №37 мектеп-гимназиясынын балдар жана өспүрүмдөр арасында тиш аномалиялардын жайылтылышы 156

САЛАМАТТЫК САКТООНУН ТАРЫХЫ

- Шерова А.А., Молдоташова А.К., Касымов М.М., Толбашиева Г.У., Акимов М.М.** Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медициналык институтунун анестезиология жана кайра жандандыруу кафедрасынын тарыхы 159

МЕДИЦИНАДА ТИЛ АСПЕКТИЛЕРИ

- Замалетдинова Г.С.** Адистер-медиктерди чет тилге интенсивдүү окутуу 167

FUNDAMENTAL MEDICINE

- Djanaliev B.R., Kozmina U.V.**
A rare case of metastasis of lung cancer in the mitral valve (observation from practice) 10
- Osmonaliev S.T., Satylganov I.J.** Morphological characteristics of scrapings of the endometrium and shells of fetus in early spontaneous abortions 16

INTERNAL MEDICINE

- Abilova S.S., Tursunbaev M.S., Baigazieva K.K., Toktomamatov U.M., Zakirov U.A., Asanbaev A.A., Baitova G.M., Mirrakhimov E.M.** European research of prevention of cardiovascular diseases and diabetes – EVROASPIRE V (European Actions For Prevention Of Secondary And Preservation On The Measure To Reduce Events) in the Kyrgyz Republic: justification and design of research 20
- Zaleskaya Y.V., Djumagulova A.S., Kydyralieva R.B., Haldjigitova N., Alaibek k. G.**
Pylot investigation on nonconventional risk factors detection in patients with coronary heart disease 25
- Moldotashova A.K., Anischuk E.A., Akimov M.M.** Mechanical ventilation in patients of neurological profile 30
- Chekeeva N.T., Jusupova A.T.** Evaluation of the risk factors influence to acute cerebral infarction and chronic brain ischemia in low-mountain area 35

QUESTIONS OF SURGERY

- Aitnazarov M.S., Kasiev N.B., Zhamankulova M.K., Ahmatov S.A.** Evaluation of the effectiveness of decontamination of the echinococcal cyst by the dimethylsulfoxide solution 41
- Akeshov A.J., Aitkulov U.R., Zholdoshibekov E.Zh.**
Character and frequency of complications in emergency abdominal surgery 46
- Borzhiev U.A., Mamytov M.M.**
Evaluation of efficiency of various methods of operative interventions in hypertensive hemorrhagic stroke 50
- Dzhamalbekova E.Dzh., Baygaraev E.A.**
Complex diagnostics and comparative treatment of hip dysplasia in children 54
- Musaev A.I., Isaev E.B., Maksut u. E., Aliev M.J.** Infection control in high risk departments. The economic significance of surgical site infection (literature review) 58
- Musaev A.I., Kasenov A.S., Isaev E.B.**
New approaches to prevention of postoperative purulent complications in abdominal surgery 64
- Sydygaliev K.S., Eraaliev B.A., Mambetov A.K., Pahridinova A.A., Akmatova A.R., Islambekov N.I.**
The results of lower extremity frostbite surgical treatment 70
- Yrysov K.B., Muratov A.Y., Ydyrysov I.T.**
Results of clinical instrumental diagnosis in traumatic brain compression 75
- Yrysov K.B., Muratov A.Y., Boshkoev J.B.** Results of traumatic brain compression management 81

PROBLEMS OF OTORHINOLARYNGOLOGY

- Zhumabaeva B.N., Salybaeva A.A., Arzykulova G.S.** Assessment of facial pains in diseases of ENT organs 89
- Koshukeeva A.K., Turgumbekov A.Z., Narmatova K.K.** Influence of high elevation on the hearing and balance organs of the “Kumtor” mine workers 94
- Narmatova K.K., Isaeva Ch.O., Khalfina V.V.** Early diagnosis of hearing loss and deafness in children 98

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

- Askerov A.A., Satybaldieva A.J., Zhumabekova A.Zh.** Noninvasive early diagnosis of ovarian endometriosis through the CA-125 cancer marker and assessment of the ovarian reserve after treatment with anti-mullerian hormone 102
- Vaninov A.S., Nurlanbekova E.N., Lim E.F., Kadyrova A.I., Kemelbekova A.K.**
Rare atopic foci of endometriosis in clinical practice 106
- Isakova Z.Z., Teppeeva T.H., Omurbekova M.M.**
Special aspects of multiple pregnancy course and birth delivery 110
- Practical case**
Subanov D.M., Teppeeva T.H., Omurbekova M.M.
Possibilities of organ saving operations in ectopic pregnancy 115

PROBLEMS OF PEDIATRICS

- Alieva L.H., Seidakmatova G.K., Baiseitova J.K., Chechetova S.V., Kadyrova R.M., Dzholbunova Z.K., Juravleva O.Yu.** Features of measles in Kyrgyzstan in 2017-2018 119
- Bektursunov T.M., Nurzhanova S.T., Kakeeva A.A., Ishayeva E.Sh., Abdyldaeva Z.E., Sabyr k. A.**
Analysis of risk factors for the birth of a premature baby 123
- Bektursunov T.M., Nurzhanova S.T., Kakeeva A.A., Ishayeva E.Sh., Abdyldaeva Z.E., Yrsaliev A.M.**
Risk factors for congenital malformations 128
- Zakirova G.Sh., Mambetova M.K., Buhanceva O.S., Almambetova K.A., Ravshanbek k. A., Abdilatip k. A., Davuzova R.M., Arykbaeva G.K.** The analysis of lethal outcomes in children hospitalized in the Republican clinical infectious diseases hospital 132
- Kadyrova R.M., Nadirbekova R.M., Dzholbunova Z.K.**
Relative risk of developing severe forms of dysentery in infants 137
- Emilbekova Z.E., Ayakeev T.K., Tilekova A.T., Chynyeva D.K., Mambetova N.O.** Efficacy of inhalation with adrenaline in acute viral respiratory infections with the development of acute stenosing laryngotracheitis in children 142

QUESTIONS OF DENTISTRY

- Cholokova G.S., Kamchybekova A.Sh.**
Hygienic education of children in strengthening the dental health of children 146
- Cholokova G.S., Tynaliev D.M., Masaeva R.A., Abykeeva R.S., Kamchybekova A.Sh., Abdyldaev S.T.**
Indicators of dental status among schoolchildren from 7 to 18 years old in Bishkek 150
- Cholokova G.S., Nasyrov T.V., Usmanjanov R.Ya., Bolotbekova Zh.B.**
Frequency of meeting of distoched teeth among children and adolescents 153
- Yuldashev I.M., Nasyrov T.V., Usmandjanov R.Y., Bolotbekova J.B.**
Prevalence of dental anomalies among children and adolescents at school-gymnasium №37 in Bishkek 156

HISTORY OF PUBLIC HEALTH

- Sherova A.A., Moldotashova A.K., Kasymov M.M., Tolbashieva G.U., Akimov M.M.**
History of creating and formation of anesthesiology and reanimatology department of the Kyrgyz state medical institute of retraining and improving qualification 159

LINGUISTIC ASPECTS IN MEDICINE

- Zamaletdinova G.S.** Intensive foreign language training of medical specialists 167

**РЕДКИЙ СЛУЧАЙ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА ЛЕГКОГО
В МИТРАЛЬНЫЙ КЛАПАН**

(наблюдение из практики)

Б.Р. Джаналиев, Ю.В. Козьмина

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

Резюме: Метастатическое поражение сердца, а особенно клапанов, является крайне редким осложнением онкологического заболевания. Прижизненная диагностика такого поражения не описана в доступной литературе. В статье описан случай метастаза рака легкого в створки митрального клапана, явившийся патологоанатомической находкой.

Ключевые слова: рак легкого, метастазы, метастатическое поражение клапанов сердца.

**ӨПКӨНҮН ШИШИК ООРУСУНУН ЖҮРӨКТҮН МИТРАЛДЫК КЛАПАНЫНА БОЛГОН
СЕЙРЕК КЕЗДЕШЧҮ МЕТАСТАЗЫ**

(тажрыйбадан байкоо)

Б.Р. Джаналиев, Ю.В. Козьмина

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

Корутунду: Онкология орууларында жүрөккө болгон метастаз өтө сейрек кездешет. Жүрөктүн митралдык клапанына метастаз болгон учурлар тууралуу баяндамалар жокко эссе. Бул баяндамада өпкөнүн шишик оорусунун жүрөктүн митралдык клапанына болгон метастазы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: өпкөнүн шишик оруусу, жүрөктүн митралдык клапаны, метастаз.

A RARE CASE OF METASTASIS OF LUNG CANCER IN THE MITRAL VALVE

(observation from practice)

B.R. Djanaliev, Yu.V. Kozmina

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Metastases to the heart, especially the valves, is an extremely rare complication of cancer. Lifetime diagnostics of such damage is not described in the available literature. The article describes the case of metastasis of lung cancer in the mitral valve leaf, which was a pathoanatomic find.

Key words: lung cancer, metastases, metastatic damage to the heart valves. lung cancer, metastases, metastatic damage to the heart valves.

Опухоли сердца подразделяются на первичные доброкачественные и злокачественные новообразования и вторичные (метастатические) злокачественные опухоли. Вторичные опухоли сердца развиваются вследствие метастазирования по кровеносным и лимфатическим сосудам, а также в результате прямого прорастания опухоли из соседних органов [1]. Первичные опухоли сердца встречаются редко, и они составляют от 0,001% до 0,28% всех опухолей [2]. В сердце чаще находят метастатические опухоли и по данным литературы они обнаруживаются в 2,3% – 18, % случаев аутопсий умерших от злокачественных новообразований [3]. Метастазы чаще локализуются в эпикарде (от 12,5% до 50%), реже – в миокарде (от 2,0% до 33,0%) и очень редко в эндокарде (до 3,3%). [1, 4]. В эндокард метастазирует

почечно-клеточный рак (26,3%), гепатоцеллюлярный рак (20%), рак пищевода, шейки и тела матки [1, 5, 6]. Описаны случаи метастазирования меланомы и карциноида в эндокард [7]. Эндокардиальные (пристеночные и хордальные) метастазы обычно локализуются в правом отделе сердца [6, 8]. В доступной нам литературе не удалось найти описания случая метастазирования злокачественного новообразования в клапанный аппарат сердца и, в связи с чем, мы решили продемонстрировать следующее наблюдение.

Большая Л. 1956 года рождения поступила в отделение торакальной хирургии НХЦ 5.10.XX г. в 10-55 с жалобами на тошноту, общую слабость, головные боли, черный стул, потливость, повышение температуры тела. Из анамнеза известно, что пять месяцев назад был поставлен

диагноз «Рак легкого», получала курс химиотерапии, состояла на учете у онколога. Объективно – состояние тяжелое, температура тела 38,2°C, вес 50,0 кг при росте 150,0 см. В легких жесткое дыхание с удлиненным выдохом, с обеих сторон прослушиваются влажные крупнопузырчатые хрипы, ЧД 28 в минуту. Пульс 90 в минуту, АД 70/40 мм. рт. ст. Per rectum на перчатке черный стул. В 12-30 переведена в отделение реанимации. В 15-20 состояние ухудшается: сознание заторможенное, тоны сердца глухие, пульс 110-115 в минуту, АД 80/60. В 16-00 произошла остановка сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Начаты реанимационные мероприятия – без эффекта. В 16-40 констатирована смерть.

Данные аутопсии

Наружный осмотр: Труп женщины пожилого возраста, пониженного питания. Кожные покровы сухие, дряблые, бледные, с множественными разнокалиберными кровоизлияниями в коже верхней половины туловища тела. Трупное окоченение выражено во всех группах мышц.

Серозные полости: Листки плевры с мелкоочечными кровоизлияниями; справа в нижних отделах с мелкими плотными белесоватого цвета бугорками. В правой плевральной полости 1000,0 мл прозрачной ксантохромной жидкости, в левой – 100,0 мл прозрачной соломенного цвета жидкости. Листки перикарда с мелкими белесоватыми бугорками, выпота в полости перикарда нет. Листки брюшины гладкие, патологического содержания в брюшной полости нет.

Средостение: Множество увеличенных лимфатических узлов, плотно спаянных между собой и с окружающими тканями, размерами до 4,0 см, сдавливающие структуры средостения. На разрезе узлы плотные, серо-белого цвета.

Органы дыхания: Трахея, главные бронхи проходимы, слизистая оболочка бледная, рыхлая. Правое легкое – долевого бронх средней доли проходим на протяжении 2,0 см. Далее просвет выполнен опухолевой тканью, исходящей из слизистой оболочки бронха. Опухолевая ткань прорастает в ткань легкого, образуя узел с неровными нечеткими границами, занимающий всю среднюю долю (Рис. 1). Опухолевая ткань на разрезе серо-белого цвета, мягкой консистенции. В остальных отделах правого легкого в толще расположены множественные очаги из подобной опухолевой ткани разных размеров от 0,3 до 4,0 см в диаметре, местами сливающиеся между собой. Левое легкое – в толще диффузно расположены мелкие очаги серо-белого цвета; ткань

легкого светло-розового цвета, влажная, мало-воздушная. Лимфатические узлы перибронхиальные, паратрахеальные увеличены, на разрезе серо-белого цвета, мягко-эластичной консистенции – ткань похожа на таковую в средней доле правого легкого. Легочные сосуды свободны, проходимы.

Сердечнососудистая система: Аорта свободна, проходима, в интиме желтые пятна и единичные фиброзные бляшки. Вдоль всей аорты расположены множественные, увеличенные, плотно спаянные с окружающей клетчаткой лимфатические узлы, размерами до 3,0 см, на разрезе с включениями ткани белого цвета. Сердце массой 270,0 гр., эпикард гладкий, миокард дряблый, тусклый, светло-коричневого цвета. Пристеночный эндокард блестящий, гладкий. Митральный клапан – на створках имеются плотные мелкобугристые наложения серо-розового цвета, плотноватой консистенции, размерами от 0,3 до 1,0 см (рис. 2). Остальные клапаны без патологии. В полостях сердца и в крупных сосудах посмертные свертки крови. Коронарные артерии эластичные, свободные.

Желудочно-кишечный тракт: Пищевод сужен за счет сдавливающего эффекта увеличенных лимфатических узлов заднего средостения. В слизистой оболочке передней поверхности средней трети имеется дефект округлой формы с мягкими, не подрывными краями, диаметром 0,4 см. Дном является серо-белая ткань, подросшая снаружи от увеличенного лимфатического узла средостения. Дно с тромботическими наложениями красно-бурого цвета. Собственно слизистая оболочка пищевода вокруг дефекта эластичная, с четкими границами, не утолщена. Просвет пищевода свободен. Желудок крючкообразной формы, пустой. Слизистая оболочка складчатая, чистая. 12-перстная кишка – по задней поверхности луковицы в слизистой оболочке имеется поверхностный дефект овоидной формы, размером 0,5 x 0,7 см, в пределах слизистой оболочки. Края мягкие, эластичные. Дно слабо окрашено в бурый цвет. Петли кишечника в неравномерно спавшемся состоянии, содержимое скудное, соответствует отделам. В слепой кишке содержимое обычного цвета с единичными включениями черного цвета (измененная кровь).

Печень – не увеличена, капсула блестящая, поверхность гладкая. Ткань на разрезе светло-коричневого цвета, эластичная. Желчный пузырь кроме густой темно-зеленого цвета желчи содержит фасетированные конкременты зеленоватого цвета размером до 1,0 см, в количестве

16 штук. Желчевыводящие пути проходимы, не расширены.

Поджелудочная железа – мелкодольчатая, светло-розового цвета, без очаговой патологии.

Селезенка – по передней поверхности ближе к нижнему полюсу имеется очаг треугольной формы, вершиной обращенный к воротам селезенки. Границы очага четкие. Очаг серо-белого цвета, под капсулой со старым кровоизлиянием бурого цвета и образованием полости в толще, заполненной бурого цвета вязким содержимым. Размеры данного очага 7,0 x 6,0 x 5,0 см.

Почки – равновеликие, бобовидной формы, не увеличены. Капсула снимается легко, поверхность гладкая. Ткань на разрезе с четким делением на слои, малокровная, эластичной консистенции. Мочевыводящие пути проходимы, не расширены.

Надпочечники – листовидной формы, с четким делением на слои.

Данные гистологического исследования:

Легкие – средняя доля правого легкого: в главном бронхе обнаружен плоскоклеточный неороговевающий рак с фокусами распада (рис.3). Верхняя и нижняя доли правого легкого, левое легкое – множественные разнокалиберные очаги плоскоклеточного неороговевающего рака, множественные внутрисосудистые метастазы рака с периваскулярным разрастанием опухоли. В плевре фокусы раковых клеток.

Лимфатические узлы переднего, заднего средостения, параортальные, перибронхиальные – метастазы рака.

Пищевод – метастаз из парапищеводного лимфатического узла прорастает снаружи во все слои стенки пищевода вплоть до слизистой оболочки, с ее изъязвлением – здесь же смешанный тромб. На остальном протяжении слизистая оболочка без опухолевого роста.

Миокард – неравномерная слабо выраженная гипертрофия миоцитов; местами истончение волокон, гипохромия цитоплазмы и ядер, перинуклеарный липофузинос; отек стромы.

Створки митрального клапана – обнаружен метастаз рака с тромбозом – смешанный тромб с началом организации (рис. 4).

Селезенка – инфаркт: очаг некроза паренхимы, окруженный демаркационной зоной, представленной полнокровием сосудов и воспалительной инфильтрацией; вне – строение не нарушено.

Печень – мелко- и крупнокапельная дистрофия гепатоцитов; фокусы внутриклеточного накопления коричневого пигмента (липофузинос); отек пространств Диссе; слабо выраженная мелкоочаговая воспалительная инфильтрация портальных трактов; стояние лейкоцитов в просвете капилляров.

Почки – малокровие, отек стромы; выраженная дистрофия эпителия канальцев вплоть до некробиоза; неравномерный склероз стенок артерий.

Патологоанатомический диагноз:

Основное заболевание: Центральный узловатый рак средне- долевого бронха правого легкого (гистологически – плоскоклеточный неороговевающий рак). Множественные метастазы в лимфатические узлы перибронхиальные, переднего и заднего средостения, параортальные, забрюшинные. Гематогенные внутрилегочные метастазы; метастазы на створках митрального клапана с тромбозом. Канцероматоз плевры. Серозно-геморрагический плеврит справа.

Осложнение: Прорастание опухоли в стенку пищевода из лимфатического узла заднего средостения с изъязвлением. Острая эрозия задней стенки луковицы 12-перстной кишки. Пищеводное, кишечное кровотечение – смешанный тромб в дне язвы слизистой оболочки пищевода, следы измененной крови в толстом кишечнике. Тромбозомболический синдром – инфаркт селезенки. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов выраженная.

Сопутствующее заболевание: Желчекаменная болезнь – камни желчного пузыря.

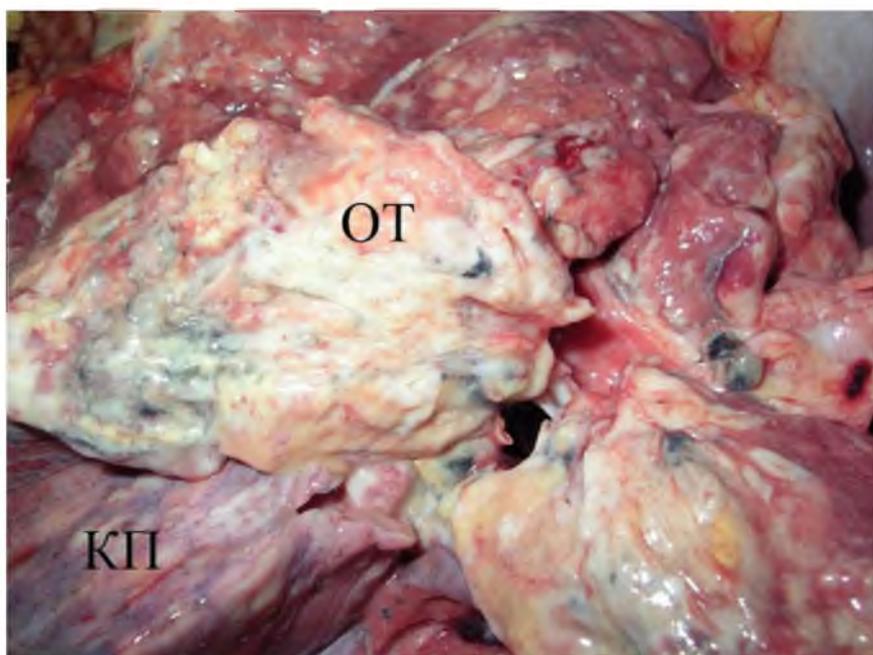


Рис. 1. Опухолевая ткань (ОТ) прорастает в среднюю долю правого легкого. Отмечается канцероматоз плевры (КП).

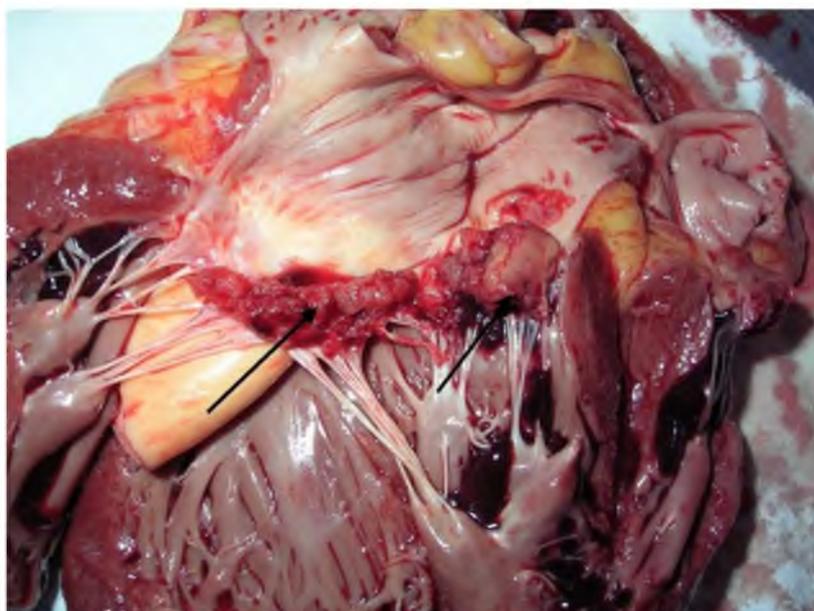


Рис. 2. На створках митрального клапана имеются плотные мелкобугристые наложения серо-розового цвета, плотноватой консистенции, размерами от 0,3 до 1,0 см.

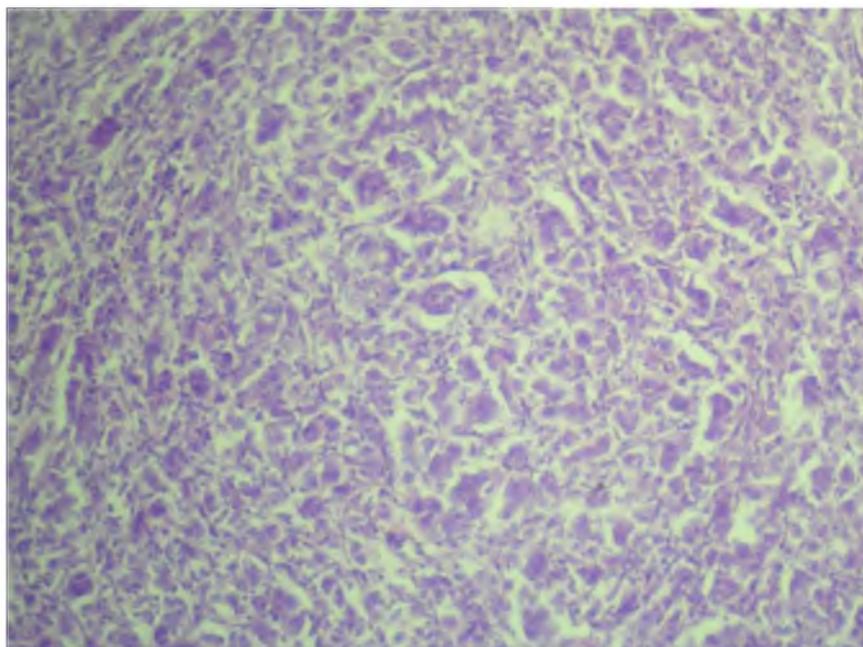


Рис. 3. Опухоль состоит из резко полиморфного плоского эпителия без ороговения.
Окраска гематоксилином и эозином, ув. х 100.

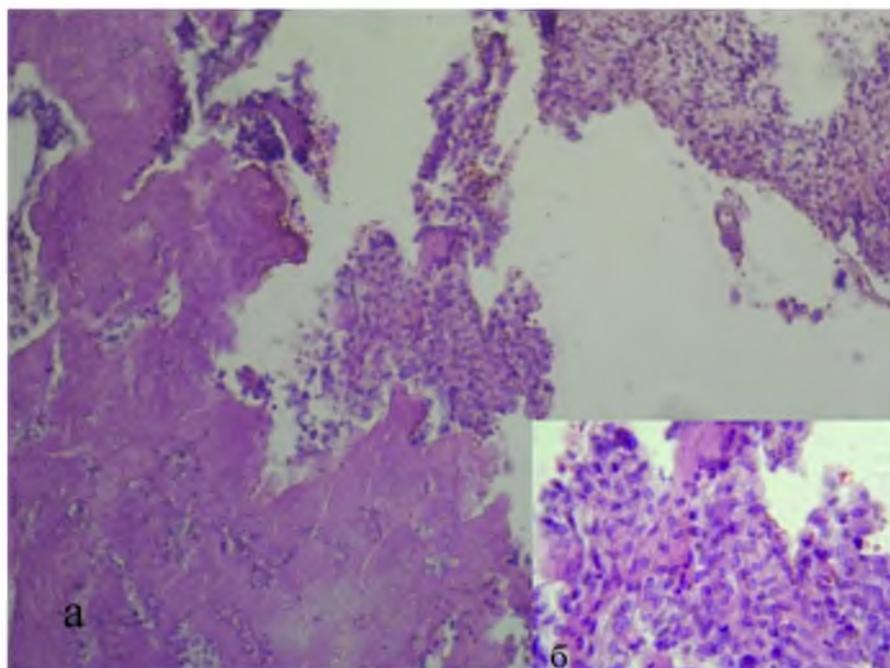


Рис. 4. На створке митрального клапана среди тромботической массы пласты опухолевых клеток.
Окраска гематоксилином и эозином: а) ув. х 100, б) ув. х400.

Таким образом, данное наблюдение демонстрирует редкий случай метастаза рака легкого в митральный клапан, что явилось случайной находкой во время аутопсии.

Литература

1. Bussani, R. Cardiac metastases / R. Bussani, F. De-Giorgio, A. Abbate // *J ClinPathol.* – 2007. – V. 60. – P. 27-34.
2. Goldberg, A.D. Tumor metastatic to the heart / A.D. Goldberg // *Circulation.* – 2013. – V. 128. – P. 1790-1794.
3. Reynen, K. Metastases to the heart / K. Reynen, U. Kockeritz, R.H. Strasser // *Annals of oncology.* – 2004. – V. 15. – P. 375-381.
4. Редкий случай метастатического поражения сердца как проявления злокачественного новообразования почки / [В.А. Ахмедов и др.] // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* – 2013. – Том 119, №4. – С. 113-115.
5. Плоскоклеточный рак пищевода с метастазированием в пищевод / [А.Г. Монахов и др.] // *Архив патологии.* – 2006. – Том 68, №1. – С. 40-42.
6. Оразбекова, Г.Н. Метастазы плоскоклеточной карциномы шейки матки в правый желудочек сердца / Г.Н. Оразбекова // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2014. – №6. – С. 73-74.
7. Поражение сердца при карциноидном синдроме / [Е.Д. Космачева и др.] // *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания.* – 2014. – Том 15, №2. – С. 54-59.
8. Labib, S.B. Obstruction of right ventricular outflow tract caused by intracavitary metastatic disease: Analysis of 14 cases / S.B. Labib, E.C. Schick, F.J.M. Isner // *JACC.* – 1992. – vol.19, №7. – P. 1664-1668.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СОСКОБОВ ЭНДОМЕТРИЯ И ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК ПРИ РАННИХ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ

С.Т. Осмоналиева, И.Ж. Сатылганов

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

Резюме: При ранних самопроизвольных абортах в сроки 9-12 недель беременности, у женщин, имеющих в анамнезе гинекологические заболевания, морфологические изменения в соскобах эндометрия и плодных оболочек характеризовались наличием воспалительных изменений. А также характерны: компактное расположение желез эндометрия; слабая васкуляризация ворсин хориона; наличие очагов некроза и кровоизлияний в эндометрии и децидуальной оболочке.

Ключевые слова: соскобы эндометрия, плодные оболочки, воспаление, аборт, морфология.

ӨЗ АЛДЫНЧА ЭРТЕ БОЙДОН ТҮШҮҮДӨГҮ ЭНДОМЕТРИЙДИН КЫРЫНДЫЛАРЫНЫН ЖАНА ТҮЙҮЛДҮКТҮН КАБЫКЧАЛАРЫНЫН МОРФОЛОГИЯЛЫК АНАЛИЗИ

С.Т. Осмоналиева, И.Ж. Сатылганов

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

Корутунду: Гинекологиялык инфекциялар менен ооруган аялдардын кош бойлуулуктун эрте 9-12 жумасында өз алдынча бойдон түшүүсүндө эндометрийдин кырындыларынын жана түйүлдүктүн кабыкчаларынын морфологиялык өзгөрүүлөрү болуп сезгенүүнүн пайда болушу, эндометрийдин бездеринин тыгыз жайланышы, хорион ворсиначаларынын кан тамырлануусун начарлашы эсептелет. Муну менен катар эндометрийде жана децидуалдык кабыкчада кан куюлуу жана некроз процесстери кездешет.

Негизги сөздөр: эндометрийдин кырындылары, түйүлдүктүн кабыкчалары, сезгенүү, бойдон түшүү, морфология.

MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF SCRAPINGS OF THE ENDOMETRIUM AND SHELLS OF FETUS IN EARLY SPONTANEOUS ABORTIONS

S.T. Osmonaliev, I.J. Satylganov

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: In early spontaneous abortion within the time 9-12 weeks in women with gynecological infections the main morphological changes in the scrapings of the endometrium and in shells of fetus are inflammation, compact arrangement of the endometrial glands, impaired vascularization of chorionic villi, hemorrhage and necrosis in endometrium and in decidua.

Key words: endometrium, scrapings, shells of fetus, inflammation, miscarriage, morphology.

Актуальность исследования. Самопроизвольные выкидыши, включающие все случаи спонтанного нарушения беременности, занимают особое место среди гинекологической патологии по своей медико-биологической значимости.

Частота преждевременного прерывания беременности колеблется в пределах от 10 до 30% всех беременностей [1, 3, 4, 12]. Более 85% спонтанных аборт происходит в ранние сроки беременности [2, 6, 9, 10]. Самопроизвольное прерывание беременности два и более раз подряд определяется как привычное невынашивание. Его частота в популяции составляет от 2 до 5% [3, 5, 7].

Актуальность проблемы самопроизвольных выкидышей также связана и с многочисленными негативными последствиями этой патологии для репродуктивного здоровья женщины.

Любое наблюдение спонтанного аборта может быть исходным проявлением тяжелых нарушений детородной функции, которые в дальнейшем могут найти отражение в повторных выкидышах, внематочных беременностях, вторичном бесплодии, в развитии воспалительных заболеваний матки и придатков, в перинатальной заболеваемости и смертности [5, 7, 8].

Многочисленный опыт практической работы свидетельствует о том, что в процессе клинической диагностики этиологии ранних самопроизволь-

ных выкидышей существенная роль принадлежит квалифицированному патоморфологическому исследованию элементов плодного пузыря и эндометрия, которые удаляются из полости матки самостоятельно или в ходе гинекологических манипуляций [3, 9, 11, 13].

Несмотря на многочисленные исследования в литературе, посвященных изучению самопроизвольных абортов, до сих пор многие морфологические аспекты этой проблемы остаются недостаточно изученными.

Это порождает необходимость определить четкие морфологические критерии изменений эндометрия при самопроизвольных абортах в разные сроки беременности.

Целью данного исследования явилось провести анализ морфологической картины соскобов эндометрия при ранних самопроизвольных абортах в сроки 9-12 недель беременности для улучшения гистологической диагностики данной патологии.

Материал и методы. Материалом для настоящего исследования послужили соскобы эндометрия с элементами фетоплацентарной ткани, полученные в 176 случаях самопроизвольных абортов в сроки 9-12 недель беременности, поступившие в гистологическую лабораторию Республиканского патологоанатомического бюро.

Для микроскопического исследования полученные соскобы фиксировались в 10% – нейтральном формалине, обезжировались и обезвоживались и заливались в парафин по общепринятой методике. Из парафиновых блоков готовили ступенчатые срезы толщиной 5 мкм. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, методом ОКГ (оранжевый, красный, голубой) для выявления дезорганизации соединительной ткани, для выявления степени развития склероза окрашивали пикрофуксиновой смесью по Ван-Гизон, для выявления нейтральных и кислых мукополисахаридов проводили ШИК-реакцию. При гистологическом исследовании изучали наличие и степень выраженности воспалительной реакции, выраженность ангиогенеза, наличие и выраженность склеротических, дистрофических, некротических и других изменений.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении соскобов эндометрия при самопроизвольных абортах в сроки 9-12 недель средний

возраст женщин составил 25,7 лет. Среди всех исследованных соскобов эндометрия нами выделены 80 случаев самопроизвольного аборта, где по данным анализа медицинской карты у больных имелась сопутствующая гинекологическая инфекционная патология в виде хронического эндометрита, хронического сальпингоофорита, хламидиоза, кольпита и аднексита.

При гистологическом исследовании в 70% случаев были обнаружены воспалительные изменения. Эти изменения были представлены в виде эндометрита (20,5%), децидуита (24,5%), виллузита (17,3%), смешанные воспалительные изменения (37,7%). Наиболее частым проявлением смешанной воспалительной патологии было сочетание эндометрита и децидуита, реже наблюдалось сочетание эндометрита и виллузита, либо тотальная воспалительная реакция.

Гистологически при окраске гематоксилином эозином изменения эндометрия характеризовались следующим образом: железы имели в основном овально-округлую форму, встречаются также железы с пилообразной формой.

Просвет желез пуст или содержит незначительное количество гомогенного секрета. Отмечается некоторое уменьшение количества желез эндометрия – 3-4 в одном поле зрения, которые расположены компактно. В 30% случаев отмечается частичное разрушение этих желез.

Отмечается уплощение эпителия этих желез в 40% случаях, с ядрами расположенными на одном уровне. В остальных случаях эпителий желез цилиндрический с неровным апикальным краем.

Гистологические изменения в строме эндометрия характеризовались наличием лейкоцитарной инфильтрации в 25% (рис. 1а), в 17% в сочетании отеком и с очагами некроза выраженные в разной степени. В 70% наблюдений определяются спиральные сосуды, которые в 86% полнокровны.

Изменения в ворсинах хориона в 60-70% случаях характеризовались их гиповаскуляризацией (наличием 1-2 сосудов). В 30% наблюдений отмечается отек стромы ворсин (рис. 1б), в 10% лейкоцитарная инфильтрация ворсин и в 20% случаев склероз стромы ворсин. В 50% наблюдений отмечается в кровоизлияния межворсинчатом пространстве выраженные в разной степени.

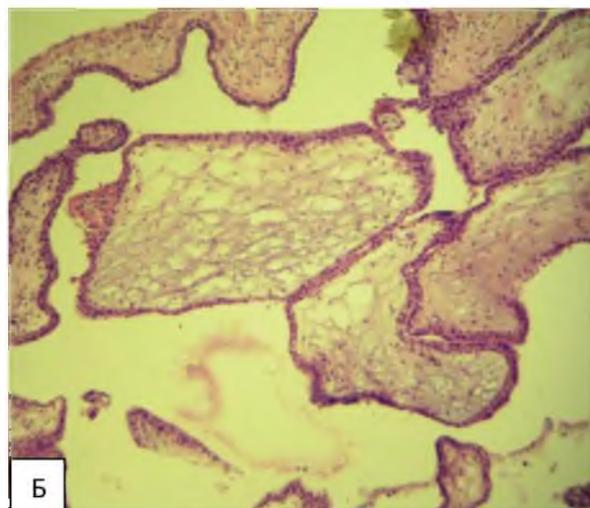
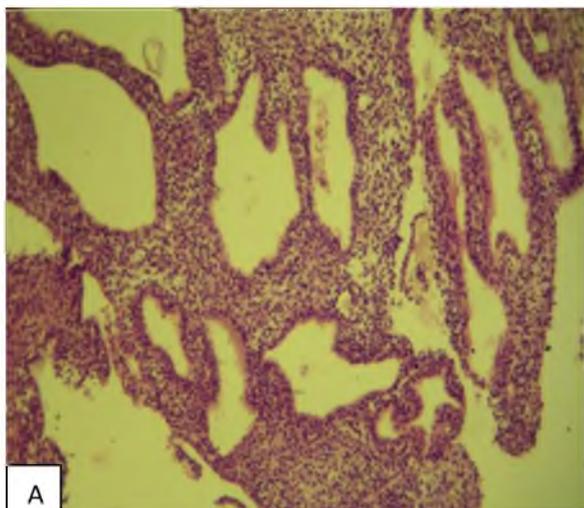


Рис. 1. А. Гнойный эндометрит. Окраска: гематоксилин и эозин, х – 200.
Б – Отек стромы незрелых ворсин. Окраска: гематоксилин и эозин, х – 300.

Процесс децидуализация стромы эндометрия хорошо выражена практически во всех наблюдениях. Децидуальная оболочка представлена крупными клетками со светлой цитоплазмой и крупным ядром. Патологические изменения в де-

цидуальной оболочке определяется в 65% наблюдений в виде очагов лейкоцитарной инфильтрации (рис. 2а), в 30% очагов некроза и в 20% очагов кровоизлияний (рис. 2б). В 60% наблюдений отмечается их сочетание.

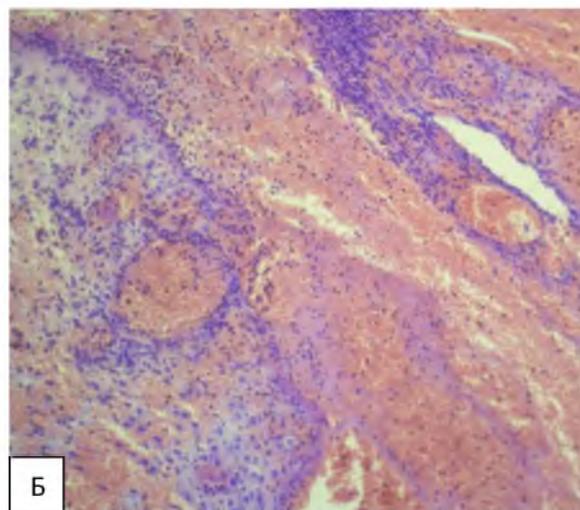
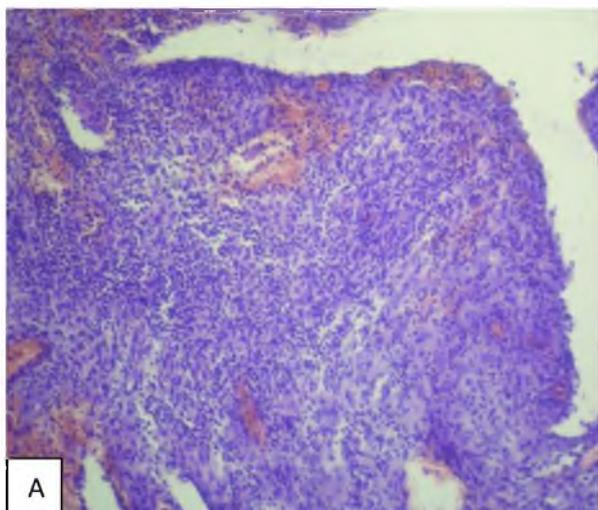


Рис. 2. А. Лейкоцитарный инфильтрат в децидуальной ткани; Окраска: гематоксилин и эозин, х 150;
Б. Кровоизлияния в децидуальной ткани; Окраска: гематоксилин и эозин, х 150.

При изучении содержания нейтральных мукополисахаридов с помощью ШИК-реакции было отмечено снижение их содержания в эпителии желез эндометрия.

Заключение. Таким образом, в результате данного исследования установлено, что при самопроизвольных абортах в сроки 9-12 недель беременности, у женщин, имеющих в анамнезе гинекологические воспалительные заболевания, морфологические изменения в соскобах эндометрия и плодных оболочек характеризовались наличием воспалительных изменений. А также харак-

терны: компактное расположение желез эндометрия; слабая васкуляризация ворсин хориона; наличие очагов некроза и кровоизлияний в эндометрии и децидуальной оболочке и их сочетание.

Литература

1. Айранетов Д.Ю. Этиологические факторы при выкидыше //Акушерство и гинекология. – 2011. – №8. – С. 102-106.
2. Глуховец, Б.И. Патогенетические основы гормональной гипотрофии эндометрия при ранних самопроизвольных выкидышах / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец, В.Н. Тарасов //Архив патологии. – 2002. – №5. – С.28-31.

3. Сидельникова В.М. Невынашивание беременности-современный взгляд на проблему/В.М. Синельникова//Акушерство и гинекология. - 2007. - №5. -С. 24-27.
4. Кошелева, Н.Г. Урогенитальная инфекция и невынашивание беременности / Н.Г. Кошелева, М.А. Башманова, Т.А. Плужникова // Гинекология. - 2005. - №4. - С. 34-40.
5. Репина, М.А. Самопроизвольный аборт и его профилактика. В помощь практическому врачу / М.А. Репина. // Журнал акушерства и женских болезней. - 2005. - №2. - С. 62-67.
6. Тютюнник, В.Л. Морфофункциональное состояние системы мать-плацента-плод при плацентарной недостаточности и инфекции /В.Л. Тютюнник, В.А. Бурлев, З.С. Зайдиева // Акушерство и гинекология. - 2003. - №6. - С. 11-16.
7. Милованов, А.П. Молекулярные механизмы регуляции цитотро-фобластической инвазии в маточно-плацентарной области / А.П. Милованов, А.К. Курченко//Архив патологии. - 2001. - №3. - С. 3-13.
8. Balsells, M Systematic review and meta-analysis on the association of prepregnancy underweight and miscarriage / M Balsells, A. Garcia-Patterson, R. Corcoy // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. -2016. - P. 207-213.
9. Fantel, A.G. Morphological analysis of spontaneous abortuses / A.G. Fantel, T.H. Shepard /In: Spontaneous and recurrent abortion, Bennett MJ Edmonds DK (Ed), //Blackwell Scientific Publications, Oxford, -1987. - P. 8.
10. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study / [X. Wang, C. Chen, L. Wang et al.] // French J Fertil Steril. - 2003. - Vol. 79(3). - P. 577.
11. Kaufmann, P. Morphologische und zellbiologische Grundlagen dersog. Plazentainsuffizienz /P.Kaufmann, S. Kertschanska, H.-G. Frank // Z.Reproduktionsmedizin. - 2000. - Vol. 16. - P. 405-410.
12. Wolf, C.E. Thrombotic disorders in women with recurrent spontaneous abortions or unexplained infertility / [C.E. Wolf, T.J. Legler, W. Engel et al.] //Annalsof Hematol. - 2000. - Vol. 79. - P. 202-217.
13. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population / [P.R. Wyatt, T. Owolabi, C. Meier et al.]//Am J Obstet. Gynecol. - 2005. - Vol. 192(1). - P. 240.

ЕВРОПЕЙСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИКИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И САХАРНОГО ДИАБЕТА – EUROASPIRE V (EUROPEAN ACTION ON SECONDARY AND PRIMERY PREVENTION BY INTERVANTION TO REDUCE EVENTS) В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ: ОБОСНОВАНИЕ И ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

С.С. Абилова¹, М.С. Турсунбаев², К.К. Байгазиева³, У.М. Турдумаматов¹, У.А. Закиров¹, А.А. Асанбаев¹, Г.М. Баитова⁴, Э.М. Миррахимов¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева (ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

² Медицинский Центр Ош-Кардио им. Алиева Мамата (исп. дир. – к.м.н., доцент М.С. Турсунбаев) г. Ош, Кыргызская Республика

³ Ошская городская клиническая больница (главный врач – С. Абдурахманов) г. Ош, Кыргызская Республика

⁴ Клиническая больница, Управление делами Президента и Правительства КР (директор – д.м.н. Баитова Г.М.), г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования является выявление факторов риска у пациентов с ССЗ и лиц с высоким риском развития ССЗ, будет описано ведение таких рисков посредством изменения образа жизни и использования лекарственных средств, с проведением объективизированной оценки клинического внедрения научных подходов, отраженных в текущих Европейских рекомендациях. Материал и методы: будут обследованы 400 коронарных пациентов на госпитальном этапе и 200 пациентов с высоким риском ССЗ на амбулаторном этапе от 18 до 80 лет. Результаты исследования дадут возможность провести анализ текущей ситуации в области профилактики ССЗ в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, профилактика, факторы риска.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖУРОК-КАН ТАМЫР ООРУЛАРЫН ЖАНА КАНТ ДИАБЕТ ОРУЛАРЫН АЛДЫН АЛУУ БОЮНЧА ЕВРОПАЛЫК ИЗИЛДОО – EUROASPIRE V (EUROPEAN ACTION ON SECONDARY AND PRIMERY PREVENTION BY INTERVANTION TO REDUCE EVENTS): ИЗИЛДООНУН НЕГИЗДЕМЕСИ ЖАНА ДИЗАЙНЫ

С.С. Абилова¹, М.С. Турсунбаев², К.К. Байгазиева³, У.М. Турдумаматов¹, У.А. Закиров¹, А.А. Асанбаев¹, Г.М. Баитова⁴, Э.М. Миррахимов¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы (ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

² Мамат Алиев атындагы Ош-Кардио медициналык борбору. (аткаруучу мүдүрү – м.и.к., доцент М.С. Турсунбаев), Ош ш., Кыргыз Республикасы

³ Ош шаардык клиникалык ооруканасы (башкы дарыгер – С. Абдурахманов), Ош ш., Кыргыз Республикасы

⁴ КРнын Президентинин жана Өкмөтүнүн иш башкармасы, клиникалык ооруканасы (мүдүрү – м.и.д. Баитова Г.М.), Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты болуп ЖКТОлары катталган бейтаптарда жана ЖКТОларынын оору коркунучу жогору болгон бейтаптарда коркунуч факторлорун аныктоо болуп саналат. Мындай коркунучтардын жашоо образдарынын өзгөрүшүнөн, дары каражаттарын колдонуудан. Европалык сунуштамаларда чагылдырылган илимий ыкмаларды клиникада колдонууну объективдүү балоо жүгүзүү менен сүрөттөлөт. Материалдар жана ыкмалар: ЖКТОнын 18ден 80 жашка чейинки 400 кононардык бейтап госпиталдык этапта жана жогорку коркунучу бар 200 бейтап амбулатордук этапта изилдөгө алынат. Изилдөөнү жыйынтыктап Кыргыз Республикасында ЖКТОну алдын алуу багытындагы учурдагы кырдаалды талдоо жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк берет.

Негизги сөздөр: жүрөк-кан тамыр орулары, алдын алуу, коркунуч факторлору.

EUROPEAN RESEARCH OF PREVENTION OF CARDIOVASCULAR DISEASES AND DIABETES – EVROASPIRE V (EUROPEAN ACTIONS FOR PREVENTION OF SECONDARY AND PRESERVATION ON THE MEASURE TO REDUCE EVENTS) IN THE KYRGYZ REPUBLIC: JUSTIFICATION AND DESIGN OF RESEARCH

S.S. Abilova¹, M.S. Tursunbaev², K.K. Baigazieva³, U.M. Toktomamatov¹, U.A. Zakirov¹, A.A. Asanbaev¹, G.M. Baitova⁴, E.M. Mirrakhimov¹

¹ Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev (Rector – d.m.s., professor Kudaibergenova I.O.), Bishkek, the Kyrgyz Republic.

² Osh-Cardio Medical Center named after Aliyev Mamat (Executive Director, associate professor M.S. Turgunbaev), Osh, the Kyrgyz Republic.

³ Osh City Clinical Hospital (head of hospital S. Abdurakhmanov), Osh, the Kyrgyz Republic.

⁴ Clinical Hospital, Administration of president and Government (director professor Baitova G.M.) Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary. The aim of the study is to identify risk factors in patients with CVD and people with high risk of CVD. There will be described the management such risks through lifestyle changes and use of medicine, with an objective assessment of the clinical implementation of scientific approaches reflected in the current European Recommendations. Material and methods: 400 coronary patients will be surveyed at the hospital stage and 200 patients with high CVD risk at the outpatient stage from 18 to 80 years. The result of the study will provide an opportunity to analyze the current situation in the prevention of CVD in the Kyrgyz Republic.

Key words: cardiovascular diseases, prevention, risk factors.

Введение.

Рост сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и смертность от них вызывает обеспокоенность врачей всего мира. Ежегодно от ССЗ умирает 17 млн. человек во всем мире. Сердечно-сосудистые заболевания являются глобальной проблемой не только конкретного человека, но и государства в целом, т.к. смертность лиц трудоспособного возраста наносит огромный экономический ущерб государству [1]. Так, в Кыргызстане, по оценкам Всемирной организации здравоохранения, в 2015 года на неинфекционные заболевания (НИЗ), в которые входят и ССЗ, Правительство израсходовало 3,7 млрд. сомов [2, 3]. Потери для экономики, связанные со снижением производительности труда, почти в 4 раза превышают объемы этих ассигнований и составляют 14,6 млрд. сомов. В целом текущие экономические последствия для экономики Кыргызстана, связанные с НИЗ, составляют 17,1 млрд. сомов в год, что эквивалентно 3,9% годового ВВП страны [2, 3]. Во многих странах мира проводятся эпидемиологические исследования по изучению факторов риска ССЗ и мерам профилактики. Одним из таких исследований, проводимых под эгидой Европейского общества кардиологов, является исследование EUROASPIRE (EA) (European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events). Впервые данное исследование

стартовало в 1995-1996 гг., с участием 9 европейских стран, в 1999-2000 годах было второе исследование, где уже участвовало 15 стран, в 2006-2008 гг. – третье исследование, участвовало еще больше стран – 22, четвертое – в 2012-2014 года, с участием 26 стран.

Результаты всех четырех исследований показали высокую распространенность модифицируемых факторов риска ССЗ, низкую приверженность здоровому образу жизни, и слабое внедрение существующих рекомендаций по профилактике ССЗ в клиническую практику, что проявлялось в неадекватном назначении врачами лекарственных средств (дозы, комбинации) для достижения целевых уровней артериального давления (АД) и липидов крови.

В настоящее время идет обследование EAV, которое началось в 2016 году и продлится до 2018 года. Впервые в данном исследовании принимает участие и Кыргызстан. В пятый обзор будет включена оценка дисгликемии и функции почек у всех пациентов. Как и в предыдущих исследованиях EUROASPIRE, данный обзор состоит из двух этапов: стационарный - набор пациентов с ССЗ, с и без сахарного диабета (СД), амбулаторный – практически здоровые люди, имеющие высокий риск развития ССЗ, включая лиц с СД.

Задачи исследования.

1. Выявить степень соблюдения врачами Европейских рекомендаций по профилактике ССЗ у пациентов с установленным ССЗ (ССЗ = острый инфаркт миокарда (ОИМ) и острая ишемия (нестабильная стенокардия) и пациентов после реваскуляризации чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) или аортокоронарного шунтирования (АКШ)), и у лиц с высоким риском развития ССЗ.
2. Определить в EUROASPIRE улучшилась ли практика профилактики у пациентов с установленным ССЗ по сравнению с госпитальными центрами, участвовавшими в EUROASPIRE I, II, III и IV, и улучшилась ли практика профилактики у пациентов первичного звена здравоохранения с высоким риском развития ССЗ, по сравнению с центрами, участвовавшими в EUROASPIRE II и III.
3. Сравнить диагностические и терапевтические стратегии у пациентов с установленным ССЗ и лиц с высоким риском развития ССЗ, с упором на метаболизм глюкозы (гликемия натощак, нарушенная переносимость глюкозы и диабет) для установления соблюдения Европейских рекомендаций по профилактике диабета, преддиабета и ССЗ.
4. Сравнить диагностические и терапевтические стратегии у пациентов с установленным ССЗ и у лиц с высоким риском развития ССЗ с наличием хронических заболеваний почек (ХЗП).
5. Сравнить диагностические и терапевтические стратегии у пациентов с установленным ССЗ и у лиц с высоким риском развития ССЗ с наличием фибрилляции предсердий.
6. Проспективное наблюдение за пациентами проекта EUROASPIRE V на общую и нозологическую смертность и заболеваемость для определения влияния факторов риска ССЗ и их ведения.
7. Определить стратегии для усовершенствования профилактического ухода на основании результатов обзоров EUROASPIRE на госпитальном и первичном уровнях здравоохранения, и разработать рекомендации для Европейской Ассоциации кардиоваскулярной профилактики и реабилитации.

Дизайн и методы исследования.

Регистр Европейского кардиологического общества EUROASPIRE V представляет собой международное многоцентровое, наблюдательное, кросс-секционное исследование пациентов,

получающих помощь на госпитальном и первичном уровнях здравоохранения в Европейских странах.

Исследуемая популяция представляет собой пациентов с ССЗ (госпитальное звено) и лиц с высоким риском развития ССЗ (первичное звено).

В каждой стране будут отобраны две больницы, количество организаций здравоохранения первичного звена будет определяться в зависимости от размеров страны. Касаемо Кыргызской Республики, отобрано 4 центра семейной медицины, из них 2 – на юге и 2 – на севере страны.

Набор больных будет проводиться последовательно обученными исследователями-помощниками и заключаться в выявлении подходящих пациентов (см. критерии включения и исключения) на основании историй болезней на госпитальном или первичном уровнях здравоохранения. Интервьюирование и обследование будет проводить в сроки от 6 месяцев до 2 лет после рекрутингового события, с использованием стандартизированных методов и инструментов.

В **госпитальном звене** случаи будут выявляться на основании записей по госпитализации, хирургических регистров больницы, базы данных выписанных больных или других источников. В **первичном звене** случаи будут выявляться на основании историй болезней амбулаторных больных. Каждый центр должен разработать процедуру приглашения пациентов, чтобы обеспечить участие в интервьюировании по меньшей мере 60% выбранных лиц. Пациенты, с которыми не удастся связаться по какой-либо причине, будут исключены из знаменателя для расчета уровня ответа на интервьюирование.

Через один год все интервьюированные в EUROASPIRE V пациенты с ССЗ и лица с высоким риском ССЗ будут отслежены на предмет общей и специфической смертности и госпитализаций.

Назначение лекарств и показания для проведения диагностических/терапевтических процедур будут полностью оставлены на усмотрение лечащих кардиологов или врачей общей практики.

Во время данного наблюдательного исследования не предусмотрены какие-либо специфические протоколы или рекомендации по оценке, ведению и/или лечению.

Критерии включения.

- Пациенты, подписавшие информированное согласие.
- Пациенты в возрасте от 18 до 80 лет на момент выявления.

- От индекс-события (ниже приведены диагностические или лечебные критерии для рекрутинга) прошло по меньшей мере шесть и не более 24 месяцев от даты интервьюирования.

Пациенты, отвечающие следующим диагностическим или лечебным критериям для рекрутирования:

– Коронарные пациенты: острые коронарные события (острый инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, нестабильная стенокардия) или процедура, связанная с хроническим ССЗ (то есть, АКШ, ЧКВ)

– Пациенты с высоким риском развития ССЗ: пациенты без диагностированного ССЗ, которым назначено одно или более из нижеследующих лечений: от гипертензии и/или для снижения уровня липидов и/или для снижения уровня глюкозы (диета и/или пероральные гипогликемические средства).

Критерии исключения.

Пациенты, живущие за пределами установленных географических регионов.

Пациенты, поступившие в госпиталь, из-за пределов установленного географического региона, или, находящиеся под наблюдением кардиологов в госпиталях, не участвующих в EUROASPIRE V.

Больным будут проводиться анкетирование, измерение АД, окружности талии, роста и веса, спирометрия, уровень углекислого газа в выдыхаемом воздухе.

Лабораторные исследования будут проводиться как на местах (уровень гликемии натощак, оральный глюкозотолерантный тест, соотношение альбумина к креатинину в моче), так и в Центральной лаборатории в Финляндии, Хельсенки (уровень гликозилированного гемоглобина, липидный спектр).

Ведение данных.

Управление данными будет проводиться в департаменте EURObservational Research Programme и Heart House. Все данные будут вводиться в электронном виде в онлайн-системе. Все данные будут записываться по странам. Национальные данные будут представляться каждому национальному координатору после публикации основных Европейских результатов.

Статистическая обработка будет проводиться в статистическом центре в Бельгии. В анализ будут включены все пациенты, отобранные для исследования.

Этические вопросы.

Национальные координаторы совместно с местными исследователями несут ответственность за получение одобрения местных и/или национальных этических комитетов.

Все пациенты будут подписывать информированное согласие на участие в данном регистре.

Структура.

В настоящем исследовании участвуют 27 стран: Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Великобритания, Египет, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Испания, Кыргызская Республика, Казахстан, Латвия, Литва, Нидерланды, Польша, Португалия, Румыния, Россия, Сербия, Словения, Турция, Украина, Финляндия, Хорватия, Чешская Республика, Швеция.

Проект координирует Имперский колледж Лондона в лице профессоров Komelia Kotseva и David Wood, исполнительный комитет: профессор Guy de Backer (Бельгия), центр диабета – Lars Ryden (Швеция), совет по первичной медицинской помощи Ato W. Hoes (Нидерланды), статистический центр – профессор Dirk de Bacquer (Бельгия).

Работу в каждой стране координируют национальные координаторы. Национальным координатором от Кыргызстана является профессор Миррахимов Эркин Мирсаидович.

Обсуждение.

Исследование EUROASPIRE позволяет четко оценить разрыв между рекомендациями и реальной клинической практикой, а также различия в эффективности рекомендаций в условиях разных систем здравоохранения, что является важным ориентиром для дальнейшей коррекции рекомендаций в последующих обновлениях. Кроме того, по результатам этих исследований был сделан четкий вывод о высокой приоритетности модификации образа жизни, коррекции факторов риска и адекватной фармакотерапии в профилактике кардиоваскулярной патологии.

Результаты исследований EUROASPIRE I и II показали, что меры по управлению факторами риска, которые были разработаны в соответствии с европейскими рекомендациями по профилактике сердечно-сосудистой патологии, недостаточно эффективны в достижении целей превентивной кардиологии [4].

Результаты исследования EUROASPIRE III и EUROASPIRE IV также демонстрирует отсутствие улучшения в контроле модифицируемых факторов риска [5, 6]. Так, распространенность избыточного веса или ожирения, физической активности, курения была аналогичной в EUROASPIRE III и IV. Также отмечалась неэффективная коррекция артериальной гипертензии, так у пациентов с известной ранее артериальной гипертензией АД было на уровне или ниже рекомендуемого уровня в 28% случаев в

EUROASPIRE III и 35% в EUROASPIRE IV. Отсутствовало достижение целевого уровня липопротеидов низкой плотности. Среди участников, принимавших гиполипидемические препараты, достигли целевых уровней 28% и 37% участников EUROASPIRE III и IV. Среди участников исследования без диагностированного ранее сахарного диабета уровень глюкозы натощак был ≥ 7 ммоль / л в 12% и 18% в EUROASPIRE III и IV. В очередной раз результаты EUROASPIRE III и IV ясно демонстрируют, что контроль модифицируемых факторов риска у людей с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний остается на низком уровне.

Таким образом, все предыдущие исследования ЕА показали высокую распространенность факторов риска среди жителей Европы и отсутствие должного внедрения Руководств Европейского общества кардиологов по профилактике ССЗ. Участие нашей Республики в таком крупном исследовании, как EAV, даст возможность реальной оценки ситуации по первичной и вторичной профилактике ССЗ в Кыргызстане, для дальнейшего улучшения внедрения превентивных мер в клиническую практику.

Литература.

1. *The global economic burden of non-communicable diseases*, Geneva: World Economic Forum (2011) [D.E. Bloom, E.T. Cafiero, E. Janè-Llopis et al.] // Режим доступа: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js18806en/>
2. *Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними в Кыргызстане: Аргументы в пользу инвестирования* Режим доступа: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0007/349684/BizzCase-KGZ-Ru-web.pdf
3. *Joint Mission of the United Nations Interagency Task Force on the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Kyrgyzstan, 14–17 March 2016*. Geneva: World Health Organization – [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.who.int/ncds/un-task-force/en/>
4. EUROASPIRE Study Group. *Clinical reality of coronary prevention guidelines: a comparison of EUROASPIRE I and II in nine countries* [Текст] // *Lancet*. – 2001. – V. 357. – С. 995-1001.
5. Kotseva, K. *EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from twenty two European countries*. EUROASPIRE Study Group / K. Kotseva, D. Wood, De Backer G. // *Euro J Cardiovasc Prev Rehabilitation*. - 2009. - №16. - P. 121-37.
6. *EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factors and therapeutic management of coronary patients from twenty four European countries* // [K. Kotseva, D. Wood, De Backer G. et al.] // *Eur J Prev Cardiology*. - 2015 as 10. 1177/2047487315569401.

**ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО КОМПЛЕКСНОМУ ВЫЯВЛЕНИЮ
НЕКОНВЕНЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА
У ПАЦИЕНТОВ С КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

Ю.В. Залеская¹, А.С. Джумагулова¹, Р.Б. Кыдыралиева¹, Н. Халжигитова², Алайбек к. Г.²

¹ Национальный центр кардиологии и терапии
(ректор – д.м.н., проф. Джумагулова А.С.),

² Кыргызско-Российский Славянский Университет
(ректор – д.м.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено комплексное выявление неконвенционных факторов риска (НФР) у пациентов с коронарной болезнью сердца (КБС). Обследовано 54 пациента с КБС, стабильной стенокардией напряжения, находящихся на стационарном лечении в отделении коронарной болезни сердца Национального центра кардиологии и терапии. Впервые в Кыргызстане апробирован список вопросов клинического интервью Европейского общества кардиологов (ЕОК), анкета DS-14. Для определения уровня психологических факторов риска (тревога, депрессия) использованы шкалы тревоги и депрессии Гамильтона. Проводилась оценка социально-экономического статуса, учитывались традиционные факторы риска. Наиболее часто встречающимися НФР явились низкий уровень доходов (68,5%), враждебность (44,4%) и тип личности Д (40,7%). Список вопросов клинического интервью ЕОК, опросник DS-14, шкалы Гамильтона рекомендуется использовать кардиологам, терапевтам при опросе пациентов с КБС с целью своевременного выявления и коррекции НФР.

Ключевые слова: коронарная болезнь сердца, неконвенционные факторы риска

**КОРОНАРДЫК ЖҮРӨК ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН
КОНВЕНЦИОНДУК ЭМЕС ТОБОКЕЛЧИ ФАКТОРЛОРУН ТАБУУ БОЮНЧА
ЖЫЙНАКТАЛГАН ПИЛОТТУК ИЗИЛДОО**

Ю.В. Залеская¹, А.С. Джумагулова¹, Р.Б. Кыдыралиева¹, Н. Халжигитова², Алайбек к. Г.²

¹ Улуттук кардиология жана терапия борбору
(директору – д.м.и., проф. Джумагулова А.С.),

² Кыргыз-Орус Славян университети
(ректору – д.м.и., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Коронардык жүрөк оорусу (КЖО) менен ооруган бейтаптарга конвенциондук эмес тобокелчи факторлорун (КЭТФ) комплекстүү аныктоо өткөрүлдү. Улуттук Кардиология жана терапия борборунун, КЖО бөлүмүндөгү; КЖО, туруктуу чыңалуу стенокардия менен стационардык даарылануудагы 54 бейтап текшерилди. Европалык кардиологдор коомунун DS-14 анкетасын дагы клиникалык суроолордун сурамжылоо тизмеси Кыргызстанда биринчи жолу колдонулду. Анда психологиялык тобокелдик факторлорунун (тынчсыздануу, депрессия) деңгээли аныкталды. Ошондой эле социалдык-экономикалык статусун баалоо өткөрүлдү. Эң көп кездешкен КЭТФ болуп, киреше деңгээлинин төмөндүгү (68,5 %), касташуу (44,4%), инсандын D-тиби (40,7%) аныкталды. КЭТФны өз убагында аныктоо максатында Европалык кардиологдор коомунун клиникалык суроолор сурамжылоо тизмеси, DS-14 анкета, Гамильтон шкаласын колдонуу КЖОну өз убагында аныктоо жана жөнгө келтирүү үчүн кардиологдорго, терапевттерге сунушталат.

Негизги сөздөр: коронардык жүрөк оорусу, конвенциондук эмес тобокелчи факторлору.

PYLOT INVESTIGATION ON NONCONVENTIONAL RISK FACTORS DETECTION
IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Iu.V. Zalesskaya¹, A.S. Djumagulova¹, R.B. Kydyralieva¹, N. Haldjigitova², Alaibek k. G.²

¹ National Center of Cardiology and Internal Diseases

(director – d.m.s, prof. Djumagulova A.S.),

² Kyrgyz-Russian Slavic University

(rector – d.t.s., prof. Nifadiev V.I.),

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Complex detection of nonconventional risk factors (NRF) is carried out in patients with coronary heart disease (НФР). There were investigated 54 patients with CHD, stable angina pectoris entered to the Coronary heart Disease and Atherosclerosis Department of the National Center of Cardiology and Therapy. Core questions for clinical interview of the European Society of Cardiologists (ESC), Questionnaire DS-14 were approved In Kyrgyzstan for the first time. The Hamilton Depression and Anxiety Scales were used for evaluation of the depression and anxiety levels. Evaluation of the socio-economic status was carrying out, traditional risk factors were considering. The most prevalent NRF were low income level (68.5%), hostility (44.4%) and type D personality (40.7%). Core question for clinical interview ESC, questionnaire DS-14, Hamilton scales are recommended to cardiologists and therapists for timely NRF detection and correction.

Keywords: coronary heart disease, nonconventional risk factors.

Введение

В Кыргызской Республике сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущее место (50,5%) в структуре общей смертности населения, при этом за последнее десятилетие отмечается тенденция роста смертности в среднем на 4,3% [1]. К настоящему времени накоплено достаточное количество данных о влиянии традиционных (конвенционных) факторов риска на смертность от коронарной болезни сердца (КБС) [2-6]. При этом конвенционными факторами риска можно объяснить только лишь 50% всех случаев развития КБС. В современной литературе все больше рассматривается вопрос о роли неконвенционных (психосоциальных) факторов риска (НФР) в развитии и прогрессировании КБС, что является особенно актуальным в период социально-экономической и политической нестабильности во многих странах мира [7, 8, 9, 10].

В Европейских рекомендациях по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (2012) выделены следующие неконвенционные факторы: низкий социально-экономический статус, социальная изоляция и низкий уровень социальной поддержки, стресс на работе и в семейной жизни, депрессия, тревога, враждебность, тип личности Д. Указанные факторы увеличивают риск развития острых коронарных событий, ухудшают качество жизни и податливость к лечебно-профилактическим вмешательствам у лиц с КБС. Данные факторы могут группироваться в кластеры у одного и того же пациента, утяжеляя течение и прогноз заболевания [11].

Целью работы явилось проведение комплексного выявления неконвенционных факторов риска у пациентов с КБС с применением списка вопросов для клинического интервью, рекомендованных Европейским обществом кардиологов (2012).

Материал и методы

Обследовано 54 больных с КБС, стенокардией напряжения ФК 3, находившихся на стационарном лечении в отделении Коронарной болезни сердца и атеросклероза Национального центра кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова. Диагноз КБС устанавливался при наличии положительного опросника Роузе, документированной ишемии миокарда или перенесенного острого инфаркта в анамнезе. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Критериями исключения из исследования являлись: возраст 80 лет и старше, острый коронарный синдром, патология щитовидной железы (гипер- или гипофункция), хроническая болезнь почек V ст., хроническая обструктивная болезнь легких, бронхиальная астма, онкологические заболевания, дисциркуляторная энцефалопатия 2-3 степени, психические заболевания в анамнезе, прием снотворных, антидепрессантов в течение последних 6 месяцев.

Исследование проводилось в 2 этапа.

На 1 этапе исследования был проведен опрос пациентов в виде клинического интервью с регистрацией паспортных данных, конвенционных (традиционных) и неконвенционных факторов риска, а также клинического диагноза. В качестве регистрационной формы для предварительной

оценки неконвенционных факторов риска впервые в Кыргызстане применен перечень из 15 вопросов, рекомендованный Европейским обществом кардиологов (2012), который был переведен на русский язык. На каждый вопрос предусматривалось два варианта ответов (да, нет) [11]. Время расспроса с помощью данной регистрационной формы в среднем занимало 5 минут. Пациенты не испытывали затруднений в понимании и ответах на вопросы.

Оценка социально-экономического статуса проводилась по критериям Национального статистического комитета за 2013 год. Уровень образования регистрировался как низкий (неполное среднее, среднее образование), средний (средне-специальное, незаконченное высшее образование), высокий (высшее образование). Уровень доходов расценивался как очень низкий (менее

4600 сомов в месяц), низкий (4600-10720 сомов), средний (10720-21558), высокий (более 21558)

На втором этапе исследования проводилась оценка уровней выявленных психологических факторов риска (тип личности Д, тревога, депрессия). В случае предварительного выявления типа личности Д дальнейший опрос проводился с использованием опросника DS-14 [12], уровень тревоги и депрессии определялся с помощью шкал Гамильтона.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы приложения Microsoft-Statistica 6,0.

Обследовано 54 пациента с коронарной болезнью сердца, стабильной стенокардией напряжения, из них 36 мужчин и 18 женщин, средний возраст составил $59,5 \pm 5,6$ лет (табл.).

Таблица

Характеристика пациентов

Показатели	п, число случаев
Средний возраст, лет	$59,5 \pm 5,6$
Мужчины	36
Женщины	18
Пенсионеры	13
Инвалиды 2 группы	12
Работающие	22
Неработающие	7

Результаты и их обсуждение.

На 1 этапе в ходе клинического интервью по предварительной оценке неконвенционных факторов риска низкий уровень образования был выявлен у 25,9% больных, низкий уровень дохода –

у 68,5%, стресс в семейной жизни у 1,8%, у 7,4% была выявлена депрессия, у 18,5% – тревога, у 44,4% – враждебность, у 40,7% – тип личности Д (Рис. 1).

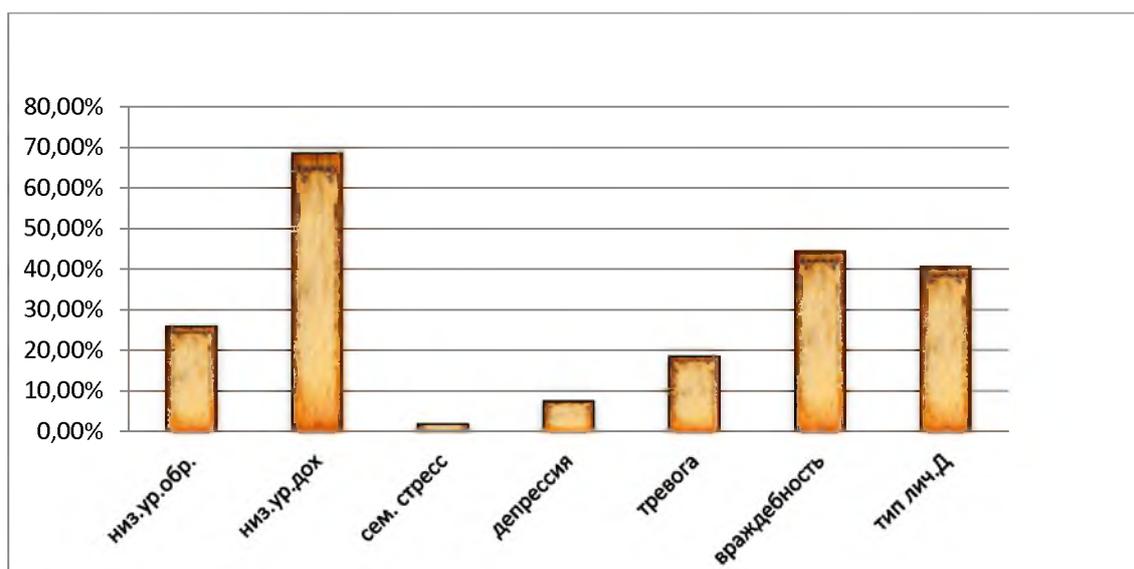


Рис. 1. Частота встречаемости неконвенционных факторов риска у лиц с КБС.

На втором этапе у лиц с выявленным типом личности Д была применена анкета DS-14. Тип личности Д подтвердился в 97% случаев. У лиц с тревогой проводился опрос по шкале тревоги Гамильтона, тревога подтвердилась у 97% пациентов. У лиц с депрессией проводился опрос по

шкале депрессии Гамильтона, депрессия подтвердилась у 98% пациентов.

По уровню тревоги и депрессии пациенты распределились следующим образом: у 12,9% выявлена тревога средней тяжести, у 5,5% – тяжелая тревога, депрессия средней тяжести выявлена в 3,7% случаев (Рис. 2).

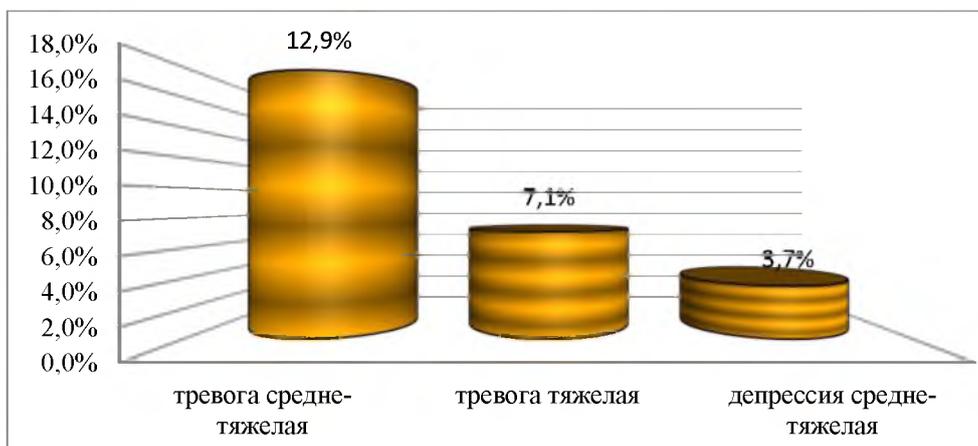


Рис. 2. Шкалы тревоги и депрессии Гамильтона.

Нами выявлены кластеры или сочетание нескольких психологических факторов риска у пациентов, так, наибольший процент встречаемости отмечен при сочетании типа личности Д и

враждебности (14,2%), наименьший – при сочетании тревоги и депрессии (2,8%) (Рис. 3).

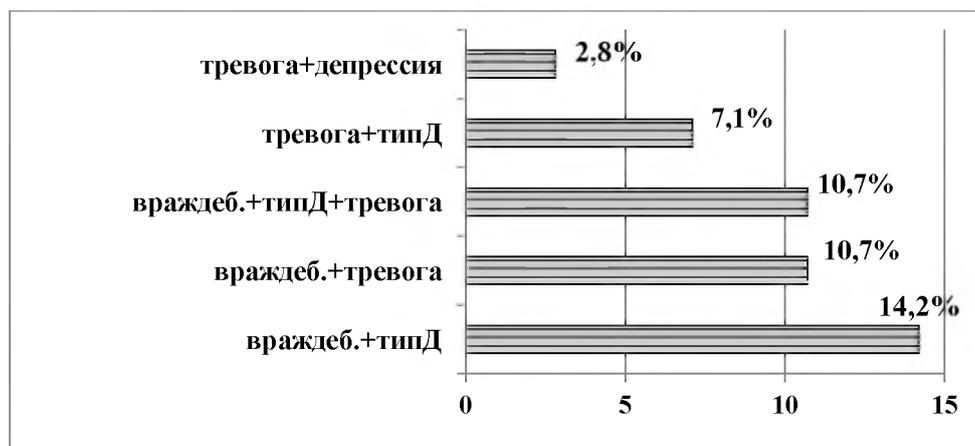


Рис. 3. Кластеры психологических факторов риска.

В Кыргызской Республике впервые проведено пилотное исследование, в котором врачом-кардиологом проведен опрос пациентов с КБС по анкетам ЕОК, DS-14 с целью выявления НФР. Используемые опросники явились удобными инструментами, позволяющим своевременно выявлять данные факторы и соответственно, проводить необходимую лечебно-профилактическую коррекцию.

Следует отметить, что большинство пациентов при наличии симптомов психологического ха-

рактера самостоятельно не обращаются к психотерапевту из-за боязни стигматизации, а также из-за недостаточной информированности о негативном влиянии психосоциальных факторов на здоровье. Поэтому важным является разработка алгоритмов идентификации неконвенционных факторов риска врачами-кардиологами, терапевтами с использованием междисциплинарного подхода к данной проблеме с учетом коморбидных состояний [13].

Выводы:

1. Список вопросов, рекомендованный Европейским обществом кардиологов (2012) для клинического интервью, является удобным инструментом для предварительного комплексного выявления неконвенционных факторов риска, позволяет экономить время и использовать его в работе кардиолога или терапевта при опросе пациентов с КБС.
2. При выявлении психологических факторов риска (тревога, депрессия, тип личности Д) для определения их уровня рекомендуется применение специальных опросников (DS-14, шкалы Гамильтона) и, при необходимости, дальнейшее направление пациента на консультацию к психотерапевту.
3. Наличие кластеров психологических факторов следует учитывать в стратегии лечебно-профилактических вмешательств у пациентов с КБС.

Литература

1. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2013 году // Бюллетень Республиканского медико-информационного центра. - Бишкек, 2014. - С. 2-5.*
2. *Long term risk factors for coronary heart disease and stroke: influence of duration of follow-up over four decades of mortality surveillance / [Batty G.D. et al.] // Eur J Prev Cardiol. - 2015. - V 22. - №9 (22). - P. 1139-45.*
3. *Holme, I. Association of coronary heart disease mortality with risk factors according to length of follow-up and serum cholesterol level in men: the Oslo Study cohort / I. Holme, S. Tonstad // Eur J Prev Cardiol. - 2013. - №20 (1). - P. 168-75.*
4. *Association between body mass index and cardiovascular disease mortality in east Asians and south Asians: pooled analysis of prospective data from the Asia Cohort Consortium / [Chen Y. et al.] // Behav Med J. - 2013. - №347 (1). - P. 5446.*
5. *Mediation analysis of the relationship between sex, cardiovascular risk factors and mortality from coronary heart disease: Findings from the population-based VHM&PP cohort / [Fritz J. et al.] // Atherosclerosis. - 2015. - №243 (1). - P. 86-92.*
6. *Vishram, J.K. Prognostic interactions between cardiovascular risk factors / J.K. Vishram // Dan Med J. - 2014. - №6 (7). - P. 4892.*
7. *Роль психосоциальных факторов риска возникновения и прогрессирования ишемической болезни сердца / [Шаробаро В.И. и др.] // Клиническая медицина. - 2011. - №6. - С. 22-25.*
8. *Psychosocial risk factors for coronary heart disease / [Glozier N. et al.] // Med J Aust. - 2013. - №5 (199). - P. 179-80.*
9. *The role of medical and psychosocial factors for unfavourable coronary risk factor control / [Munkhaugen J. et al.] // Scand Cardiovasc J. - 2016. - №50 (1). - P. 1-8.*
10. *Albus, C. Psychological and social factors in coronary heart disease / C. Albus // Ann Med. - 2010. - №42 (7). - P. 487-94.*
11. *European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). The Fifth joint task force of the European society of cardiology and Other Societies on Cardiovascular risk Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) / [Perk J. et al.] // European Heart Journal. - 2012. - №33. - P. 1635-1701.*
12. *Denollet, J. DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality / J. Denollet // Psychosom Med. - 2005. - №67. - P. 89-97.*
13. *Соложенкин, В.В. Избранные лекции по психиатрии для врачей-кардиологов / В.В. Соложенкин. - Издательство КРСУ. - Бишкек, 2011. - 135 с.*

ИСКУССТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ ЛЕГКИХ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

А.К. Молдоташова¹, Е.А. Анищук², М.М. Акимов¹

¹ Кафедра Анестезиологии и реанимации,

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации

² Кафедра Анестезиологии и интенсивной терапии до- и после клинического обучения,

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье рассмотрены анализ тактики и результатов длительной искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у пациентов неврологического профиля. Исследование проводилось в Национальном госпитале Министерства здравоохранения (НГ МЗ). Критерием включения являлась длительная ИВЛ – 48 часов у 84 больных с неврологическими заболеваниями. Режимы вентиляции, уходы за верхними дыхательными путями, протезирование верхних дыхательных путей проводились с соблюдением требований инфекционного контроля. Были выявлены значительные различия в структуре показаний к ИВЛ и в длительности респираторной поддержки в зависимости от неврологической нозологии и локализации очага и некоторые факторы риска развития вторичной пневмонии.

Ключевые слова: искусственная вентиляция легких, респираторная поддержка, субарахноидальное кровоизлияние, трахеостомия, вторичная пневмония.

НЕВРОЛОГИЯЛЫК БЕЙТАПТАРГА ОПКОНУН ЖАСАЛМА ЖЕЛДЕТҮҮСҮ

А.К. Молдоташова¹, Е.А. Анищук², М.М. Акимов¹

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорлатуу медициналык институтунун анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, дипломдон кийинки жана дипломго чейин билим берүү анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада неврологиялык бейтаптарга өпкөнүн узак жасалма желдетүүнүн (ӨЖЖ) тактикасы жана натыйжалары каралган. Изилдөө Саламаттык сактоо министрлигинин улуттук госпиталында жүргүзүлгөн (ССМ УГ). Изилдөөгө тандоонун критерийи катары узак ӨЖЖ – 48 саат бою жаткан 84 неврологиялык бейтаптар тандалган. Желдетүүнүн иштөө режими, жогорку дем алуу жолдорун кароосу, жогорку дем алуу жолдорун протездөө инфекциялык текшерүүнүн талаптары сакталып аткарылган. Неврологиялык нозологияга жана очагдын жайгашуусуна жараша ӨЖЖ көрсөтмөсүнүн түзүлүшүндө жана респиратордук жардамдын узактыгында айырмачылыктар жана экинчи иреттеги пневмониянын пайда болушунун кээ бир тобокелдик факторлору аныкталган.

Негизги сөздөр: өпкөнүн жасалма желдетүү, респиратордук жардам, субарахноидалдык кан куюлуусу, трахеостомия, экинчи ирет пневмония.

MECHANICAL VENTILATION IN PATIENTS OF NEUROLOGICAL PROFILE

A.K. Moldotashova¹, E.A. Anischuk², M.M. Akimov¹

¹ Department of Anaesthesiology and Intensive Care of KSMIRaIQ

² Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Department of Anaesthesiology and Intensive Care before and after clinical training

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: In the article the analysis of tactics and results of prolonged mechanical ventilation in patients of neurological profile. The study was conducted in National Hospital. Criterion for inclusion was prolonged MV – 48 hours by 84 patients with neurological diseases. Ventilation mode, taking care of the upper airways, dentures upper respiratory tract was conducted in compliance with infection control. Significant difference were found in the structure of the indications for mechanical ventilation and the duration of respiratory support, depending on the neurological nosology and localization of the hearth and some risk factors for development of secondary pneumonia.

Key words: Mechanical ventilation, respiratory support, subarachnoid hemorrhage, tracheotomy, secondary pneumonia.

История применения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) началась в 1952 году в Европе, где ее использовали для лечения больных от полиомиелита [1, 2, 3]. При этом для ИВЛ использовались ручные меха с привлечением в процесс 1500 студентов-медиков добровольцев. Bjorn Ibsen в 1953 году возглавил первое в мире отделение интенсивной терапии, став в Европе «отцом интенсивной терапии».

На сегодня ИВЛ является важным методом лечения больных отделений интенсивной терапии.

Целью нашего исследования явился анализ особенностей длительной ИВЛ в лечении неврологических больных.

Материалы и методы. В исследование включено 84 больных, находившихся на лечении в отделениях анестезиологии-реанимации и интенсивной терапии НГ МЗ КР за 2015-2017 гг. Критерием включения больных в исследование являлась длительность ИВЛ более 48 часов. Среди включенных в исследование больных было 37 мужчин и 47 женщин в возрасте от 18 до 89 лет (средний возраст составил $36,7 \pm 19,4$ лет). В таблице 1 представлено разделение больных по нозологическим формам. Проанализированы причины длительной ИВЛ, показания к ИВЛ у данной категории больных, сроки экстубации, методы и сроки наложения трахеостомии, частота развития осложнений.

Таблица 1

Распределение пациентов по нозологическим формам (N=84)

Нозология	N	%
Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) по ишемическому типу	42	50
ОНМК по геморрагическому типу – гипертонические внутримозговые кровоизлияния, субарахноидальные кровоизлияния	21	25
Разрыв артериальной аневризмы, артериовенозных мальформаций	12	14,3
Другие заболевания ЦНС: синдром Гийена-Барре, миастении	9	10,7

Больные с субарахноидальными кровоизлияниями, вследствие разрыва артериальных аневризм сосудов головного мозга были разделены на 4

подгруппы в зависимости от локализации аневризмы (таблица 2).

Таблица 2

Распределение пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями по локализации аневризмы (N=21)

Локализация	N	%
Средняя мозговая артерия (СМА)	11	52,4
Передняя соединительная – передняя мозговая артерия (ПСА-ПМА)	6	28,6
Внутренняя сонная артерия (ВСА)	3	14,3
Вертебро-базиллярная система (ВБС)	1	4,7

Из 84 больных ИВЛ проводили 46 (54,7%) через оротрахеальную интубационную трубку, 19 (22,6%) – была установлена стойкая безканюльная трахеостомия и респираторная поддержка проводилась через трахеостомическую трубку.

Показаниями для выполнения трахеостомии были:

1. Прогнозируемая длительная ИВЛ (>10 суток);
2. Грубые бульбарные нарушения [3].

Кожа вокруг безканюльной трахеостомы обрабатывалась раствором Хлоргексидина 2%, перевязки выполнялись 1 раз в сутки. Санация носовых ходов выполнялась 2-4 раза в сутки. Полость рта и зубы обрабатывались с использованием раствора Хлоргексидина 0,2% два раза в сутки.

Санация трахеи выполнялась с использованием одноразовых стерильных катетеров с последую-

щей утилизацией. При наличии избыточного количества мокроты гнойного характера при санации использовались раствор фурацилина или физиологического раствора. При санационных бронхоскопиях использовались те же растворы. У всех трахеостомированных больных были использованы трахеостомические трубки без канала для санации надманжеточного пространства. Использование таких трубок не позволяло эффективно удалять из трахеи секрет, скапливающийся выше герметизирующей манжеты и промывать верхние отделы трахеи и гортань.

Искусственная вентиляция легких проводилась с использованием аппаратов Draeger Primus экспортного класса и Fabius Plus Draeger (Дрэгер, Германия). Стартовым режимом ИВЛ во всех случаях был режим Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation (SIMV). Дыхательный

объем составлял 8-10 мл/кг. Исходная частота дыханий составляла 12-14 в минуту. Поддержка давлением составляла 12-16 мбар. При появлении самостоятельных дыхательных попыток частота дыхания аппаратных вдохов уменьшалась, а уровень поддержки давлением подбирался с целью обеспечения нормовентиляции (минутный объем 100 мл/кг/мин, РаСО₂ 35-40 мм.рт.ст.). При развитии бради- или тахипноэ наращивалась частота принудительных вдохов.

У больных, находившихся на ИВЛ более 24 часов, для увлажнения дыхательной смеси использовались увлажнители, пристроенные к респиратору.

Результаты и обсуждение. Средняя продолжительность ИВЛ составила 8,7±12,7 (от 3 до 25 суток). Длительность ИВЛ была ниже у больных с гипертоническими внутречерепными кровоизли-

яниями по сравнению с другими группами. Длительность ИВЛ у больных с остальными нозологиями статистически значимо не различались. Первой причиной длительной ИВЛ было угнетение сознания – 21 больных (25%), дисфункция ствола головного мозга у 8 (9,52%) больных, из которых у 5 (12%) отмечено угнетение респираторного драйва, а у 6 (16,3%) грубые бульбарные нарушения, требующие длительного протезирования дыхательных путей. У 7 (14,7%) больных причиной длительной ИВЛ была необходимость седации в связи с судорожным синдромом или психомоторным возбуждением (4 больных). Дыхательная недостаточность, связанная с заболеванием легких, была причиной ИВЛ всего у 4 (2,2%) больных. Распределение больных по причине длительной ИВЛ с учетом нозологии представлено в таблице 3.

Таблица 3

Длительность ИВЛ у больных с различной нозологией (сут.)

Нозология	Сутки
ОНМК по ишемическому типу	8,6±13
ОНМК по геморрагическому типу – гипертонические внутречерепные кровоизлияния, субарахноидальные кровоизлияния	11,4±14
Разрыв артериальной аневризмы, артериовенозных мальформаций	12,8±16
Другие заболевания ЦНС: синдром Гиене Барре, миастении и др.	17,5±24,0

Среди больных с ишемическими процессами в полушариях и на основании головного мозга основным показанием к продленной ИВЛ было угнетение сознания. Среди больных, оперированных на задней черепной ямке, основным показанием к длительной ИВЛ служила стволовая дисфункция либо в виде угнетения респираторного драйва, либо в виде бульбарных нарушений. Хотя бульбарные нарушения напрямую не являются показанием к ИВЛ, а требует защиты протезирования дыхательных путей, в нескольких наблюдениях наличие тяжелого бульбарного синдрома стали причиной длительной ИВЛ. Средняя длительность ИВЛ у этой подгруппы больных составила 4,2±2,7 суток. Из 9 больных с бульбарным синдромом 5 больных были успешно экстубированы на 3-5 день после операции. У 3х больных попытка экстубации оказалась неуспешной и для защиты дыхательных путей от аспирации была выполнена трахеостомия, после чего ИВЛ была прекращена.

Нарушение кровообращения стволовых структур может сопровождаться различными вариантами дыхательной недостаточности центрального генеза. Поражение верхних мотонейронов дыхательной группы, расположенных в вентральной и дорсальной группах медуллярных нейронов, приводит к резкому снижению силы

дыхательных попыток при сохраненном ритме дыхания. Клинически это проявляется поверхностным дыханием с нормальной или повышенной частотой, приводящим к клинической картине вентиляционной дыхательной недостаточности. Среди больных, оперированных по поводу околостволовых гематом, развитие поверхностного дыхания с нормальной или повышенной частотой было отмечено у 2 пациентов. Средняя длительность ИВЛ в этой подгруппе больных составила 28,6±12,1 суток. При этом большую часть времени (20,2±8,4 суток) ИВЛ осуществлялась в режиме Pressure Support Ventilation (PSV).

При поражении бульбоспинального тракта развивается поверхностное дыхание со сниженной частотой, вплоть до апноэ. Такой вариант нарушения центральной регуляции дыхания нами был отмечен в 4 случаях. Средняя длительность ИВЛ в этой подгруппе больных составила 12,4±18,7 суток, из которых 15,6±10,5 суток ИВЛ осуществлялась в режиме SIMV с частотой принудительных вдохов 8-10 в мин.

У пациентов с ишемическими поражениями в базальные ядра и осложненным течением послеоперационного периода чаще, чем в других группах развивался психомоторное возбуждение, спутанность, дезориентация в месте, времени,

личной ситуации, а также агрессия по отношению к самим себе и медицинскому персоналу. Это требует седации, которая может вызывать гипоксемию и вторичное повреждение головного мозга. Поэтому такие больные нуждались в продолжении ИВЛ. Необходимость седации в связи с психомоторным возбуждением требовал проведения пролонгированной ИВЛ (7 больных). Угнетение уровня сознания до комы являлось абсолютным показанием к проведению ИВЛ. Коматозное состояние отмечалось у 9 (42,9%) больных с осложненным течением послеоперационного периода. При угнетении сознания до сомноленции – сопора у больных развивался изменение респираторного драйва по типу частого поверхностного или редкого поверхностного дыхания. Это приводило к развитию гипоксемии, гипервентиляции.

ИВЛ при субарахноидальных кровоизлияниях (САК)

Средняя длительность ИВЛ у пациентов с САК вследствие разрыва артериальных аневризм сосудов головного мозга составила $16,8 \pm 23$ суток. При этом наибольшая длительность ИВЛ была при разрывах артериальных аневризм СМА, а наименьшая при разрывах артериальных аневризм ПМА-ПСА.

При разрывах аневризм СМА и ВСА наиболее частой причиной пролонгирования ИВЛ служило угнетение сознания [3, 4]. При разрывах ПМА-ПСА более частой причиной пролонгирования ИВЛ служила необходимость седации в связи с психомоторным возбуждением. Из двух больных с аневризмами в бассейне вертебробазиллярной системы у одной больной продленная ИВЛ была обусловлена угнетением уровня сознания до комы, а у одного больного стволовой дисфункцией, проявляющейся, в том числе, угнетением респираторного драйва (таблица 4).

Таблица 4

Распределение пациентов с ОНМК по причинам ИВЛ в зависимости от пораженного бассейна

Причины	СМА (N=11)	ПМА-ПСА (N=6)	ВСА (N=3)	ВБС (N=1)	Всего (N=21)
Угнетение сознания	1 (9,1%)	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (100%)	3 (14,3%)
Дисфункция ствола	0 (0%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	2 (9,5%)
Угнетение респираторного драйва	2 (18,2%)	1 (16,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	4 (19%)
Бульбарные, псевдобульбарные нарушения	2 (12,5%)	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)
Седация	4 (36,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)
Судорожный синдром, психомоторное возбуждение	2 (18,2%)	2 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (19%)

Вторичные пневмонии (ВП)

Диагноз пневмонии выставлялся при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме легких и наличии, как минимум, двух из четырех следующих критериев после третьего дня госпитализации: температура тела больше $38,0^{\circ}\text{C}$ или меньше $36,0^{\circ}\text{C}$; наличие гнойной мокроты; лейкоцитоз больше 11 тыс/мл или лейкопения менее 4 тыс/мл. Частота развития вторичной пневмонии составила 1,7% (10 из 84 больных). Достаточно низкую, по сравнению с литературными данными [5, 6, 7], частоту развития ВП мы связываем, в первую очередь, с выполнением поздней трахеостомии.

Более высокая частота развития ВП у пациентов с ОНМК по геморрагическому типу были, по видимому высоким риском аспирации на догоспитальном этапе, неадекватным увлажнением

вдыхаемой смеси при проведении ИВЛ по месту первичной госпитализации. Другим фактором риска развития ВП служила неуспешная попытка экстубации с последующей многократной реинтубацией.

Как было указано выше, из 84 пациентов, нуждавшихся в продленной ИВЛ, 19 (22,6%) были трахеостомированы и у них респираторная поддержка сразу проводилась через трахеостомическую трубку. Средний срок трахеостомии составил $6,4 \pm 3,9$ суток. Частота развития пневмонии в группе больных, у которых была выполнена экстубация с последующей реинтубацией, составила 34,5% (29 из 84 больных). В группе больных, у которых была выполнена успешная экстубация, частота пневмонии составила всего 13% (6 из пациентов) (таблица 5).

Влияние неуспешной экстубации на частоту развития ВП

		Частота ВП	
		N	%
Успешная экстубация (N=46)		46	54,7
Ранняя трахеостомия (N=9)		9	10,7
Реинтубация	С последующей экстубацией (N=10)	10	11,9
	С последующей трахеостомией (N=19)	19	22,6
Всего		84	100

Таким образом, можно сделать вывод, что неуспешная экстубация является фактором риска развития вторичной пневмонии, в связи с чем, актуальной задачей является адаптивное принятие для общереанимационных больных критерием готовности к отлучению от ИВЛ под особенности неврологических больных, что вероятно позволит снизить частоту неуспешных экстубаций и связанных с ними осложнений. При анализе зависимости частоты развития ВП от причины пролонгирования ИВЛ было выявлено, что частота ВП была значимо выше в группах пациентов, у которых ИВЛ проводилась в связи с угнетением сознания.

Заключение

Выполненный анализ тактики и результатов длительной ИВЛ показал, что имеются значительные различия в стратегии респираторной терапии у разных категорий неврологических больных. Нам представляется актуальным проведение проспективных исследований, целью которых будет разработка алгоритмов подбора режимов и параметров вентиляции, а также оценки готовности к прекращению ИВЛ у неврологических больных, изучение возможностей использования новых интеллектуальных режимов вентиляции в реанимационных отделениях.

Литература

1. Виленский, Б.С. Соматические осложнения инсульта / Б.С. Виленский // *Неврологический журнал*. - 2003. - №3. - С. 4-10.
2. Молдоташиова, А.К. Рекомендации по введению пострадавших вследствие тяжелых ЧМТ / А.К. Молдоташиова. - Бишкек, 2014. - 124 с.
3. Оценка эффективности лечения синдрома Гийена-Барре в условиях реанимации / [А.К. Молдоташиова, Е.А. Черномазова, В.В. Бабаев и др. // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. - 2017. - №2. - С.70-75.
4. Шпанер, Р.Я. Респираторная поддержка больных в остром периоде субарахноидального кровоизлияния / Р.Я. Шпанер // *Вопросы современной клинической медицины*. - 2015. - С. 68-73.
5. Addington, W.R. Assessing the laryngeal cough reflex and the risk of developing pneumonia after stroke: an interhospital comparison / W.R. Addington, R.E. Stephens, K.A. Gilliland // *Stroke*. - 1999. - V. 30 (6). - P.1203-1207.
6. Chastre, J. Ventilator-associated pneumonia / J. Chastre, J.-Y. Fagon // *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, April 1. - 2002. - V 165 (7). - P. 867-903.
7. Collard, H.R. Prevention of Ventilator-Associated Pneumonia: An Evidence-Based Systematic Review / H.R. Collard, S. Saint, M.A. Matthay // *Ann Intern Med*. - March 18 2003. - V.138 (6). - P.494-501.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ИНФАРКТА МОЗГА И ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ МОЗГА В УСЛОВИЯХ НИЗКОГОРЬЯ

Н.Т. Чекеева¹, А.Т. Жусупова²

¹ Национальный госпиталь при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики

² Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приведены результаты сравнительного анализа оценки факторов риска пациентов с острым инфарктом мозга и хронической ишемией мозга, получавших стационарное лечение в отделении ангионеврологии ГКБ №1 и отделения неврологии ГКБ №6.

Ключевые слова: факторы риска, инфаркт мозга, дисциркуляторная энцефалопатия.

**БӨКСӨ ТООЛУУ ШАРТТАРДА МЭЭНИН ИНФАРКТЫСЫНЫН
ЖАНА МЭЭНИН ӨНӨКӨТ ИШЕМИЯСЫНЫН ПАЙДА БОЛУШУНУН
ТОБОКЕЛДИК ФАКТОРЛОРУН БААЛОО**

Н.Т. Чекеева¹, А.Т. Жусупова²

¹ Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигине караштуу Улуттук госпиталы

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалда №1 ШКО ангионеврология жана №6 ШКО неврология бөлүмүндөрдө мээнин оор инфаркты жана мээнин өнөкөт ишемия оорусунун стационардык дарыланым жаткан бейтаптарынын тобокелдик факторлорун баалоонун салыштырма анализинин жыйынтыктарын келтирилди.

Негизги сөздөр: тобокелдик фактору, мээнин инфаркты, дисциркулятордук энцефалопатия.

**EVALUATION OF THE RISK FACTORS INFLUENCE TO ACUTE CEREBRAL INFARCTION
AND CHRONIC BRAIN ISCHEMIA IN LOW-MOUNTAIN AREA**

N.T. Chekeeva¹, A.T. Jusupova²

¹ National Hospital under Ministry of Health of Kyrgyz Republic

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article presents the results of a comparative analysis of the assessment of risk factors for patients with acute cerebral infarction and chronic brain ischemia receiving inpatient treatment in the Department of Angioneurology of the State Clinical Hospital No. 1 and Neurology Department of the City Clinical Hospital No. 6.

Key words: risk factors, cerebral infarction, discirculatory encephalopathy.

Введение. В настоящее время острые нарушения мозгового кровообращения являются одной из ведущих медико-социальных проблем во всех регионах мира, что обусловлено их высоким вкладом в показатели заболеваемости, смертности и инвалидности населения. В большинстве стран мира ОНМК занимают второе или третье место в структуре смертности (после ишемической болезни сердца и злокачественных новообразований) и лидируют среди причин стойкой нетрудоспособности населения [1, 2, 3, 5, 6]. В настоящее время в мире насчитывается около 9 млн. человек, перенесших инсульт, а ежегодно данное заболевание регистрируется у более, чем у 16 млн. человек. Около 4,5 млн. человек в мире умирают от инсульта ежегодно [3]. Во всех случаях ИИ (ишемический инсульт) представляет

собой клинический синдром, возникающий вследствие патологии сосудов, сердца или крови. Признание концепции патогенетической гетерогенности ишемических нарушений мозгового кровообращения имеет огромное практическое значение, поскольку только при выяснении причины и патогенетического механизма развития острого цереброваскулярного эпизода становится возможным проведение адекватной терапии и вторичной профилактики [1]. Несмотря на то, что атеросклероз, патология сердца и артериальная гипертензия обуславливают в совокупности подавляющее большинство случаев ИИ, признание роли других, более редких причин, имеет принципиальное значение для лечения отдельных пациентов [4].

Материалы и методы

Был проведен анализ историй болезней 79 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении ангионеврологии Городской клинической больницы №1 и отделении неврологии Городской клинической больницы №6 г. Бишкек за период с 2014 по 2016 гг. Сформированы группа сравнения (n=43) и основная (n=36) группы. Пациенты группы сравнения проходили курс обследования и лечения по поводу дисциркуляторной энцефалопатии. Основную группу составили больные с впервые развившимся ишемическим инсультом.

Критериями исключения для обеих групп являлись поступление в стационар позднее 24 часов

от начала заболевания, инсульты геморрагические, повторные и сомнительные, острые и/или хронические инфекционные заболевания, хронические неинфекционные болезни в стадии декомпенсации, ревматические, аутоиммунные и онкологические заболевания, остаточные явления туберкулеза, хронический алкоголизм и наркомания.

Больные с дисциркуляторной энцефалопатией находились в возрасте от 52 до 85 лет (в среднем $66,26 \pm 8,66$ лет), среди них было 29 женщин (67,44%) и 14 мужчин (32,56%) (табл. 1). В группе с ишемическим инсультом возраст пациентов варьировал от 39 до 80 лет ($64,50 \pm 10,88$), количество женщин и мужчин равнялось соответственно 16 (44,44%) и 20 (55,56%) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возрастные группы	Наблюдаемые группы больных									
	Сравнения					Основная				
	Всего	Мужчины		Женщины		Всего	Мужчины		Женщины	
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%
30-39	0	0	0	0	0	1	1	2,78	0	0
40-49	0	0	0	0	0	1	1	2,78	0	0
50-59	9	4	9,30	5	11,63	11	9	25,00	2	5,56
60-69	17	5	11,63	12	27,91	9	4	11,11	5	13,89
70-79	15	4	9,30	11	25,58	10	4	11,11	6	16,67
80 и выше	2	0	0	2	4,65	4	1	2,78	3	8,33

Пациенты основной группы и сравнения различались по расовой и национальной принадлежности. Монголоидная раса была представлена лицами кыргызской, узбекской, уйгурской и корейской национальности, европеоидная – русскими и украинцами. Количество больных с дисциркуляторной энцефалопатией монголоидного происхождения равнялось 37, что составило 86,05%.

Среди них кыргызы – 35 человек, узбеки – 1, уйгуры – 1, корейцы – 1. Все 6 пациентов группы сравнения европеоидного происхождения были русскими по национальности. Общее количество больных с ишемическим инсультом монголоидной расы составляло 24 человека (66,67%), из них 23 кыргыза и 1 уйгур; европеоидной – 12 человек (33,33%), среди которых были 11 русских и 1 украинец (табл.2).

Таблица 2

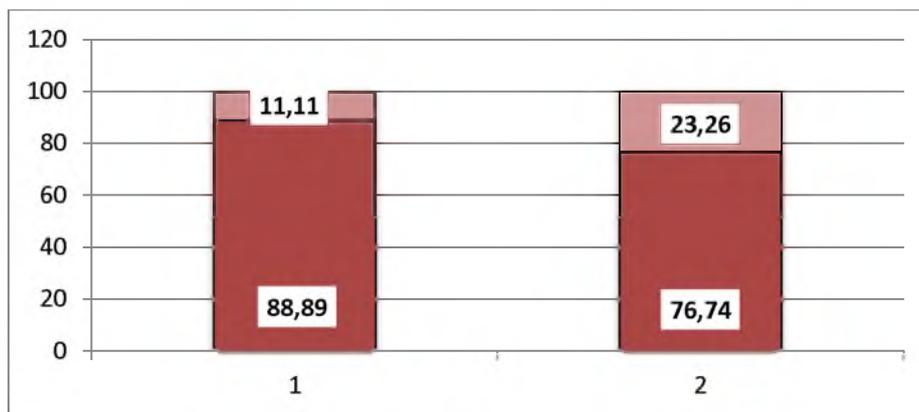
Распределение пациентов по расовой и национальной принадлежности

Национальности	Наблюдаемые группы больных									
	Сравнения					Основная				
	Всего	Мужчины		Женщины		Всего	Мужчины		Женщины	
		Абс.	%	Абс.	%		Абс.	%	Абс.	%
Монголоидная раса										
Кыргызы	34	12	27,91	22	51,16	23	17	47,22	7	19,44
Узбеки	1	-	-	1	2,33	-	-	-	-	-
Уйгуры	1	-	-	1	2,33	1	1	2,78	-	-
Корейцы	1	-	-	1	2,33	-	-	-	-	-
Европеоидная раса										
Русские	6	3	6,98	3	6,98	11	3	8,33	8	22,22
Украинцы	-	-	-	-	-	1	-	-	1	2,78

Результаты и обсуждение

У наблюдаемых пациентов основной группы ишемический инсульт развивался на фоне артериальной гипертензии в 88,89% случаев (32 из

36-ти человек). Среди 43-х больных группы сравнения с дисциркуляторной энцефалопатией повышенное артериальное давление было отмечено в 76,74% случаев (33 пациента) (рисунок 1).



■ пациенты с артериальной гипертензией ■ пациенты без артериальной гипертензии
1. Ишемический инсульт. 2. Дисциркуляторная энцефалопатия

Рис. 1. Процентное соотношение количества пациентов с артериальной гипертензией и без нее при ишемическом инсульте и дисциркуляторной энцефалопатии (% случаев).

У больных с ишемическим инсультом, возникшем на фоне артериальной гипертензии, уровень систолического артериального давления при поступлении в стационар варьировал от 180 до 240 мм.рт.ст., составив в среднем $196,25 \pm 2,60$, диастолического – от 90 до 140 мм.рт.ст. ($102,19 \pm 1,89$). В группе сравнения у лиц с повышенным артериальным давлением средняя арифметическая величина его систолической составляющей была

равна $180,61 \pm 3,32$ и находилась в интервале от 150 до 230 мм.рт.ст.; результирующее среднее значение диастолического компонента – $102,12 \pm 1,83$ (90-140 мм.рт.ст.). Статистический анализ не выявил достоверных различий между данными, полученными в основной группе и в группе сравнения (табл. 3).

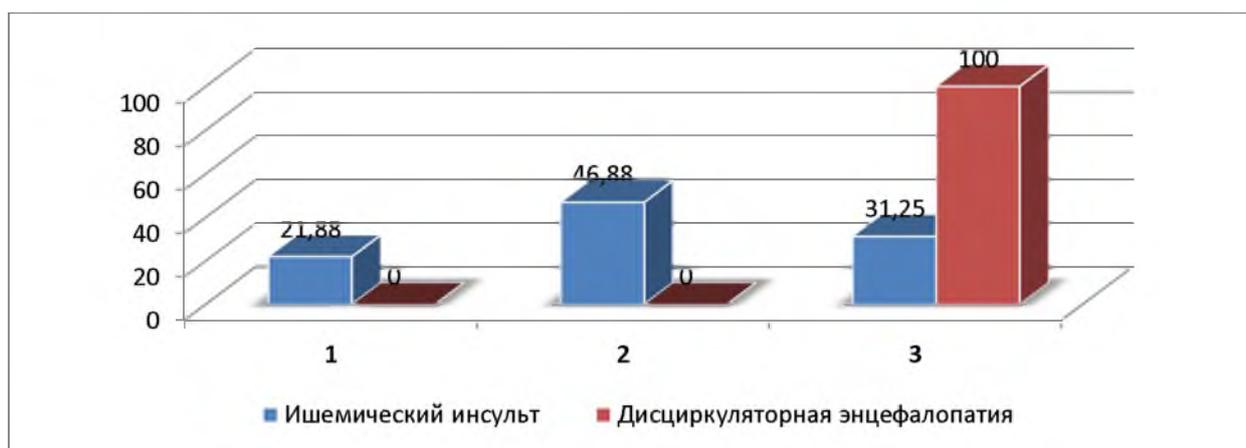
Таблица 3

Уровень артериальной гипертензии у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и ишемическим инсультом при поступлении в стационар (M±m, P)

Артериальное давление (мм.рт.ст.)	Дисциркуляторная энцефалопатия (n=33)	Ишемический инсульт (n=32)
Систолическое	$180,61 \pm 3,32$	$196,25 \pm 2,60$ P>0,05
Диастолическое	$102,12 \pm 1,83$	$102,19 \pm 1,89$ P>0,05

У пациентов основной группы продолжительность предшествующей артериальной гипертензии, как фактора риска острого ишемического повреждения ткани головного мозга, в 90,63% случаев была многолетней, (более 5-10 лет); но 9,38% наблюдаемых больных отмечали стабильную повышенность артериального давления только в последние 1,5 года. В группе сравнения все больные с повышенным артериальным давлением, проходившие курс лечения по поводу дисциркуляторной энцефалопатии, отмечали у себя длительную (более 5-10 лет) артериальную гипертонию.

До момента острой ишемической альтерации ткани головного мозга, медикаментозная коррекция артериальной гипертонии назначенными гипотензивными лекарственными средствами выполнялась больными основной группы регулярно в 21,88% случаев, нерегулярно в 46,88% случаев и не выполнялась вовсе у 31,25% пациентов. В группе сравнения все больные с повышенным артериальным давлением не принимали предписанные врачом фармакологические гипотензивные препараты (рисунок 2).



1. Регулярно 2. Нерегулярно 3. Не принимались вовсе.

Рис. 2. Регулярность применения гипотензивных лекарственных средств больными артериальной гипертензией до госпитализации по поводу нарушений мозгового кровообращения (% случаев).

Артериальную гипертензию у родственников отмечали в основной группе 8,33% пациентов, в группе сравнения – 4,65%

Наличие мерцательной аритмии в анамнезе больных ишемическим инсультом имело место в 5,56% случаев (2 человека из 36-ти) и отрицалось всеми пациентами группы сравнения.

Перенесенный в прошлом острый инфаркт миокарда подтверждали 8,33% больных с острым нарушением мозгового кровообращения и полностью отрицали пациенты с дисциркуляторной энцефалопатией.

После проведения электрокардиографического исследования, направленного на выявление структурно-функциональных нарушений миокарда, как возможных факторов риска и фрагментов патогенеза острых нарушений мозгового кровообращения, было установлено, что нормальный синусовый ритм поддерживался у 91,67% пациентов основной группы и у всех больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Присутствие эктопических очагов возбуждения, функционировавших независимо друг от друга и проявлявших себя в форме суправентрикулярной экстрасистолии, было зарегистрировано в 5,56% случаев ишемического инсульта и у 4,65% пациентов, поступивших на стационарное лечение по поводу дисциркуляторной энцефалопатии.

При ишемическом инсульте частота сердечных сокращений (ЧСС) у 29-ти человек из 36-ти находилась в интервале от 58 до 78 уд/мин, составив в среднем $66,72 \pm 1,52$; синусовая тахикардия 86-100 уд/мин ($91,00 \pm 5,42$) была отмечена у 4-х пациентов; электрокардиографические признаки мерцательной аритмии предсердий с частотой сердцебиений в минуту 62-123 наблюдали в

8,33% случаев. В группе сравнения ЧСС равнялась $65,92 \pm 1,13$ (54-80) в минуту в 90,70% случаев; синусовая тахикардия 82-108 ($94,25 \pm 3,32$) уд/мин была зарегистрирована у 4-х человек из 43-х; фибрилляция предсердий отсутствовала в 100% случаев.

Электрокардиографические признаки снижения кровенаполнения миокарда на фоне ишемического инсульта были выявлены у 11,11% больных (4 человека из 36-ти). Во всех случаях зоны ишемизации находились в бассейнах передней нисходящей (межжелудочковой) и огибающей ветвей левой коронарной артерии; были локализованы в различных участках субэндокардиального слоя передней и боковой стенок левого желудочка и 2/3 межжелудочковой перегородки. У пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией электрокардиографические симптомы уменьшения перфузии кровью сердечной мышцы отсутствовали.

Гипертрофия миокарда левого желудочка в основной группе имела место у 11,11% больных, в группе сравнения – в 2,33% случаев.

Электрофизиологическое исследование состояния процессов реполяризации кардиомиоцитов выявило признаки его нарушений у 7-ми пациентов с ишемическим инсультом (19,44%) и только у 3-х с дисциркуляторной энцефалопатией (6,98%).

Блокады проводящей системы сердечной мышцы наблюдались у 1/4 из 36-ти пациентов основной группы. Среди них блокада правой ножки пучка Гиса – 4 человека; блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса – 2 случая; нарушения внутрижелудочковой проводимости по нижней стенке левого желудочка – 1 пациент; атриовентрикулярная блокада I степени – 2 человека. В группе сравнения только у 1/14 части больных (3 человека из 43-х) была электрокардиографически

выявлена полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Сахарный диабет в анамнезе подтвердили 5 из 36-ти пациентов с ишемическим инсультом (13,89%) и 3 человека из 43-х больных группы контроля (6,98%).

При лабораторном определении концентрации глюкозы в крови было установлено, что у пациентов с ишемическим инсультом данный показатель находился в пределах унифицированной

нормы (3,33-5,55 ммоль/л) в 47,22% случаев, равняясь в среднем $4,55 \pm 0,16$ ммоль/л; впервые выявленная гипергликемия до $7,36 \pm 0,47$ ммоль/л отмечалась у 38,89% больных ($P < 0,001$); в 13,89% случаев с диагностированным ранее сахарным диабетом, содержание глюкозы составляло $10,50 \pm 1,52$ ммоль/л ($P < 0,001$) (табл.4).

Таблица 4

Уровень глюкозы в крови больных ишемическим инсультом при поступлении в стационар

	Количество больных (%) и стаж гипергликемии		
	47,22%	38,89%	13,89%
	Отсутствует	Впервые	Много лет
Концентрация глюкозы в крови (ммоль/л)	$4,55 \pm 0,16$	$7,36 \pm 0,47$ $P < 0,001$	$10,50 \pm 1,52$ $P < 0,001$ $P_1 > 0,05$

В группе с дисциркуляторной энцефалопатией у 93,02% пациентов количество глюкозы в крови было равным в среднем $4,37 \pm 0,09$ ммоль/л без достоверный различий с унифицированными нормативами. Только в 6,98% случаев (у больных с многолетним сахарным диабетом) имела место гипергликемия до $9,43 \pm 0,58$ ммоль/л ($P < 0,05$).

Пероральные сахароснижающие препараты регулярно принимали только 4 пациента основной группы (11,11%) и 2 пациента из группы сравнения (4,65%). Использование инсулина отрицали все участники исследования.

Все больные основной и группы сравнения не подтверждали фактов наличия сахарного диабета у своих родственников.

При госпитализации по поводу ишемического инсульта (ИИ) в 33,13% случаев количество в крови общего холестерина (ОХ), липопротеинов низкой и высокой плотности (ЛПНП и ЛПВП), а также триглицеридов (ТГ) оставалось в пределах референсного интервала и равнялось $4,91 \pm 0,03$, $2,86 \pm 0,05$, $1,25 \pm 0,05$, $1,65 \pm 0,05$ ммоль/л. У 2/3 заболевших ИИ на момент поступления в стационар 1л крови содержал $6,64 \pm 0,19$ ммоль ОХ, $3,78 \pm 0,13$, $0,79 \pm 0,03$, $3,21 \pm 0,04$ ммоль ЛПНП и ЛПВП, ТГ соответственно ($P < 0,01$). У лиц, поступивших на стационарное лечение по поводу дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), указанные выше отклонения изученных критериев липидного обмена от физиологически оптимальных значений наблюдались у 41,86% пациентов (табл. 5).

Таблица 5

Частота встречаемости и степень выраженности дислипидемии у лиц с ишемическим инсультом и дисциркуляторной энцефалопатией при поступлении на лечение

Параметры липидного обмена (ммоль/л)	Статистические показатели	Дислипидемия			
		Нет		Есть	
		ИИ	ДЭ	ИИ	ДЭ
		Количество больных (%)			
		33,13	58,14	66,98	41,86
Общий холестерин	M±m				
	P	$4,91 \pm 0,03$	$4,21 \pm 0,13$	$6,64 \pm 0,19$	$6,11 \pm 0,16$
	P ₁		$> 0,05$	$< 0,01$	$< 0,01$
	P ₂			$< 0,01$	$> 0,05$
Липопротеины низкой плотности	M±m				
	P	$2,86 \pm 0,05$	$2,94 \pm 0,04$	$3,78 \pm 0,13$	$3,69 \pm 0,03$
	P ₁		$> 0,05$	$< 0,001$	$< 0,01$
	P ₂			$< 0,01$	$> 0,05$

Лipoproteины высокой плотности	M±m P P ₁ P ₂	1,25±0,05	1,35±0,05 >0,05	0,79±0,03 <0,05 <0,05	0,75±0,02 <0,05 <0,05 >0,05
Триглицериды	M±m P P ₁ P ₂	1,65±0,05	1,67±0,01 >0,05	3,21±0,04 <0,01 <0,01	2,40±0,03 <0,01 <0,01 >0,05

где, ИИ – ишемический инсульт; ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия; М – среднее арифметическое значение в одной выборке; m – ошибка среднего; P, P₁, P₂ – статистическая значимость отличий между результатами измерений

Предыдущие острые нарушения мозгового кровообращения отсутствовали в анамнезе пациентов во всех случаях инфаркта мозга и хронической ишемизации мозговой ткани. Привычка к табакокурению имела место в 8,33% случаев ишемического инсульта и у 4,65% больных с дисциркуляторной энцефалопатией.

Выводы

Таким образом, первым из ведущих факторов риска возникновения ишемического инсульта (ИИ) для постоянных жителей низкогорной местности являлась многолетняя артериальная гипертензия, которая имела место в 89,88% случаев. При этом подавляющее большинство больных (78,13%) врачебные предписания по фармакологической коррекции артериального давления не выполняли вовсе или делали это нерегулярно.

Дислипидемия, как важное способствующее условие для реализации внезапной интракраниальной ишемической катастрофы, имела место у 66,88% пациентов и выражалась в повышении уровня в крови общего количества холестерина, содержания ЛПНП и триглицеридов, а также одновременного уменьшения гемоконцентрации ЛПВП. Третьим по частоте встречаемости условием, способствовавшим острому нарушению мозгового кровообращения, был сахарный диабет (1/2 пациентов), как впервые выявленный, так и многолетний. Электрокардиографические признаки внутрижелудочковой блокады проведения сердечных импульсов наблюдались в ¼ части случаев. Значительно реже регистрировались в анамнезе мерцательная аритмия и инфаркт миокарда (по 8,33% больных).

Основными факторами риска, способствовавшими развитию дисциркуляторной энцефалопатии у лиц, проживающих в низкогорье, являлись многолетняя артериальная гипертензия (причем все пациенты подтвердили, что не принимали рекомендованных им антигипотензивных лекарственных препаратов) и дислипидемия (41,86% случаев). Наличие в анамнезе сахарного диабета и нарушений ритма имело место в лишь единичных случаях.

Литература

1. Суслина, З.А. Инсульт: диагностика, лечение и профилактика / Под ред. З.А. Суслиной и М.А. Пирадова. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 288 с.
2. Суслина, З.А. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта. Время подводить итоги. /З.А. Суслина, Ю.Я. Варакин //Анналы клинической и экспериментальной неврологии. - 2007 - т. 1, №2. - С. 22-28.
3. Feigin, V.L. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010/ V.L. Feigin, M.H. Forouzanfar, R. Krishnamurthi // Lancet. – 2014. – Vol. 383(9913). – P. 245-254.
4. Furie, K.L. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke or transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American heart association/American stroke association / K.L.Furie, S.E. Kasner, R.J. Adams et // Stroke. – 2011. – Vol. 42(1). – P. 227-276.
5. Kuklina, E.V. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective / E.V. Kuklina, X Tong, M.G. George // Expert Rev Neurother. – 2012. – Vol. 12(2). – P. 199-208.
6. Mukherjee, D. Epidemiology and the global burden of stroke / D. Mukherjee, C.G. Patil. // World Neurosurg. – 2011. – Vol. 76(6 Suppl). – P.85-90.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ ЭХИНОКОККОВОЙ КИСТЫ
РАСТВОРОМ ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИДА**

М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, М.К. Жаманкулова, С.А. Ахматов
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты лечения 78 больных с эхинококкозом печени, у которых для обеззараживания был применен препарат Димексид. Из 78 больных женщин было 46 (59%) мужчин 32 (41%), возраст их колебался от 18 до 72 лет. Проведены исследования в клинике с применением 50% раствора димексида на основании результатов эксперимента, показавшего, что при применении данной концентрации препарата 100% гибель протоколексов возникает уже на 3-4 минуте. В отдаленном периоде (до 1 года) рецидивов не выявлено.

Ключевые слова: эхинококкоз, печень, обеззараживание, профилактика, диметилсульфоксид.

**ЭХИНОКОККОЗ ЫЙЛАКЧАСЫН ДИМЕТИЛСУЛЬФОКСИД ЭРИТМЕСИ МЕНЕН
ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮН БААЛОО**

М.С. Айтназаров, Н.Б. Касыев, М.К. Жаманкулова, С.А. Ахматов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Эхинококкоз оорусу менен дарыланган 78 бейтапта зыянсыздандыруу үчүн димексид препараты колдонулган иштин жыйынтыгы. 78 бейтаптын ичинен 46 (59%) аялдар, эркектер 32 (41%), жашы 18ден 72ге чейин болгон боордун эхинококкозу менен ооруган бейтаптарда зыянсыздандыруу учун димексид препараты колдонулган. Клиникада 50% димексид аралашмасын колдонуу менен изилдоолор жүргүзүлдү. Алынган тажрыйбаларда корсотулгондой 50% димексид эритмеси протоколекстерди 3-4 минутада эле олтуро алат. Оруунун кайра келип чыгышы (1 жылдын ичинде) катталган жок.

Негизги сөздөр: боордун эхинококкоз оорусу, зыянсыздандыруу, алдын алуу, диметилсульфоксид.

**EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF DECONTAMINATION
OF THE ECHINOCOCCAL CYST BY THE DIMETHILSULFOXIDE SOLUTION**

M.S Aitnazarov, N.B. Kasiev, M.K. Zhamankulova, S.A. Ahmatov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., professor Kudaibergenova I.O.),
Department of General Surgery with a course of Combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: The result of applying Dimexidum preparation for decontamination of the treatment 78 patients who suffer from echinococcus have been shown.

The Dimexidum preparation were used for decontamination of the patient aged between 18-72, of which 46 (59%) are women, 32 (41%) are men who suffer from liver echinococcus, studies have been investigated. With applying 50% of dimexidum solution, and the results have shown that the death of proto-scoxes occurs in 3-4 minutes. Recently (within 1 year) the disease hasn't evolved.

Key words: Liver, echinococcus, decontamination, prevention, dymethylsulfoxide.

Введение. Эхинококкоз – это серьезное паразитарное заболевание, которое поражает как животных, так и людей, с множественными осложнениями и частым рецидивом. Как эндемическое заболевание, оно приводит к социальным и экономическим потерям. Хотя заболевание может

наблюдаться во всех возрастных группах, 50-55% случаев встречаются в возрастной группе 20-40 лет [1, 2]. Рецидив болезни и в настоящее время держится на высоком уровне и достигает 10-24% [3, 4, 5].

С целью профилактики рецидива во время оперативного вмешательства необходима тщательная изоляция оперативного поля независимо от применяемой хирургической техники, а также использование растворов, которые убивают зародышевые элементы паразита, находящиеся в гидатидной кисте, которые потенциально способны изливаться из кисты во время хирургического вмешательства [6, 7, 8]. Сколексоцидные растворы, используемые в хирургии эхинококкоза, разнообразны: гипертонический солевой раствор, повидон йод, перекись водорода, йод, формалин, нитрат серебра, альбендазол, диоксидин, хлоргексидин и др., но одни из них малоэффективны, другие – токсичны, третьи – не доступны для многих лечебных учреждений [2, 5, 9, 10].

Нами было подмечено, что сколексоцидные свойства диметилсульфоксида, который обладает выраженным противовоспалительным,

местным анальгезирующим, антисептическим и фибринолитическим эффектом, способностью проникать через биологические мембраны, не были изучены.

Цель работы: представить эффективность раствора димексида 50% при оперативном лечении эхинококкоза печени.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 78 больных с эхинококкозом печени, которые были оперированы в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с ноября-месяца 2016 г. по декабрь-месяц 2017 года включительно. Из 78 больных женщин было 46 (59%) мужчин 32 (41%), возраст их колебался от 18 до 72 лет, большинство были в наиболее трудоспособном возрасте (от 20 до 50 лет) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего		из них в возрасте (в годах)						
	абс.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Жен.	46	59	8	9	8	5	7	5	4
Муж.	32	41	5	6	3	6	6	4	2
Всего	абс.	78	13	15	11	11	13	9	6
	%		16,6	19,2	14,1	14,1	16,6	11,5	7,6

Одиночные кисты выявлены у 48 больного, по две кисты у 20 и у 10 пациентов более трех кист. В большинстве случаев кисты располагались в

правой доле печени (54 больных), у 24 – в левой и у двух в обеих долях. Основные жалобы представлены в таблице 2.

Таблица 2

Семиотика при диафрагмальной локализации кист (n=78)

Симптомы	Всего больных	
	абс. ч.	%
Боли: в правом подреберье в эпигастрии	58 18	76,1 23,9
Боль: постоянная периодически усиливающаяся	57 19	74,8 25,2
Повышение температуры	49	63,2
Ознобы	5	7,4
Нарастающая слабость	71	92,6
Быстрая утомляемость	74	95,7
Тошнота	5	7,4
Рвота	7	9,2
Снижение аппетита	53	69,9
Головная боль	28	37,4
Похудение	47	61,9
Желтуха	3	4,9
Увеличение печени	22	29,4

В до- и после операционном периодах всем больным проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Компьютерная томография выполнена в трех случаях, при диафрагмальной локализации кист. Реакция с эхинококковым антигеном (Казони) проведена 62 больным с первичным эхинококкозом, в 16 случаях больные были ранее оперированы и поступили с рецидивом заболевания. Функциональное состояние печени и почек оценивалось также до и после оперативных вмешательств по общепринятым методикам.

Препарат Димексид (диметилсульфоксид) («Татхимфармпрепараты», Россия, г. Казань) представляет собой концентрат для приготовления раствора 99% [11]. Для исследования его сколексоцидного действия, мы подготовили растворы в различном разведении: 20, 30, 50 и 99%

и определили эффективный вариант для применения данного препарата. Методика исследования заключалась в следующем: интраоперационно проводили забор эхинококковой жидкости в стерильные пробирки, в условиях лаборатории в раствор Димексида добавляли стерильный физиологический раствор хлорида натрия для получения соответствующей концентрации и после различной экспозиции делали мазок, который окрашивали 1% раствором эозина и подсчитывали количество погибших сколексов на 100 особей (по методу М.Г. Кенжаева и Б.А. Акматова [12]). Известно, что погибшие сколексы окрашиваются в бурый цвет, теряют оболочку, становятся неподвижными.

Результаты наших исследований представлены в таблице 3.

Таблица 3

Показатели действия Димексида с различной экспозицией на плодоносные элементы эхинококка

Концентрация димексида, %	Количество особей, абс. ч.	Экспозиция в минутах, процент погибших сколексов						
		1	2	3	4	5	6	7
20	100	0	20	40	54	85	96	100,0
30	100	32	57	73	100,0	100,0	100,0	100,0
50	100	60	82	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
99	100	97	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При микроскопическом исследовании живой эхинококковой сколекс имел четкую оболочку и был подвижным (рис. 1).



Рис. 1. Живой сколекс в мазке до обработки. Окраска эозином 1%, ув. 40.



Рис. 2. Протосколекс через 2 минуты при использовании 50% димексида. Окраска эозином 1%, ув. 40.

Через 2 минуты экспозиции диметилсульфоксидом наблюдалось окрашивание в бурый цвет, подвижность снижалась (рис. 2).

В мазках на третьей минуте воздействия димексидом мы обнаруживали полное разрушение оболочки сколекса, что указывало на гибель зародышевого элемента (рис. 3).



Рис. 3. Протосколекс после экспозиции 3 минут при использовании 50% димексида (окраска эозином 1%, ув. 40).

На основании полученных результатов, мы пришли к выводу, что наиболее оптимальной для обработки эхинококковой кисты является 50% концентрация диметилсульфоксида, при которой гибель сколексов и протосколексов наблюдается уже на 3 минуте экспозиции.

Учитывая результаты *in vitro*, раствор Димексида был использован нами в клинике.

Результаты и обсуждение.

После проведенного исследования сколексоцидного действия раствора Димексида *in vitro*, раствор был использован в клинике. При этом мы учитывали безопасность интрабрюшинного применения 50% раствора препарата [11]. Все больные оперированы в плановом порядке, под эндотрахеальным наркозом.

После ревизии печени и брюшной полости при обнаружении эхинококковой кисты место предполагаемой пункции обкладывали салфетками, смоченными 50% раствором Димексида, а затем выполняли пункцию троакаром или иглой диаметром 2 мм, аспирировали содержимое кисты, затем в полость вводили 50% раствор Димексида с экспозицией 5 минут. Затем капсулу рассекали,

удаляли хитиновую оболочку и содержимое кисты, делали микроскопию и при этом ни у одного из 78 оперированных живых протосколексов не обнаружили.

Полость кисты после дополнительной обработки раствором Димексида ликвидировали наиболее приемлемым методом для каждого конкретного случая. У всех больных были выполнены органосохраняющие операции.

Во время операции осложнений не было, после операции у 4-х больных развился реактивный плеврит (при диафрагмальной локализации кист), у 2-х больных – желчеистечение. Данная группа больных повторно не оперирована. Все осложненные больные выписаны из стационара после излечения: при плевритах – плевральными пункциями; при желчеистечениях каждые 2 дня делали УЗИ контроль, измеряли количество желчи, выделяемой из дренажей. Держали дренажи до прекращения выделения желчи (12 и 15 суток).

В процессе лечения больных с эхинококкозом печени мы сопоставили показатели функционального состояния печени и почек до операции и к моменту выписки (табл. 4).

Таблица 4

Показатели функционального состояния печени и почек у больных эхинококкозом

Показатели	До операции, $M_1 \pm m_1$	После операции, $M_2 \pm m_2$	Практически здоровые, $M_3 \pm m_3$	P – степень достоверности
Общий билирубин, мкмоль/л	64,5±2,13	18,4±1,71	11,1±0,91	$M_1-M_2 < 0,001$ $M_2-M_3 > 0,05$
Тимоловая проба, ед	8,1±0,91	5,2±0,33	4,2±0,14	$M_1-M_2 < 0,01$ $M_2-M_3 > 0,05$
АЛТ, мккат/л	1,28±0,21	0,91±0,12	0,08±0,01	$M_1-M_2 > 0,05$ $M_2-M_3 < 0,001$
АСТ, мккат/л	1,03±0,17	0,82±0,11	0,07±0,02	$M_1-M_2 < 0,05$ $M_2-M_3 < 0,001$

Общий белок, г/л	61,2±1,17	66,3±1,92	76,3±0,13	M ₁ -M ₂ <0,05 M ₂ -M ₃ <0,001
Мочевина, ммоль/л	7,1±0,32	4,1±0,27	4,3±0,12	M ₁ -M ₂ <0,01 M ₂ -M ₃ >0,05
Креатинин, мкмоль/л	98,5±1,17	88,4±1,21	88,7±1,13	M ₁ -M ₂ <0,05 M ₂ -M ₃ >0,05

Анализ биохимических показателей крови больных показал, что до операции у ряда больных выявлено повышение уровня билирубина, трансаминаз и тимоловой пробы, снижение уровня общего белка, повышение мочевины и креатинина. К моменту выписки наблюдалась положительная динамика, снизился уровень билирубина, незначительная динамика в уровне трансаминаз, повысилась содержание общего белка, снизился уровень мочевины и креатинина.

Разработанный нами метод обеззараживания содержимого кист, полости фиброзной капсулы и выполненные исследования *in vitro* и у больных показали возможность выполнения органосохраняющих операций без риска рецидива болезни. Подтверждением этому служат отдаленные результаты. Нами исследованы отдаленные результаты у 50 больных из 78 оперированных, при этом ни у одного больного рецидива заболевания не обнаружено в сроки от 3 месяцев до 1 года.

Выводы:

1. Раствор диметилсульфоксида 50% концентрации обладает способностью обеззараживания плодоносных элементов эхинококка.
2. Клиническое применение димексида в указанной концентрации показало его безопасность и эффективность: в наших наблюдениях не выявлено рецидивов в сроки до 1 года.

Литература

1. *The results of surgical treatment for hepatic hydatid disease [Text]* / [S. Sözen, S. Emir, M. Tükenmez et al.]// *Hippokratia*. - 2011. - Vol. 15(4). - P. 327-329.
2. *Scolicidal agents in hydatid cyst surgery [Text]* / [H. Besim, K. Karayalçin, O. Hamatci et al.]// *HPB Surg*. - 1998. - Vol. 10(6). - P. 347-51.

3. *Мусаев, А.И. Диагностика и хирургическое лечение осложненных и сочетанных форм эхинококкоза печени [Текст]* / А.И. Мусаев, Ж.О. Белеков, Р.М. Баширов. – Бишкек: Continent, 2004. – 258 с.
4. *Толстиков, А.П. Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени [Текст]* / А.П. Толстиков, А.В. Абдульянов, М.А. Бородин // *Практическая медицина*. – 2013. - №2. – С. 95-96.
5. *Landa, G.L. Evaluation of scolicidal agents in an experimental hydatid disease model [Text]* / G.L. Landa// *Eur. Surg. Res.* – 2007. – Vol.29, №3. – P. 202-208.
6. *Pakala, T. Hepatic Echinococcal Cysts: A Review [Text]* / T. Pakala, M. Molina, G.Y. Wu // *J Clin Transl Hepatol*. – 2016. – Vol. 4(1). – P.39-46.
7. *Альперович, Б.И. Хирургия печени [Текст]* / Б.И. Альперович. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
8. *Омурбеков, Т.О. Эхинококковая болезнь у детей [Текст]* / Т.О. Омурбеков. – Бишкек: Бийиктик, 2002. – 185 с
9. *Штофин, С.Г. Способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии [Текст]* / С.Г. Штофин, Г.С. Штофин // *Материалы XXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ*. – Ташкент, 2015. – С. 139-140.
10. *Тешаев, О.Р. Новый способ обработки остаточной полости после эхинококкэктомии [Текст]* / О.Р. Тешаев, Н.К. Олимов, С.У. Алимов // *Материалы XXII Международного Конгресса Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ*. – Ташкент, 2015. – С. 135-136.
11. *Машковский, М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. - М.: "Новая волна", 2004: 14-е изд. - Т.1. - С. 175-176.*
12. *Кенжаев, М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст]* / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов. – Бишкек: Медфарминфо, 2001. – 160 с.

**ХАРАКТЕР И ЧАСТОТА ОСЛОЖНЕНИЙ
В ЭКСТРЕННОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

А.Ж. Акешов, У.Р. Айткулов, Е.Ж. Жолдошбеков

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель – дать анализ осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. Представлена частота и характер осложнений у 103 больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний (холецистит, ущемленная грыжа, острая кишечная непроходимость, перфорация язв желудка и двенадцатиперстной кишки). Из 103 больных у 24 возникли осложнения (23,3%). Чаще наблюдались раневые осложнения (у 14 из 24), плевриты у 4, абсцессы у 2, перитониты у 2 и острая легочно-сердечная недостаточность у 2. Умерло 4 (3,9%) от полиорганной недостаточности

Ключевые слова: острые заболевания органов брюшной полости, оперативное лечение, осложнения, летальность.

**ТЕЗ АТКАРЫЛУУЧУ АБДОМИНАЛДЫК ХИРУРГИЯДАГЫ КАБЫЛДООЛОРДУН
МҮНӨЗҮ ЖАНА МЕЗГИЛДҮҮЛҮГҮ**

А.Ж. Акешов, У.Р. Айткулов, Е.Ж. Жолдошбеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: максат – тез аткарылуучу абдоминалдык хирургиядагы кабылдоолорго талдоо жүргүзүү. Курч хирургиялык ооруларга (холецистит, кысылган чурку, курч мүнөздөгү ичегиден жин өтпөөчүлүк, ашказан менен он эки эли ичеги жарасынын перфорациясы) байланыштуу операция жасалган 103 бейтаптын ичинен 24ү (23,3%) оорунун кабылдоосуна чалдыгышкан. Көбүн эсе жараатык кабылдоо (24 бейтаптын 14үндө) орун алган, 4 бейтап – плевритке, 2 бейтап – абсцеске (ириңдөө) жана 2 бейтап курч мүнөздөгү өпкө-жүрөк кемтиги дартына чалдыккан. Полиоргандык кемтиктен улам 4 бейтап каза тапкан (3,9%).

Негизги сөздөр: ич көңдөй органдарынын курч мүнөздөгү оорулары, операция жолу менен дарылоо, оорунун кабылдоолору, леталдык учурлар.

**CHARACTER AND FREQUENCY OF COMPLICATIONS
IN EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY**

A.J. Akeshov, U.R. Aitkulov, E.Zh. Zholdoshbekov

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: the purpose – to give the analysis of complications in the emergency abdominal surgery. The frequency and nature of complications in 103 patients operated for acute surgical diseases (cholecystitis, strangulated hernia, acute intestinal obstruction, perforation of gastric and duodenal ulcers). Of 103 patients, 24 had complications (23.3%). More often there were wound complications (in 14 of 24), pleurisy in 4, abscesses in 2, peritonitis in 2 and acute pulmonary heart failure in 2. Died 4 (3.9%) of multiple organ failure

Key words: acute diseases of the abdominal cavity organs, surgical treatment, complications, lethality.

Введение. Повышение технического уровня оснащённости хирургических отделений, совершенствование анестезиологии и реаниматологии, использование современных методов диагностики, внедрение в практику все новых и новых антибиотиков позволили расширить диапазон хирургических операций в экстренной и плановой хирургии [1, 2], но, несмотря на эти достижения, послеоперационные осложнения остаются на высоком уровне. Причиной этому является по-

вышение заболеваемостью острыми хирургическими патологиями, немаловажное значение имеют сроки поступления больных в стационар [3, 4]. Большинство исследователей отмечают, что в последние годы увеличилось число больных, госпитализированных с деструктивными формами заболевания, кроме того отмечается существенное снижение реактивности организма, увеличилось количество микрофлоры с устойчивыми формами к антибиотикам, а также рост тех-

ногенных катастроф, военных конфликтов и террористических актов [6, 7, 8]. Использование мер профилактики способствует снижению осложнений, но до конца не решило проблему.

Наибольший удельный вес занимают раневые осложнения, которые ведут к увеличению сроков лечения и материальным затратам. Идут поиски все новых и новых мер профилактики, которые бы позволили снизить частоту осложнений в экстренной абдоминальной хирургии.

Цель работы – представить анализ осложнений в экстренной абдоминальной хирургии.

Материал и методы исследования.

Аналізу подвергнуты 103 истории болезни больных, оперированных в хирургических отделениях ГКБ №1 г. Бишкек по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Из 103 больных женщин – 55, мужчин – 48, возраст их колебался от 18 до 93 лет, но большая часть больных была в возрасте старше 40 лет (56 из 103 – 54,4%). Характер заболеваний и сроки поступления даны в таблице №1.

Таблиц 1

Характер заболеваний и сроки поступления в стационар

Заболевания	всего		Из них поступили			
	Абс. ч.	%	До 6 ч.	6-12ч	12-24	24-72
Острый холецистит	77	74,7	12	25	19	21
Перфорация желудка и 12 п.к.	4	3,9	3	1	-	-
Кишечная непроходимость	6	5,8	4	1	1	-
Ущемление грыжи	8	7,8	4	2	2	-
Острый панкреатит	4	3,9	4	-	-	-
Проникающие ранения брюшной полости	4	3,9	4	-	-	-
итого	103		31	29	22	21
%		100,0	30,1	28,2	21,4	20,3

В разработку мы взяли больных с острым холециститом, перфоративными язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимостью, ущемлением грыж, острым панкреатитом и больных, которые были доставлены с проникающим ранением брюшной полости и провели анализ их сроков поступления в стационар. Мы не включали больных с острым аппендицитом, так как это будет предмет нашего специального исследования.

Наибольшее число больных было с острым холециститом, их удельный вес составил 74,7%, а сроки госпитализации до 6 часов поступило 12 из 103, от 6 до 12 часов – 25 и позже 3 суток с момента заболевания было 21 больной. Больные с перфоративной язвой поступили 4 больных, троя из них до 6 часов с момента заболевания и один позже 6 часов. Больные с кишечной непроходимостью и ущемлением грыж все поступили в сроки до суток, а с острым панкреатитом и проникающим ножевым ранением все в сроки до 6 часов. Пациентов с ущемлением грыж было по 3 наблюдения с послеоперационной вентральной грыжей и ущемлением диафрагмальной грыжи.

Все больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием и все, кроме больных с острым холециститом, оперированы в первые часы поступления. Больные с острым холециститом с явлениями местного перитонита, наличием перивезикального абсцесса или инфильтратом оперированы в первые часы поступления с кратковременной предоперационной подготовкой (38 чел.), и остальные в течение первых двух суток.

В обследовании больных при поступлении выполняли общий анализ крови и мочи, ЭКГ, УЗИ и по показаниям обзорную рентгенографию брюшной полости (кишечная непроходимость, перфоративная язва). С целью профилактики осложнений больные получали антибиотики внутримышечно (гентамицин по 80 мг два раза в сутки или ампициллин по 500 тыс. единиц 4 раза в сутки), обезболивающие средства и инфузионную терапию.

Полученные результаты исследования обработали путем вычисления относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение.

Все больные оперированы, типы операций и характер осложнений даны в таблице 2.

Типы операций и характер осложнений

Тип операции	Всего	из них возникли осложнения							Всего
		кровоотечение	желчеистечение	поддиафрагмальный абсцесс	перитонит	плеврит	нагноение раны	ПОН	
Холецистэктомия	77	1	1			1	1		4
Ушивание перфоративной язвы	4			1			1	1	3
Кишечная непроходимость	резекция петли	2					2		2
	рассечение спаек	4					1		1
Грыжесечение	пластика полипропиленовой сеткой	4				1	1		2
	ушивание диафрагмы	4				1	1	1	4
Некрэктомия и дренирование салниковой сумки	4				1	1	1	1	4
Ушивание поврежденной петли кишечника	4			1			2	1	4
Итого всего	103	1	1	2	2	4	10	4	24/23,3%

* ПОН – полиорганный недостаток.

Анализ осложнений после операции показал, что во всех группах оперированных больных возникли осложнения. После холецистэктомии, выполненной по поводу деструктивной формы, осложнения имели место у 4 (5,2%), у одной возникло внутрибрюшное кровоотечение, выполнена повторная операция, послеоперационный период протекал без осложнений. Еще у одной возникло желчеистечение, но повторная операция не потребовалась, желчеистечение постепенно уменьшилось и на 7 сутки прекратилось самостоятельно, по одному наблюдению отмечено нагноение раны и плеврит. После ушивания перфоративной язвы у одного возник поддиафрагмальный абсцесс, излеченный дренированием под контролем УЗИ и у одного – нагноение послеоперационной раны. После операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости из 6 оперированных, осложнения в виде нагноения ран отмечено у 3 больных, у одного после рассечения спаек, и у двух после резекции кишечника.

При ущемлении вентральной послеоперационной грыжи у 4 использована полипропиленовая сетка, у одной после операции возник плеврит, излечен плевральными пункциями и еще у одного нагноение раны. После операции, выполненной по поводу ущемления диафрагмальной

грыжи, осложнения отмечены у всех оперированных, один из которых умер от развившейся полиорганной недостаточности.

Также у всех оперированных по поводу острого панкреатита, возникли осложнения, а у 4 оперированных по поводу проникающего ранения брюшной стенки с повреждением кишечника также послеоперационный период протекал с осложнением

Из числа осложнений наиболее часто отмечено нагноение операционной раны, плеврит осложнил течение послеоперационного периода у 4 больных, а другие осложнения были по 1-2 наблюдения. У большинства больных возникшие осложнения излечили до выписки из стационара, умерло 4 пациента.

При анализе умерших, которые погибли от возникшей полиорганной недостаточности, было отмечено, что все они пожилого и старческого возраста (74, 77, 87, 93 лет), до операции у всех выявлены сопутствующие заболевания: общий атеросклероз, КБС, гипертоническая болезнь, что представляло высокий риск операции. Так, один больной: поступил с перфоративной язвой желудка с уже развившимся разлитым перитонитом, с уже имевшей место пневмонией и легочной

недостаточности, в день операции умер от полиорганной недостаточности. Второй больной оперирован по поводу панкреонекроза, операция включала удаление некротических участков и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, состояние после операции оставалось тяжелым и несмотря на выполнение комплексной терапии он на 3 день умер от полиорганной недостаточности. Третий больной оперирован по поводу ножевого ранения брюшной полости с повреждением кишечника, после операции умер через 3 часа, не приходя в сознание, выполнение реанимационных мер не имело успеха. И четвертый больной, 93 лет оперирован по поводу ущемления диафрагмальной грыжи пищеводного отверстия, ему была произведена лапаротомия, низведение органов брюшной полости и пластика диафрагмы. Он поступил в клинику с явлениями легочно-сердечной недостаточности, после операции состояние оставалось тяжелым и несмотря на проведенное лечение он умер на 3 сутки после операции.

Анализ случаев летальности показал, что у лиц пожилого и старческого возраста при возникновении острых хирургических заболеваний имеется высокий риск операции. Полученные результаты лечения больных с острыми заболеваниями показали, что необходимо усилить меры профилактики осложнений и пересмотреть подходы к оперативному лечению пожилых больных и ведение их после операции. Этому вопросу и будут посвящены наши дальнейшие исследования.

Выводы:

1. После неотложных операций при заболеваниях и травмах органов брюшной полости частота осложнений составила 23,3%, а летальность 3,9%.
2. Для повышения эффективности оперативного лечения больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости необходимо усилить меры профилактики, которые позволят снизить частоту осложнений и летальность.

Литература

1. Белокрицкий, Д.В. роль некоторых факторов в неспецифической резистентности в возникновении частых послеоперационных осложнений [Текст] / Д.В. Белокрицкий, И.И. Кудряшова, Н.Г. Смирнов // М. ст. науч. тр. – 2003. – С. 7-9.
2. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии [Текст] / В.К. Гостищев. - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 768 с
3. Семина, Н.А. Внутрибольничная инфекция как проблема биобезопасности [Текст] / Н.А. Семина // Вестник Российской академии наук. М. – 2012. - №10. – С. 48-50
4. Мусаев, А.И. Профилактика раневых осложнений в хирургии и оперативной гинекологии [Текст] / А.И. Мусаев, Ж. Мамасали уулу, Н.А. Мусаева // Бишкек: Кут Бер. – 2015. – 119 с.
5. Левин, Ю.М. Лимфотропная антибиотикотерапия [Текст] / Ю.М. Левин, В.М. Буянов, К.Ю. Данилов // Хирургия. – 1987. - №1. – С. 72-75.
6. Привольнев, В.В. Основные принципы местного лечения ран и раневой инфекции [Текст] / В.В. Привольнев, Е.В. Каракулин // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия – 2011. – Том 13, №3. – С. 214-222.
7. Goldman, D.A. Strategies to prevent and control the emergence and spread of antimicrobial – resistant microorganisms in hospital [Text] / D.A. Goldman // JAMA. – 2006. - #3. – P. 234-240.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ**

У.А. Боржиев, М.М. Мамытов

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Результаты хирургического лечения больных с гипертензивным геморрагическим инсультом показали, что эффективным хирургическим методом выбора при мозжечково-полушарном локализации инсультных гематом может рекомендоваться – декомпрессионная трепанация ЗЧЯ. Резекционная трепанация черепа более перспективна у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 см³. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной (базальные ядра), вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 см³. Фрезеотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлияния в не зависимости от локализации и объема гематом.

Ключевые слова: супратенториальные кровоизлияния, субтенториальные кровоизлияния, шкала комы Глазго.

**ГИПЕРТЕНЗИАЛЫК ГЕМОРРАГИАЛЫК ИНСУЛЬТТУ АР КАНДАЙ ОПЕРАТИВДУУ
ЫКМАЛАРЫНЫН КИЙЛИГИШҮҮСҮН БААЛОО**

У.А. Боржиев, М.М. Мамытов

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

Корутунду: Гипертензиалык геморрагиалык инсульт менен бейтаптардын хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы боюнча, гипертензиалык мээге кан куюлуулар каракуш мээнин шаарчасында жайгашса, анда натыйжалуу хирургиялык ыкма деп артык баш сөөктүн чункурчасынын декомпрессиалык трепанациясы сунушталынат. Гематома субкортикалдуу жайгашса, анын көлөмү 60 см³ ашпаса, анда келечектүү жакшы натыйжа берет деп – баш сөөктүн резекциалык трепанациясы сунушталат. Эгерде инсульттук гематома медиалдуу (базалдык ядролор), вентрикулярдуу жайгашса, анын көлөмү 60 см³ ашса, анда натыйжалуу деп – баш сөөктүн пластикалык трепанациясы сунушталат. Мээнин ичиндеги гематоманы фрезеотомия аркылуу тешип сордуруп алуу ыкмасы, кан куюлгандан 20 күн өткөндөн кийингана жасалса жакшы натыйжасын берет.

Негизги сөздөр: супратенториалдык кан куюлуу, субтенториалдык кан куюлуу, Глазго кома шкаласы.

**EVALUATION OF EFFICIENCY OF VARIOUS METHODS OF OPERATIVE INTERVENTIONS
IN HYPERTENSIVE HEMORRHAGIC STROKE**

U.A. Borzhiev, M.M. Mamytov

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of surgical treatment of patients with hypertensive hemorrhagic stroke showed that an effective surgical method of choice for cerebellar hemispheric localization of stroke hematomas can be recommended - decompression trepanation of the PCF. Resection trepanation of the skull is more promising in patients with subcortical localization with a volume of less than 60 cm³ of hematoma. Bone-plastic trepanation of the skull with removal of intracerebral hematomas is more effective in medial (basal nuclei), ventricular localization with a hematoma volume of more than 60 cm³. Fresotomy with puncture aspiration of the intracerebral hematoma is effective on the 20th day after hemorrhage, regardless of localization and volume of hematoma.

Keywords: supratentorial hemorrhage, infratentorial hemorrhage, Glasgow coma scale.

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения, инсульты занимают второе место среди причин смерти. В 2012 г. в мире

от инсульта погибли 6,8 млн. человек, что составило 11,9% от всех умерших [1]. Частота же гипертензивных внутримозговых кровоизлияний

(ГВМК) среди всех нарушений мозгового кровообращения доходит до 10-20% [2, 3].

Крупнейшее международное рандомизированное исследование хирургического лечения ГВМК STICH (The International Surgical Trail in Intracerebral Hemorrhage), включавшее около 1000 пациентов, показало, что ургентная краниотомия и эвакуация гематомы в течение первых 72 часов не ассоциируется с благоприятными исходами по сравнению с консервативными методами лечения [2, 4]. При следующем исследовании (STICH II), выполненном в 2013 г., отмечен небольшой, но клинически значимый эффект операций у пациентов с субкортикальными ГВМК без внутрижелудочкового компонента [5]. Многие специалисты используют активную тактику лечения ГВМК и отдают предпочтение хирургическому вмешательству, но именно в этой группе пациентов регистрируются самые большие цифры летальности, достигающие 50%, а у больных, находившихся перед операцией в коме, – 60-80% [3, 6]. Среди выживших после операции 75% остаются глубокими инвалидами [7, 8, 9].

Поэтому анализ результатов хирургического лечения больных с геморрагическим инсультом (ГИ) остается актуальным.

Целью настоящей работы явился оценка результатов хирургического лечения больных с ге-

моррагическим инсультом, обусловленного артериальной гипертензией, для определения эффективности различных методов хирургических вмешательств.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 90 больных с геморрагическим инсультом. Все больные были прооперированы в отделениях нейрохирургии и нейротравматологии НГ МЗ КР в период 2010 года по 2016 годы. Возраст больных варьировал от 43 до 76 лет. Мужчин было 57, женщин - 33. Всем больным при поступлении выполняли компьютерную или магнитно-резонансную томографию. Основным этиологическим фактором во всех случаях являлась гипертоническая болезнь.

Результаты и обсуждения. Средний возраст прооперированных больных составил 60 лет (самому молодому было 43 лет, самому старшему 76 лет). Среди прооперированных больных было 63,3% мужчин и 36,7% женщин. Среди оперированных больных у 26,6% уровень бодрствования был 14-15 баллов по ШКГ, у 21,1% – от 11 до 13 баллов ШКГ, у 24,4% – от 8 до 10 баллов по ШКГ, у 27,8% от 3 до 6 баллов по ШКГ. Летальность у больных с уровнем бодрствования 14-15 баллов по ШКГ не отмечалась, при 11-13 баллов по ШКГ летальность составила 12%, при 8-10 баллах – 22%, при 3-6 баллах – 33,3% (табл. 1).

Таблица 1

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от уровня сознания

Уровень сознания	С улучшением	Летальность	Всего
Ясное	17 (100%)	0	17 (100%)
Заторможенное	22 (88%)	3 (12%)	25 (100%)
Сопор	21 (78%)	6 (22 %)	27 (100%)
Кома	14 (66,7%)	7 (33,3%)	21 (100%)

В зависимости от вида хирургического вмешательства больные были разделены на четыре группы.

В первую группу вошли 52 больных. Этим больным проводилась костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом. При этом методе хирургического лечения летальность составила 19,2%.

Во вторую группу вошли 28 больных. Этим больным осуществлялась резекционная трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом, летальность составила 14,28%.

В третью группу вошло 7 больных. Этим больным проводилась фрезеотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы, при этом летальность составила 28,57%.

В четвертую группу вошли 3 больных с кровоизлиянием в полушария мозжечка. Этим больным проводилась декомпрессионная трепанация задней черепной ямки с удалением гематомы, при этом летальность не отмечалась, все 3 больные выписаны с улучшением (табл. 2).

Таблица 2

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от методов операции

Метод операции	С улучшением	Летальность	Всего
КПТЧ	42 (80,8%)	10 (19,2%)	52 (100%)
РТЧ	24 (85,72%)	4 (14,28%)	28 (100%)
Фрезеотомия	5 (71,43%)	2 (28,57%)	7 (100%)
Декомпрессионная трепанация ЗЧЯ	3 (100%)	-	3 (100%)
Исход всех оперированных больных	74 (82,2%)	16 (17,8%)	90 (100%)

Из всех оперированных 90 больных 74 (82,2%) больных выписаны с улучшением, а 16 (17,8%) больных с летальным исходом.

По расположению ГИ, основываясь на данных компьютерной томографии головного мозга, пациенты были разделены на две группы:

В первую группу вошли – 81 пациент с супратенториальными кровоизлияниями, летальность среди которых составила 17,3%.

Во вторую группу вошли – 9 пациентов с субтенториальными кровоизлияниями, летальность среди которых составила 22,2%.

В первой группе больные субкортикальные (лобарные) кровоизлияния диагностированы у 42 пациентов, где летальность была самой низкой 9,5%, медиальные (в базальные ганглии) кровоизлияния – у 9 больных, где летальность составила 11,1% и субкортикальное кровоизлияние с прорывом в желудочки (вентрикулярное) обнаружены у 30 больных, где летальность была самой высокой 30% (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исхода хирургического лечения в зависимости от локализации ГИ

Локализация	С улучшением	Летальность	Всего
Субкортикальные(лобарные)	38 (90,48%)	4 (9,52%)	42 (100%)
Медиальнее и базальные ядра	8 (88,89%)	1 (11,11%)	9 (100%)
С прорывом в желудочки	21 (70%)	9 (30%)	30 (100%)
Супратенториальные	7 (77,78%)	2 (22,22%)	9 (100%)

Кроме того, проведен анализ частоты летальных исходов в зависимости от объема ГИ и степени дислокации срединных структур. Среди умерших прооперированных больных распределение по

объему ГИ было следующим: до 60 см³ – 11,5% случаев, от 61 до 80 см³ – 9,52%, от 81 до 120 см³ – 22,58% и выше 121 см³ – 33,3% (табл. 4).

Таблица 4

Результаты исхода хирургического лечения в зависимости от объема ГИ

Объем гематомы в см ³	С улучшением	Летальность	Всего
До 60	23 (88,47%)	3 (11,53%)	26 (100%)
От 61 до 80	19 (90,48%)	2 (9,52%)	21 (100%)
От 81 до 120	24 (77,42%)	7 (22,58%)	31 (100%)
От 121 и более	8 (66,7%)	4 (33,3%)	12 (100%)

Распределение умерших больных по степени дислокации срединных структур было следующим:

до 2 мм – в 11,1% случаев, от 3 до 6 мм – в 21%, свыше 10 мм – в 40% (табл. 5).

Таблица 5

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от дислокации срединных структур

Степень дислокации срединных структур	С улучшением	Летальность	Всего
До 2 мм	8 (88,9%)	1 (11,1%)	9 (100%)
От 3 до 6 мм	8 (80%)	2 (20%)	10 (100%)
От 10 мм и более	3 (60%)	2 (40%)	5 (100%)
Исход всех оперированных с дислокацией срединных структур	19 (79,17%)	5 (20,83%)	24 (100%)

Также проведен анализ частоты летальных исходов в зависимости от сроков оперативного лечения. Среди умерших прооперированных больных распределение по срокам оперативного

лечения было следующим: 1-3 сутки – 23,7% случаев, 4-6 сутки – 16,6%, 7-9 сутки – 12,5%, 10 сутки и более – 11,1% (табл. 6).

Таблица 6

Результаты исхода хирургического лечения ГИ в зависимости от сроков операции

Сроки операции	С улучшением	Летальность	Всего
1-3 сутки	29 (76,3%)	9 (23,7%)	38 (100%)
4-6 сутки	15 (83,4%)	3 (16,6%)	18 (100%)
7-9 сутки	14 (87,5%)	2 (12,5%)	16 (100%)
10 сутки и более	16 (88,9%)	2 (11,1%)	18 (100%)

Выводы:

1. Эффективным хирургическим методом выбора при мозжечково-полушарном локализации инсультных гематом может рекомендоваться – декомпрессионная трепанация ЗЧЯ.
2. Резекционная трепанация черепа более перспективно у больных с субкортикальной локализацией с объемом гематом менее 60 см³.
3. Костно-пластическая трепанация черепа с удалением внутримозговых гематом более эффективна при медиальной (базальные ядра), вентрикулярной локализации с объемом гематом более 60 см³.
4. Фрезотомия с пункционной аспирацией внутримозговой гематомы эффективна на 20 сутки после кровоизлияния в не зависимости от локализации и объема гематом.
5. Прогностически благоприятными для хирургического лечения служат инсультные гематомы с объемом менее 60 см³ и с угнетением сознания пациентов не ниже глубокого оглушения (более 10 баллов по ШКГ) с дислокацией срединных структур головного мозга до 3 мм.
6. Хирургическое лечение в течение 72 часов инсультных гематом сопряжено с высоким риском послеоперационной летальностью при их супратенториальной, вентрикулярной локализациях, в объеме более 70 см³ с дислокацией срединных структур головного мозга более 10 мм, с угнетением сознания пациентов глубже сопора (7 баллов и менее по ШКГ).

Литература

1. 10 ведущих причин смерти в мире: информационный бюллетень ВОЗ [Электронный ресурс]. - 2014. - №310. Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru> (дата обращения 08.03.2016 г.).

2. Джинджихадзе, Р.С. Декомпрессионная краниотомия при внутричерепной гипертензии / Р.С. Джинджихадзе, О.Н. Древаль, В.А. Лазарев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 112 с.
3. Крылов, В.В. Хирургия геморрагического инсульта / В.В. Крылов, В.Г. Дашьян, С.А. Буров. - М.: Медицина, 2012. - 336 с.
4. Mendelow, A.D. STICH investigators. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial intracerebral haematomas in the International Surgical Trial in Intracerebral Haemorrhage (STICH): a randomised trial / A.D. Mendelow, B.A. Gregson, H.M. Fernandes // *Lancet*. -2005. -Vol. 365. -P. 387-397.
5. Mendelow, A.D. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomised trial / A.D. Mendelow, B.A. Gregson, E.N. Rowan // *Lancet*. -2013. -Vol. 382. - P. 397-408.
6. Ахмадиев, Р.Н. Опыт применения пункционно аспирационного удаления нетравматических внутримозговых гематом в сочетании с локальным фибринолизом / Р.Н. Ахмадиев, В.Э. Банашкевич, Р.И. Тоторкулов // *Тихоокеанский медицинский журнал*. -2012. - №4. - С. 90-92.
7. Свистов, Д.В. Результаты хирургического лечения больных с первичными внутримозговыми кровоизлияниями / Д.В. Свистов, В.А. Мануковский, Д.А. Волк // *Нейрохирургия*. - 2010. - №2. - С. 26-33.
8. Смянович, А.Ф. Ранние результаты хирургического лечения гипертензивных внутримозговых кровоизлияний / А.Ф. Смянович, А.Л. Танин, А.М. Головкин // *Российский нейрохирургический журнал*. - 2014. - Т. IV. - С. 122-123.
9. Филиппов, А.И. Результаты хирургического лечения гипертензионных внутричерепных кровоизлияний в НИИ СП им. И.И. Джанелидзе / А.И. Филиппов, А.В. Щербинин, А.А. Задорожний // *Российский нейрохирургический журнал*. - 2014. -Т. IV - С. 128.

**КОМПЛЕКСНАЯ ДИАГНОСТИКА И СРАВНИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДИСПЛАЗИИ
ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ**

Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлена ранняя диагностика и сравнительное лечение различными способами при дисплазии тазобедренных суставов. В диагностике применены клинический осмотр, УЗИ и рентгенография. Лечение: дети с ДТБС разделены на 3 группы: в первой группе применены подушка Фрейка, второй группе шина Виленского, в третьей группе нами разработанное устройство Джумабекова. Изучены ближайшие и отдаленные результаты у всех групп.

Ключевые слова: Дисплазия тазобедренного сустава, ранняя диагностика, подушка Фрейка, шина Виленского, устройство Джумабекова.

**БАЛДАРДЫН ЖАМБАШ САН МУУН ДИСПЛАЗИЯСЫНЫН
КОМПЛЕКСТИК ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА САЛЫШТЫРМА ДАРЫЛООСУ**

Э.Ж. Джамалбекова, Э.А. Байгараев

Бишкек травматологиялык жана ортопедия илим-изилдөө борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Илимий иште жамбаш сан муунун дисплазиясында алдын алуу диагностика жолдор менен салыштырмалуу дарылоосуна байланыштуу, берилген клиникалык текшерүүнү колдонулат, УЗИ жана рентген жамбаш сан муунун дисплазиясынын дарылоосунда, иштеп чыгарылган топ 3-кө бөлүнөт:

1-топко Фрейк жаздыгы, 2-топко Вилен шинасы, 3-топко иштеп чыгарылган Джумабеков түзүлүшү кирет. Ар бир топтун дароо жана узак мөөнөтүнүн натыйжалары изилденген.

Негизги сөздөр: Жамбаш сан муунун дисплазиясы, алдын алуу диагностикасы, Фрейк жаздыгы, Вилен шинасы, Джумабеков түзүлүшү.

**COMPLEX DIAGNOSTICS AND COMPARATIVE TREATMENT
OF HIP DYSPLASIA IN CHILDREN**

E.Dzh. Dzhambalbekova, E.A. Baygaraev

Bishkek Scientific Center of Trauma and Orthopedics.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: In the work presents early diagnosis and comparative treatment in various ways for dysplasia of the hip. Clinical examination, ultrasound and radiography are used in diagnosis. Treatment dysplasia of the hip joint is divided into 3 groups: in the first group, the pillow of Freik, the second group of the Vilenskiy tire, the third group developed by us Jumabekova. Short-term and all groups are studied.

Keywords: Hip dysplasia, early diagnosis, Freiks pillow, Vilenskys bus, Jumabekovs device.

Актуальность. Дисплазия тазобедренных суставов является одним из самых частых и трудно диагностируемых в первое время заболеваний у детей, нередко приводящих к инвалидизации. В структуре врожденных ортопедических заболеваний врожденный вывих бедра занимает одно из первых мест. По данным разных авторов, дисплазия встречается в 0,7-25 случаях на 1000 новорожденных [1, 2]. При неадекватном или позднем начале лечения данной патологии у 10-60% больных в последствие развивается диспластический коксартроз тазобедренного сустава. Учитывая, что дисплазия тазобедренных суставов относится к скрытым порокам развития, чаще всего неонатологи, педиатры или детские хирурги данную

патологию у детей в условиях амбулатории не выявляют, что приводит к упущению оптимальных сроков начала лечения. Возникают трудности и при лечении детей с дисплазией тазобедренных суставов в ранние сроки, т. к. эти дети не проходят первичный осмотр ортопеда.

Актуальность данной проблемы заключается в том, что наиболее полное восстановление анатомических структур и функции тазобедренных суставов у детей происходит при ранней диагностике и лечении, начатом в грудном возрасте [3, 4, 5]. Анатомо-функциональные, трофические нарушения компонентов тазобедренного сустава без адекватного лечения с ростом ребенка прогрессируют и приводят в дальнейшем к тяжелым

структурным изменениям в суставе [5]. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции опоры и движения, при этом возникают изменения положения таза, искривление позвоночника, развитие остеохондроза и коксартроза с последующей инвалидизацией в молодом возрасте [1-3]. В нашей работе представлен полный отказ от одномоментного закрытого вправления и этапных гипсовых повязок, использование новой разработанной функциональной шины Джумабекова с предпозиционной подготовкой позволили почти в 98% случаев избежать такого осложнения, как ишемический пострпозиционный некроз головки бедренной кости.

Материалы и методы исследования

За период с 2015-2017 годы в отделении детской ортопедии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии наблюдались 150 детей в возрастной группе от 1-го месяца до 12 месяцев.

В зависимости от использованного ортопедического пособия при лечении ДТБС все больные разделены на три группы. Первая группа состояла из 50 детей (65 суставов), лечившихся в подушке Фрейка (Рис. 1), вторая группа – 50 детей (58 суставов): лечение проводилась в шине Виленского (Рис. 2), третью группу составили 50 детей (85 суставов), у которых лечение проводилось с разработанным устройством Джумабекова (Рис. 3).



Рис. 1. Ребенок Ш.Р., 5-месяцев в подушке Фрейка.

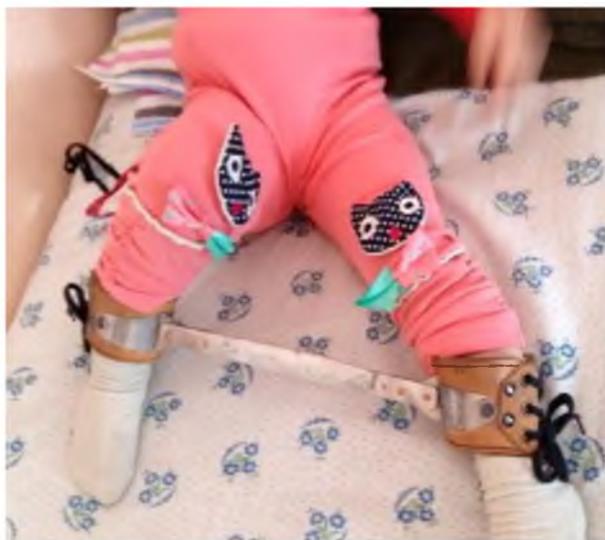


Рис. 2. Ребенок К.С., 6-месяцев в шине Виленского.

Разработанное нами устройство Джумабекова (получен патент КР №189 от 30.06.2015 г.) представляет собой аппарат из параллельных раздвижных металлических планок и неподвижных кожаных манжеток со шнурками, а также соединяющей раздвижной планки (рис. 4). Производится фиксация нижней трети бедра и нижней трети голени в положении отведения и внутренней (около на 5-7 градуса) ротации нижней конечности. При этом головка бедренной кости центрируется в полости вертлужной впадины, и создается благоприятное условие для кровообращения тазобедренного сустава, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренного и коленного сустава. С помощью раздвижных планок постепенно атравматично достигаем оптимального положение бедер, периодически выполняется дозированное отведение устройства под контролем рентгенограммы и ультразвукографии тазобедренного сустава до полного выздоровления, обеспечивая тем самым центрирование головки бедренной кости во впадину у детей с ДТБС.

Использовали основные методики обследования:

1. Клинический осмотр.
2. УЗИ тазобедренных суставов производится по методике Graf R.
3. Рентгенография с использованием схемы Хильгенрейнера – Эрлахера.



Рис. 3. Ребенок А.Д., 8-месяцев в устройстве Джумабекова.

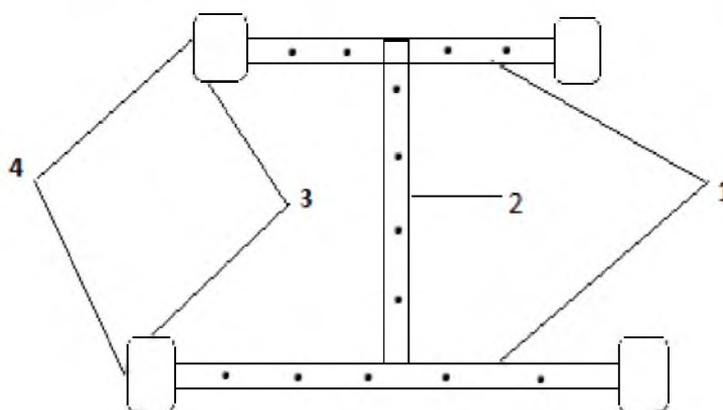


Рис. 4. Устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренного сустава у детей.

- 1). Параллельные раздвижные металлические планки.
- 2). Соединяющая раздвижная планка.
- 3,4). Неподвижные кожаные манжетки со шнурками.

С первого дня всем детям, независимо от использования ортопедического изделия, проводилась дополнительная терапия для улучшения кровообращения, стимуляции репаративных процессов в костно-хрящевом и мягкотканых компонентах суставов (электрофорез с сосудорасширяющими препаратами на пояснично-крестцовую область, электрофорез с CaCl на область тазобедренных суставов, парафиновые аппликации, корригирующий массаж спины и ягодиц, лечебная физкультура).

Результаты

При анализе клинично-рентгенологических данных при лечении ДТБС были получены следующие результаты: у пациентов, получивших лечение с подушками Фрейка – у 11 детей результат отличный (7,48%), хороший – у 14 (9,52%), удовлетворительный – у 20 (13,6%), неудовлетворительный – у 5 детей (3,4%).

Лечение пациентов второй группы осуществлялось в шине Виленского: отличный результат выявлен у 12 детей (7,92%), хороший у 19 (12,54%),

удовлетворительный – у 11 (7,26), неудовлетворительный – у 8 детей (5,28%).

При изучении у пациентов третьей группы отличный результат получен у 32 детей (21,12%) и хороший результат у 18 детей (11,88%). Неудовлетворительных результатов не было.

Выводы:

1. Сравнительный анализ результатов инструментального исследования больных с ДТБС, лечившихся с разными ортопедическими устройствами выявил наибольшую степень патологического сдвига при использовании подушки Фрейка и шины Виленского.
2. Разработанное устройство Джумабекова позволяет получить наибольшее количество хороших результатов при лечении ДТБС у детей.

Таким образом, предлагаемое нами устройство Джумабекова для лечения дисплазии тазобедренных суставов у детей улучшает фиксацию нижних конечностей, позволяет постепенно атравматично достичь оптимального положения бедер,

при этом головки бедренных костей центрируются в полости вертлужной впадины и создается благоприятное условие для кровообращения тазобедренных суставов, а также правильно направляется вектор вертикализации тазобедренных и коленных суставов.

Литература

1. Леванова, И.В. Ранняя диагностика дисплазий тазобедренного сустава и показания к различным методам лечения у детей в возрасте до 3х месяцев: Автореф. дис. канд. мед. наук / И.В. Леванова. – М., 1991. – 12 с.
2. Мальцева, Л.В. Возможности использования метода ультрасонографий в диагностике дисплазий и врожденного вывиха бедра у детей / Л.В. Мальцева, Т.Н. Менщикова, М.П. Тепленький // Бюл.ВСНЦ СО РАМН. – №6, Т. 2. – 2002.
3. Куценко, Я.Б. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава. Врожденный подвывих и вывих бедра / Я.Б. Куценко, Э. А. Рулла, В.В. Мельник. – Киев, 1992. – 180 с.
4. Bar-On, E. Early innominate osteotomy as a treatment for avascular necrosis complicating developmental hip dysplasia / E.Bar-On, M.H.Huo, P.A. DeLuca.// J. Pediatr. Orthop. - 1997. - Vol. 6-B. - P. 138-145.
5. Pun, S. Hip dysplasia in the young adult caused by residual childhood and adolescent-onset dysplasia / S. Pun // Curr Rev Musculoskelet Med. - 2016 Dec. – V. 9(4). – P. 427-434.

**ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ В ОТДЕЛЕНИЯХ ВЫСОКОГО РИСКА.
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ИНФЕКЦИИ
В ОБЛАСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА
(обзор литературы)**

А.И. Мусаев¹, Э.Б. Исаев¹, Максут у. Э.¹, М.Ж. Алиев²

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

² Городская клиническая больница №1, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлена проблема инфекций в области хирургического вмешательства. В материале приводится анализ различных отечественных и зарубежных литературных источников, посвященных внутрибольничным хирургическим инфекциям. Важными моментами обзора являются актуальность проблемы в Кыргызстане, России, США и Европе, экономические потери от инфекционных осложнений в хирургии, профилактика ИОХВ.

Ключевые слова: инфекции в хирургии, операция, инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ), профилактика ИОХВ.

**ЖОГОРКУ ТОБОКЕЛДИК БӨЛҮМДӨРҮНДӨГҮ ИНФЕКЦИЯЛЫК КӨЗӨМӨЛ.
ХИРУРГИЯЛЫК КИЙЛИГИШҮҮ УЧУРУНДАГЫ
ИНФЕКЦИЯНЫН ЭКОНОМИКАЛЫК МААНИСИ
(адабий сереп)**

А.И. Мусаев¹, Э.Б. Исаев¹, Максут у. Э.¹, М.Ж. Алиев²

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Комбустиология курсу бар жалпы практикадагы хирургия кафедрасы

² №1 Шаардык клиникалык ооруканасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада хирургиялык кийлигишүү учурундагы инфекцияларга тийиштүү көйгөйлөр берилди. Макалада ар түрдүү ата мекендик жана чет элдик оорукана ичиндеги хирургиялык инфекцияларга арналган адабий булактарга талдоо жүргүзүлдү. Маанилүү маселе болуп Кыргызстандагы, Россия, АКШ жана Европадагы аталган көйгөйдүн актуалдуулугу, инфекциянын айынан болуп жаткан экономикалык жоготуулар эсептелет.

Негизги сөздөр: хирургиядагы инфекция, операция, хирургиялык кийлигишүү учурундагы инфекция, алдын алуу.

**INFECTION CONTROL IN HIGH RISK DEPARTMENTS.
THE ECONOMIC SIGNIFICANCE OF SURGICAL SITE INFECTION
(literature review)**

A.I. Musaev¹, E.B. Isaev¹, Maksut u. E.¹, M.J. Aliev²

¹ Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev
Department of General Surgery with a course of combustiology.

² City Clinical Hospital No. 1, Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary: The article presents the problem of infections in the field of surgical intervention. The material analyzes various domestic and foreign literary sources devoted to nosocomial surgical infections. Important aspects of the review are the urgency of the problem in Kyrgyzstan, Russia, the United States and Europe, the economic losses from infectious complications in surgery, prevention of SSI.

Key words: infections in surgery, surgery, surgical site infection (SSI), prevention of SSI.

Актуальность проблемы. Почему мы говорим об инфекциях в области хирургического вмешательства (ИОХВ)?

Раневые инфекции в хирургии это источник многих осложнений и причина летальности, особенно у пациентов, относящихся к группам риска. Ежегодно значительную долю в структуре

расходов лечебных учреждений занимают затраты на лечение гнойно-воспалительных осложнений. И при этом комплексный подход решения данной проблемы применяется лишь в единичных случаях и требует дополнительного обсуждения в медицинском сообществе [1, 2, 3, 4].

ИОХВ являются наиболее распространенными среди всех ИСМП и составляет 31% у пациентов, проходивших лечение в стационарах экстренной помощи [5].

Так, в 2010 году в США было выполнено 16 млн. оперативных вмешательств. При этом частота инфекций области хирургического вмешательства составила 1,9%. Этот показатель остается на достаточно стабильном уровне в связи со старением населения и увеличением количества проводимых операций в год [6].

Смертность у пациентов с ИОХВ находится на уровне 3%. В исследовании, проведенном в 2002 году в США, был проведен анализ частоты ИОХВ и летальности, связанной непосредственно с инфекциями хирургической раны. У пациентов с ИОХВ показатель смертности составил 14,5% против 1,8% у пациентов без ИОХВ [7].

По европейским данным ежегодно регистрируется 4 млн. случаев ИСМП, 37000 из них заканчиваются летальным исходом [8]. ИОХВ значительно увеличивают срок пребывания пациента в стационаре, нередко требуют проведения дополнительных хирургических вмешательств, лечения пациента, что существенно увеличивает материальные затраты.

Экономический ущерб от ИОХВ заключается в прямых дополнительных затратах на пребывание и лечение пациента в стационаре, а также косвенно в результате увеличения сроков временной нетрудоспособности пациента, а иногда и инвалидности.

По данным Donald E. Fry [9] дополнительные затраты на лечение поверхностных раневых инфекционных осложнений составляют не менее 400 долларов США. Лечение более сложных случаев, таких как инфекция эндопротеза сустава или инфекции стерильной области после кардиохирургических вмешательств могут потребовать до 10000 и более долларов. В структуре затрат ЛПУ лечение ИОХВ может занимать до 1% годового бюджета.

Приказом МЗКР № 835 от 18.09.17 года в лечебных учреждениях КР были проведены семинары и тренинги по совершенствованию системы инфекционного контроля в отделениях высокого риска ОРИТ и хирургии, где были задействованы коллеги из Литвы. Объездив 14 центральных и областных ЛПУ Кыргызстана, мы пришли к заключению, что ИОХВ остается актуальной проблемой в нашей республике.

Таким образом, ИОХВ занимают значительную долю в структуре нозокомиальной инфекции в стационарах хирургического профиля и требуют

более тщательного анализа причин возникновения, эпидемиологии, мер профилактики и лечения.

Факторы, влияющие на развитие ИОХВ

Факторы, приводящие к инфицированию операционной раны, делятся на 2 большие группы: экзогенные и эндогенные.

Ведущую роль в развитии ИОХВ играют эндогенная микрофлора кожных покровов, слизистых оболочек и полых органов. При разрезе кожи и слизистых оболочек происходит перенос микробной флоры в открытые ткани. Чаще всего, эндогенная флора представлена грамположительными кокками (стафилококками). При вскрытии просвета кишечника микробный состав может быть представлен грамотрицательными палочками (кишечная палочка) [10].

Некоторые исследователи выделяют еще один путь инфицирования операционной раны. Это перенос бактерий из отдаленного очага инфекции. Чаще всего, таким очагом может служить протез или имплантат установленный ранее [11].

Экзогенные источники инфицирования включают в себя персонал операционной, воздух операционной, а также инструментарий, операционные покрытия, шовный материал. Чаще всего, это микроорганизмы, попадающие в рану с кожных покровов членов операционной бригады. Выдыхаемый воздух также рассматривается как источник микроорганизмов. Чаще всего, микроорганизмы представлены грамположительными кокками (стафилококками) [12].

Таким образом, риск развития ИОХВ определяется степенью бактериальной контаминации раны и резистентностью организма.

Основные пути профилактики ИОХВ

В данном обзоре мы рассматриваем наиболее часто упоминаемые в литературе пути профилактики развития инфекционных осложнений в области операционной раны.

Американскими исследователями проблема профилактики ИОХВ определяются основные направления, которые доказали свою эффективность в многолетней практике. В качестве основной меры предлагается периоперационная антибиотикопрофилактика [13, 14].

Среди других необходимых мер профилактики ИОХВ авторы выделяют контроль уровня глюкозы у пациентов с оперативными вмешательствами на сердечно-сосудистой системе [15], удаление волос (не бритье) в области оперативного вмешательства [16], поддержание нормотермии у пациентов с колоректальной патологией [17].

Методы профилактики экзогенного инфицирования операционной раны упоминаются в меньшем количестве исследований и во многом затрагивают подход к выбору и оценке средств индивидуальной защиты медицинского персонала. Средствами индивидуальной защиты (СИЗ) являются шапочки, маски, операционные халаты и хирургические костюмы.

В исследовании Karen K. Leonas [18] приведены данные о влиянии количества стирок операционных халатов на бактериальную проницаемость. В результате эксперимента было выявлено, что материалы, содержащие хлопок, после 25 и 50 стирок теряют отталкивающие свойства из-за изменения в структуре материала и не способны препятствовать экзогенному инфицированию.

Микробная проницаемость тканых и нетканых материалов, используемых для изготовления хирургических халатов и простыней, отличается в зависимости от плотности и структуры материала. Не все они способны противостоять протеканию жидкости с инфекционными агентами на протяжении разных периодов времени. Обычный хлопок и лен и необработанная специальным водоотталкивающим средством хлопчатобумажная ткань становятся проницаемыми для бактерий практически сразу же. Среди нетканых материалов, используемых для изготовления хирургических халатов и простыней, способностью противостоять протеканию жидкостей с инфекционными агентами на протяжении всех тестов обладал только композиционный материал с пластиковой пленкой [19].

Немаловажную роль в передаче инфекции от хирургического персонала к пациенту играют хирургические костюмы. Традиционные операционные костюмы из хлопчатобумажной ткани с неплотным переплетением сравнивались с одеждой из нетканых материалов; предметом сравнения было то, насколько эффективно они препятствуют переходу бактерий, населяющих кожу, в воздух операционных залов. Минимальные уровни микробного загрязнения воздуха операционных обнаруживались в том случае, когда костюмы из нетканых материалов использовали все члены операционной бригады [20].

Таким образом, только комплексный подход к проблеме предотвращения развития инфекций послеоперационной раны может рассматриваться как обоснованный. Использование рациональной антибиотикопрофилактики, поддержание нормотермии, контроль глюкозы, тщательная асептическая обработка операционного поля спиртовыми антисептиками, выбор качествен-

ного операционного белья, халатов, хирургических костюмов позволяют рассчитывать на снижение микробной контаминации операционной раны.

Распространенность и состояние проблемы ИОХВ в Кыргызстане

В Кыргызстане официальные данные о частоте развития ИОХВ крайне недостоверны по ряду причин. Подавляющее число больниц скрывают факты развития ИОХВ в связи с тем, что могут быть наказаны со стороны администрации. В некоторых случаях некомпетентность врачей, т.е. незнание классификации ран. В России это может привести к санкциям со стороны страховых компаний и отказу в оплате лечения пациента. Поэтому, статистика, предоставляемая по результатам анализа медицинской документации, содержит показатель ИОХВ, заниженный в несколько раз. Если верить данным отчетам, то частота развития ИОХВ, к примеру, в Кыргызстане и России меньше чем в Европе в 5 раз и меньше, чем в США в 3,5 раза.

В ряде исследований приводятся цифра в 6,5% после проведения плановых операций. При этом в Европе и США этот показатель составляет 1,5-2%. Отсутствие единой системы учета ИОХВ, игнорирование стандартных международных алгоритмов регистрации инфекций, необоснованное назначение антибиотиков, отсутствие единых рекомендаций по профилактике микробной контаминации хирургических ран, приводит к увеличению числа ИОХВ и вынуждает медицинский персонал бороться с этой проблемой самостоятельно и бессистемно [21, 22, 23, 24, 25, 26].

В то время как большинство экспертов сосредоточили свои усилия на профилактике эндогенного инфицирования (антибиотикопрофилактика, нормогликемия, нормотермия), экзогенные факторы практически не обсуждаются. В основе развития ИОХВ лежит количество микроорганизмов, попадающих в операционную рану [27]. Правила асептики и антисептики операционного поля считаются ни на что не влияющей рутинной процедурой. Однако, выбор антисептика, операционного белья и индивидуальных средств защиты является важным фактором профилактики ИОХВ. В Европейских странах использование многоцветного белья и операционных покрытий встречается крайне редко.

Выбор продукции, которая используется для профилактики ИОХВ, зачастую осуществляется интуитивно. При этом цена продукции является определяющим фактором в тендерных закупках, при определении поставщика. Существуют качественные характеристики, которые определяют

способность операционного белья и халатов снижать риски инфицирования операционной раны. Микробная проницаемость, плотность, впитываемость играют ключевую роль в инфекционной безопасности. Наличие технической документации, подтверждающее те или иные характеристики продукта, также является обязательными для изучения при принятии решения. Создавая иллюзию защиты, некачественные материалы во многом способствуют инфицированию пациента, как эндогенным путем, так и экзогенным [28,29,30].

Отсутствие единых алгоритмов профилактики ИОХВ, существующая система оплаты услуг, предоставляемых ЛПУ, тендерная система госзакупок, направленная на снижение цены и не учитывающая качество поставляемой продукции, устаревшие образовательные программы для врачей-эпидемиологов в совокупности определяют состояние проблемы ИОХВ в Кыргызских стационарах.

Пути снижения частоты развития ИОХВ.

Снижение частоты развития ИОХВ является комплексной задачей, в рамках которой должны учитываться факторы, как пациента, так и операционной. К факторам пациента относятся возраст, инфекции других локализаций, сахарный

диабет, ожирение, наличие сопутствующей соматической патологии, недостаточное питание, продолжительное пребывание в стационаре перед операцией [31]. К наиболее значимым факторам операционной относят вентиляцию, окружающие поверхности, стерилизацию инструментов, одежды хирургов и операционного белья, комплекс периоперационных асептических мероприятий, хирургическую технику и уход за послеоперационной раной.

В литературе даны руководства по профилактике ИОХВ (НІСРАС). Так, международные рекомендации по профилактике ИОХВ делятся на группы на основании научных данных и теоретической доказанности. Рекомендации категории ІА и ІВ сформулированы на основе хорошо организованных клинических и эпидемиологических исследований. Рекомендации ІІ категории основаны на предположительных данных клинических исследований. Категория «Рекомендации отсутствуют; Нерешенный вопрос» включает мероприятия, по которым нет единого мнения в медицинском сообществе и их применение ограничено.

Руководство по профилактике ИОХВ (НІСРАС) рекомендует следующие меры профилактики ИОХВ (таблица 1.)

Таблица 1

Меры профилактики ИОХВ

Рекомендуемое мероприятие	Категория эффективности
Купирование отдаленных очагов инфекции перед плановыми операциями	Категория ІА
Не удалять волосы перед операцией, если они не препятствуют ее проведению	Категория ІА
В случае необходимости удалять волосы электрическими машинками	Категория ІА
Контроль гипергликемии в периоперационном периоде	Категория ІВ
Отказ от курения за 30 суток до операции	Категория ІВ
Душ накануне операции	Категория ІВ
Использование антисептиков с доказанной эффективностью. Нанесение антисептика концентрическими кругами от центра к периферии	Категория ІІ
Минимизация сроков пребывания пациента в стационаре перед операцией	Категория ІІ
Антисептика кистей/предплечий членов операционной бригады (коротко стриженные ногти, обработка рук 2-5 минут)	Категория ІВ
Отстранение от работы персонала с признаками инфекционных заболеваний, заболеваний кожи	Категория ІВ
Назначение антимикробной профилактики должно проводиться по показаниям на основе активности выбранного препарата против наиболее распространенных возбудителей ИОХВ при конкретных операциях	Категория ІА

Вентиляция должна обеспечивать не менее 15 воздухообменов в час, в операционной должно быть положительное давление по отношению в смежным помещениям, приток воздуха должен осуществляться на уровне потолка, вытяжка — на уровне пола, не следует использовать ультрафиолетовое облучение с целью предотвращения ИОХВ	Категория IV
После последней операции в течение дня следует проводить уборку полов операционной при помощи дезинфектантов	Категория II
Не следует применять липкие коврики на входе в оперблок или операционную	Категория IV
Санитарно-микробиологические исследования поверхностей или воздуха в операционной следует проводить только в случае эпидемиологического расследования	Категория IV
Необходимо использовать хирургические халаты и покрытия операционного поля из водонепроницаемых материалов	Категория IV
Не рекомендуется надевать бахилы в качестве меры профилактики ИОХВ	Категория IV
Рану, закрытую первичным натяжением, следует защищать стерильной повязкой в течение 24-48 часов после операции. Необходимо соблюдать правила асептики при перевязке	Категория IV
Для выявления ИОХВ следует использовать определения ИОХВ, разработанные CDC	Категория IV
Для выявления ИОХВ у госпитализированных больных следует применять прямое или косвенное проспективное наблюдение в течение всего периода госпитального лечения пациента	Категория IV

Таким образом, тщательное выполнение мер профилактики ИОХВ рекомендованных НИСРАС (Консультативный комитет по контролю за внутрибольничными инфекциями) направленно на снижение частоты, гнойно-воспалительных осложнений. НИСРАС работает под эгидой центров по контролю и профилактики болезней (CDC) США и объединяет ведущих специалистов различного профиля.

Литература

1. Белоκριцкий, Д.В. Роль некоторых факторов в неспецифической резистентности в возникновении эройных послеоперационных осложнений [Текст] / Д.В. Белокрицкий, И.И. Кудряшова, Н.Г. Смирнов // Профилактика осложнений в хирургии. Сборник научных трудов. Москва. - 1983. - С. 7-9.
2. Булынин, В.И. Лечение ран с использованием потока озонированного раствора под высоким давлением [Текст] / В.И. Булынин, А.И. Ермакова, А.А. Глухов // Хирургия. - 1998. - №8. - С. 23-24.
3. Кузнецов, В.М. Способ обкладывания подкожной клетчатки в хирургии послеоперационных вентральных грыж [Текст] / В.М. Кузнецов, Б.Р. Игнатьев, А.И. Федоров // Хирургия. - 1992. - №7. - С. 134-136.
4. Мышкин, К.И. Профилактика нагноений послеоперационных ран в неотложной хирургии органов брюшной полости [Текст] / К.И. Мышкин, В.А. Агапов // Хирургия. - 1991. - №12. - С. 139-143.
5. Prevalence of healthcare-associated infections in acute care hospitals in Jacksonville, Florida / J.S. Magill et al. // Infection Control Hospital Epidemiology. - 2012. -33 (3). - P. 283-91.
6. Robson, M.C. Biology of surgical infection / M.C. Robson, T.J. Krizek, J.P. Heggors // Curr. Probl. Surg. - 1973 March. - P. 62.
7. Klevens R.M., Edwards J.R., Richards C.L. Jr., et al. Estimating health care associated infections and deaths in U.S. hospitals, 2002 // Public Health Rep. - 122 (2). - P. 160-6.
8. ECDC SURVEILLANCE REPORT. Surveillance of surgical site infections in Europe 2008-2009
9. Donald E. Fry. Surgical Infections. March 2009, 3(s1): s37-s43. doi: 10.1089/sur. 2002. 3. s1-37.
10. Altemeier W.A., Culbertson W.R., Hummel R.P. Surgical considerations of endogenous infections – sources, types, and methods of control // Surg. Clin. North. Am. - 48. - P. 227-40.
11. Schmalzried T.P., Amstutz H.C., Au M.K., Dorey F.J. Etiology of deep sepsis in total hip arthroplasty. The significance of hematogenous and recurrent infections // Clin. Orthop. - 280. - P. 200-7.
12. Mastro T.D., Farley T.A., Elliott J.A., et al. An outbreak of surgical-wound infections due to group A streptococcus carried on the scalp // N. Engl. J. Med. - 323. - P. 968-72.
13. Bratzler D.W., Houck P.M. Antimicrobial prophylaxis for surgery: An advisory statement from the National Surgical Infection Prevention Project // Am. J. Surg. - 189. - P. 395-404.
14. Мусаев А.И. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики [Текст] / А.И. Мусаев, Т.К. Керималиев // Известия ВУЗов. Спец. Выпуск. Бишкек. - 2003. - №1. - С. 40-43.

15. Latham R., Lancaster A.D., Covington J.F., et al. The association of diabetes and glucose control with surgical-site infection among cardiothoracic surgery patients // *Infect. Control Hosp. Epidemiol.* - 22. - P. 607-612.
16. Alexander J.W., Fischer J.E., Boyajian M., et al. The influence of hair-removal methods on wound infection // *Arch. Surg.* - 118. - P. 347-352.
17. Kurz A., Sessler D.I., Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization: Study of wound infection and temperature control // *N. Eng. J. Med.* - 334. - P. 1209-1205.
18. Leonas K.K., Jinkins R.S. The relationship of selected fabric characteristics and the barrier effectiveness of surgical gown fabrics // *AJIC Am. J. Infect. Control.* - 25. - P. 16-23.
19. Laufman, Harold M.D., Ph.D. F.A.C.S.; EUDY, William W Ph.D.; Vandernoot, Anne M. B.A.; Liu, David B.S.; Harris, Craig A. Strike-through of Moist Contamination by Woven and Nonwoven Surgical Materials.
20. Mitchell N.J., Evans D.S., Kerr A. Reduction of skin bacteria in theatre air with comfortable, non-woven disposable clothing for operating-theatre staff
21. Ефимов Н.В. Профилактическое применение антибиотиков в клинике общей хирургии [Текст] / Н.В. Ефимов, М.И. Сорокина, Н.А. Кузнецов // *Хирургия.* - 1991. - №7. - С. 137-150.
22. Мирзабекян Ю.Р. Прогноз и профилактика раневых осложнений после пластики передней брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи [Текст] / Ю.Р. Мирзабекян, С.Р. Добровольский // *Хирургия.* - 2008. - №1. - С. 66-71.
23. Ballay J.L. Antibioprophylaxie en chirurgie gastro-odenale [Text] / J.L. Ballay, Y. Malledant, C. Blery // *Ann Fr. Anesth. Reanim.* - 1994. - №5. - P. 135-137.
24. Chalkiadakis, G.E. Pre-incisional single-dose ceftriaxone for the prophylaxis of surgical wound infection [Text] / G.E. Chalkiadakis, C. Gonnianakis, A. Tsatsakis // *Am J. Surg.* - 1995. - №4. - P. 353-355.
25. Hedawoo J.B. Role of antibiotics in clean wounds [Text] / J.B. Hedawoo, V.M. Kulkarni, M.S. Gundeti // *J. Indian Med. Assoc.* - 1995. - №8. - P. 293-294.
26. Marfin B.I. The effect of one-time antibiotic prophylaxis on the course of the postoperative period in surgical patients [Text] / B.I. Marfin, I.G. Bachurina, A.N. Red'kin // *Vestn. Khir. Im.* - 1994. - №7. - P. 128-129.
27. Асланов Б.И., Зуева Л.П., Колосовская Е.Н., и др. Принципы организации периоперационной антибиотикопрофилактики в учреждениях здравоохранения. Федеральные клинические рекомендации. - М, 2014. - 42 с.
28. Dellinger E.P. Duration of antibiotic treatment in surgical infection of the abdomen. Undesired effects of antibiotics and future studies [Text] / E.P. Dellinger // *Eur. J. Surg. Suppl.* - 1996. - №5. - P. 29-31.
29. Jewesson P.J. Double-blind comparison of cefazolin and ceftizoxime for prophylaxis against infections following elective biliary tract surgery [Text] / P.J. Jewesson, G. Stiver, A. Wai // *Antimicrob Agents Chemother.* - 1996. - №1. - P. 70-74.
30. Kriaras I. Antibiotic prophylaxis in cardiac surgery [Text] / I. Kriaras, A. Michalopoulos, A. Michalis // *J. Cardiovasc. Surg.* - 1997. - №6. - P. 605-610.
31. Cruse P.J., Foord R. A five-year prospective study of 23,649 surgical wounds // *Arch. Surg.* - 1973. - 107. - 206-10.

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ
ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

А.И. Мусаев, А.С. Касенов, Э.Б. Исаев

Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель исследования оценить эффективность применения раствора декасана и димексида в профилактике гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии. Даны результаты у 130 больных (контрольная группа 30 больных, применение декасана 50 больных, применение димексида 50 больных). В оценке использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования (эхоморфометрия ран). Осложнения в контрольной группе 26,7%, при использовании декасана 10% и димексида 6,0%.

Ключевые слова: Профилактика раны, меры профилактики, осложнения, декасан, димексид.

**ИЧКИ ХИРУРГИЯДАГЫ ЖАРААТЫМ ЫРБАПТАРЫНЫН АЛДЫН АЛУУ
КАРАЖАТТАРЫНЫН ЖАҢЫ ЫКМАЛАРЫ**

А.И. Мусаев, А.С. Касенов, Э.Б. Исаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: изилдөөнүн максаты өзгөчө ич көңдөйүнүн хирургиялык өтүшүп кеткен ооруларын алдын алууга жана чечүүгө натыйжалуу жана ошондой эле декасан менен димексидке баа берүү, жыйынтыктарын 130 бейтаптарды (30 бейтаптардын көзөмөл тобу, декасан менен 50 бейтаптардын, димексид менен 50 бейтаптардын). Берилген баалоо клиникалык, инструменталдык жана лабораториялык изилдөө ыкмалары колдонулган (жаракаттын эхоморфометриялык изилдөөсү). Контролдук топто жараттын ырбаптары 26,7% менен өтүшүп, качан декасан колдонгондо 10% жана димексид колдонгондо 6,0% болду.

Негизги сөздөр: Жаракатты алган, алдын алуу, жаранын профилактикасы, өтүшкөн ооруларды алдын алуу, декасан, димексид.

**NEW APPROACHES TO PREVENTION OF POSTOPERATIVE PURULENT COMPLICATIONS
IN ABDOMINAL SURGERY**

A.I. Musaev, A.S. Kasenov, E.B. Isaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The aim of the study was to evaluate the effectiveness of the use of a solution of decasane and dimexide in the prevention of purulent-inflammatory complications in emergency abdominal surgery. Results are given in 130 patients (control group of 30 patients, application of decasane 50 patients, dimexide administration of 50 patients). The evaluation used clinical, laboratory and instrumental methods of investigation (wound echomometry). Complications in the control group are 26.7%, with decasane 10% and dimexide 6.0%.

Key words: Preventive maintenance of wounds, preventive measures, complications, decasane, dimexide.

*Каждое поколение должно заново создавать
равновесие между поддержанием традиции и разрывом с прошлым*
Конрад Лоренц

Введение.

Основой истории хирургии является многовековая борьба с инфекцией. И в сознании любого хирурга есть отдельная глава, посвященная антибиотикопрофилактике или антибактериальной терапии гнойной инфекции. Исходя из этого и

понимая реалии современного мира, главным антагонистом успешного лечения хирурга, выходит на первый план гнойная инфекция. На основании данной проблемы по сей день ведутся поиски наиболее оптимальных методов профилактики данной проблемы [1, 2].

Многими исследователями отмечено, что при наличии на данный момент известных и ранее разработанных средств и методов антисептики и их совершенствование, процент послеоперационных осложнений остается на высоком уровне, что по ряду источников составляет 4-17% после лапаротомии [3, 4].

Причиной такого внимания к данной проблеме является увеличение числа операций, особенно более сложных, травматичных, снижение иммунологического статуса больных и влияние вредных экологических факторов. Стоит отметить, что наиболее высокий процент осложнений при остром аппендиците и холецистите [5].

Одним из основных причин возникновения воспалительных осложнений является госпитальная инфекция [6, 7, 8]. В свою очередь фактором передачи внутрибольничных инфекций могут быть хирургические инструменты, в связи с этим необходима разработка надежных методов обеззараживания и стерилизации [9].

Многими исследователями отмечено, что в возникновении раневых осложнений после хирургических вмешательств имеет немаловажное значение строгое соблюдение правил асептики и антисептики, метод дренирования брюшной полости и малого таза. Нарушение этих правил приводят к ухудшению течения раневого процесса. Немаловажную роль играют объем и травматичность операции. В свою очередь выполнение тщатель-

ного гемостаза в момент операции является залогом успеха дальнейшего течения раневого процесса [1, 3].

В литературе отмечено много работ связанных с применением антибиотиков с аннотацией их дозировки и способов введения в организм. Многими авторами подмечена целесообразность введения антибиотиков перед операцией и к концу ее для профилактики гнойно-воспалительных осложнений [2, 3, 10].

В многочисленных литературных источниках указана проблема профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений, что вынуждает искать новые методы профилактики, что и явилось для нас основанием для внедрения новых антисептиков для профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Материалы и методики исследования

Под наблюдением было 130 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1, г. Бишкек с 2015 по 2018 г. включительно, оперированных по поводу острых заболеваний органов брюшной полости. Из 130 пациентов нами было выделено 3 группы – первая (30 чел.) у них выполняли традиционные меры профилактики. Вторая группа (100 чел.) была разделена на 2 основные, первая из которых с целью профилактики получала обработку в момент операции декасаном, а вторая – димексидом – они отнесены к основной группе. Распределение больных по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n-130)

Пол	Всего Из них в возрасте						
	абс. ч.	%	до 20 л	21-30	31-40	41-50	Старше 60 л
Мужчины	87	66,9	11	13	11	11	12
Женщины	43	33,1	15	14	17	12	14
Итого абс. ч. %	130 100,0	100,0	26 20,0	27 20,7	28 21,6	23 17,7	26 20,0

Стоит отметить, что мужчины в сравнении с женщинами поступали чаще. При анализе возрастных групп обращает на себя внимание, что удельный вес по возрасту был одинаков почти во всех группах, кроме лиц от 41-50 – они составили 17,7 %.

По характеру заболеваний, как в контрольной, так и основной группах преобладали больные с острым холециститом и аппендицитом, а другие заболевания были у единичных больных. Надо отметить, что в разработку взяты больные только с деструктивными формами холецистита и аппендицита. Характер заболеваний дан в таблице 2.

Таблица 2

Характер заболеваний в контрольной группе и основных групп

Заболевания	Контрольная		Первая основная		Вторая основная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Острый аппендицит	10	33,3	20	40,0	22	44,0
Острый холецистит	17	56,7	28	56,0	27	54,0
Кишечная непроходимость	2	6,7	1	2,0	1	2,0
Ущемленная грыжа	1	3,3	1	2,0	0	0
Итого	30	100,0	50	100,0	50	100,0

В контрольной группе из 10 больных острым аппендицитом флегмонозная форма была у 7, а гангренозная у 3, из 17 больных острым холециститом у 12 была флегмонозная форма, а у 5 гангренозная и из них у 4 – выявлен и местный перитонит. В первой основной группе из 20 больных с острым аппендицитом у 14 – была флегмонозная, а у 6 гангренозная, при чем у 3 осложнена перитонитом, а из 28 пациентов с острым холециститом у 23 флегмонозная форма и у 5 – гангренозная. Во второй основной группе также превалировала флегмонозная форма, как при остром аппендиците, так и холецистите.

Большинство оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, а при остром аппендиците под внутривенным и реже – под местной анестезией.

Доступ зависел от характера заболевания. При остром холецистите в основном использован минилапаротомный доступ (5-6 см), а при остром холецистите с явлениями местного перитонита или выявлении перивезикулярного абсцесса – традиционный лапаротомный доступ (15-18 см). При остром аппендиците доступ – по Волковичу-Дьяконову, а при аппендиците, осложненном перитонитом – нижнесрединная лапаротомия.

В контрольной группе профилактика заключалась в назначении антибиотиков после операции внутримышечно (цефазолин по 1,0 г 2 раза в сутки или ампициллин по 500 тыс. ед. 4 раза в сутки) в комплексе с обезболивающими препаратами по показаниям и инфузионную терапию (солевые растворы с витаминами группы В и С, реополиглюкин). Учитывая частоту осложнений у больных контрольной группы, для профилактики гнойно-воспалительных осложнений использовали декасан и димексид. Мы обратили внимание на литературные сведения о применении этих препаратов в лечении воспалительных заболеваний с хорошим исходом и нам казалось целесообразным использовать их с целью профилактики воспалительных осложнений.

Декасан – 1мл раствора содержит 0,2мг декаметоксина, а вспомогательные вещества – натрия хлорид, вода для инъекций. Препарат оказывает

выраженное бактерицидное действие на аэробную и анаэробную флору, он концентрируется на цитоплазматической мембране микробной клетки, объединяется с фосфатидными группами липидов мембраны, нарушая проницаемость мембраны. В процессе лечения декасаном повышается восприимчивость антибиотикорезистентности микроба до антибиотиков [11,12]. Препарат выпускается ОсОО «Юрия-фарм» (Украина, Киев).

Методика профилактики – после выполнения основного этапа операции (удаление желчного пузыря, аппендикулярного отростка, ликвидации непроходимости кишечника, рассечение ущемленного кольца при ущемленной грыже) брюшную полость орошали 0,02% раствором декасана, затем полость осушали и дренировали микроирригатором, через который в брюшную полость два раза в сутки вводили по 10 мл 0,02% раствор декасана. Рану брюшной стенки также обильно орошали раствором декасана, ушивали и дренировали резиновым выпускником при гангренозной форме холецистита и аппендицита. Микроирригатор удаляли на 3-4 сутки после операции, а выпускник через 24 часа. Эту методику мы использовали в первой основной группе.

Во второй основной группе применили антисептик 50% раствор димексида. Механизм его действия связан с инактивацией гидроксильных радикалов и улучшением метаболических процессов в очаге воспаления, снижением скорости проведения возбуждающих импульсов в периферических нейронах. Оказывает местноанестезирующее, местное противовоспалительное, анальгетическое и противомикробное действие; обладает некоторой фибринолитической активностью. Проникает через кожу и другие биологические мембраны, повышает их проницаемость для лекарственных веществ [13, 14].

Препарат выпускается в стеклянных флаконах по 50 мл и 100 мл «Татхимпрепараты», Россия, г. Казань.

Методика применения: после выполнения основного этапа операции, брюшная полость осушается и дренируется, а рана после ушивания

мышечно-аппоневротического слоя обрабатывается 50% раствором димексида, а выпускник в подкожную клетчатку при гангренозной форме аппендицита и холецистита. В послеоперационном периоде больные основных групп получали традиционную терапию.

Во всех группах для оценки мер профилактики учитывали клинические показатели (нормализация температуры, исчезновение болевого синдрома, нормализация количества лейкоцитов и лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ)), частоту осложнений и сроки стационарного лечения.

Для оценки течения раневого процесса выполняли эхоморфометрические исследования раны

через 1,3 и 5-6 суток после операции. Результаты исследований подвергнуты статистической обработке: определение средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t-критерии по таблице Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Больные контрольной и основной групп оперированы и в послеоперационном периоде мы проследили клиническое течение заболеваний (табл. 3) и течение раневого процесса (табл. 4). При анализе клинического течения обращали внимание на исчезновение болевого синдрома, сроки нормализации температуры, частоту осложнений и сроки стационарного лечения.

Таблица 3

Клинические показатели больных контрольной и основной групп

	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	исчез-е боли, сутки	нормал. темпер., сутки	сроки стац. преб-я, сутки	исчез-е боли, сутки	нормал. темпер., сутки	сроки стац. преб-я, сутки
Контрольная M ₁ ±m ₁	4,2±0,17	2,4±0,03	8,0±0,62	3,1±0,08	2,8±0,12	5,6±0,21
Первая основная M ₂ ±m ₂	2,5±0,3	2,2±0,03	5,7±0,32	2,4±0,09	2,5±0,11	4,3±0,13
Вторая основная M ₂ ±m ₂	2,1±0,15	2,0±0,02	5,4±0,12	2,1±0,13	2,0±0,05	4,1±0,21
P – степень достоверности						
M ₁ -M ₂	<0,01	<0,05	>0,01	<0,05	>0,05	<0,05
M ₁ -M ₃	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01
M ₂ -M ₃	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05

Анализ клинических данных показал, что у больных контрольной группы были существенные различия в сравнении с основными. Так, при сравнении контрольной группы с первой основной, в которой мы использовали 0,02% раствор декасана при остром холецистите и аппендиците после операции достоверно быстрее исчезал болевой синдром, нормализация температуры в этих группах наступала на 2-3 сутки и достоверно сокращались сроки стационарного лечения как после холецистэктомии, так и аппендэктомии.

При сравнении показателей контрольной группы со второй основной, в которой с целью профилактики использован 50% раствор димексида, достоверные различия выявлены в сроках исчезновения болевого синдрома (4,1±0,17 в контрольной и 2,1±0,15 во второй основной), нормализация температуры отмечена быстрее в основ-

ной группе и достоверно короче были сроки стационарного лечения. Следовательно, полученные данные показали целесообразность применения этих двух антисептиков.

Мы сравнили показатели двух основных групп и при этом установлено, что достоверные различия заключались в более быстром исчезновении болевого синдрома при использовании димексида и нормализация температуры, а сроки стационарного лечения были одинаковыми в обеих группах.

Наряду с клиническими показателями мы оценили течение раневого процесса, используя эхоморфометрию ран, которая, по данным ряда исследователей, является более объективным методом и позволяет выявить осложнения до проявления их клинических признаков [8]. Эхоморфометрию выполняли через сутки после операции, на 3 и 5-6 сутки (табл. 4).

Таблица 4

Показатели эхоморфометрии послеоперационной раны

Группы	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	1 сутка	3 сутки	5-6	1 сутка	3 сутки	5-6
Контрольная M ₁ ±m ₁	2,5±0,02	2,8±0,03	2,1±0,01	2,5±0,009	2,8±0,009	2,2±0,01
Первая основная M ₂ ±m ₂	2,3±0,03	2,5±0,01	1,9±0,02	2,4±0,01	2,0±0,01	1,2±0,007
Вторая основная M ₂ ±m ₂	2,4±0,04	2,0±0,06	1,4±0,03	2,3±0,07	2,3±0,06	1,1±0,07
P – степень достоверности						
M ₁ -M ₂	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,01	<0,01
M ₁ -M ₃	>0,05	<0,01	<0,01	>0,05	<0,05	<0,01
M ₂ -M ₃	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Показатели эхоморфометрии через сутки после операции во всех группах были на одном уровне, существенное увеличение зоны инфильтрации наблюдается на 3 сутки как после аппендэктомии, так и после холецистэктомии, а на 5 сутки зона инфильтрации уменьшается. В тех случаях, когда на 5 сутки зона инфильтрации остается прежней или увеличивается в сравнении с показателями на 3 сутки, то это явилось для нас основанием для выполнения ревизии раны и усиления противовоспалительной терапии, что предотвращало возникновение нагноения ран. У больных первой основной группы у 3 из 50 было отмечено увеличение зоны на 5 сутки и выполненная ревизия, предотвратила возникновение осложнений, а у больных второй основной группы у 4 отмечено увеличение зоны инфильтрации и тоже ревизия предотвратила нагноение. В процессе лечения мы проследили за показателями лейкоцитоза (табл. 5).

Результаты исследования количества лейкоцитов показали, что по мере увеличения срока после операции снижается содержание лейкоцитов до нормы, но это снижение более выражено в основных группах.

В процессе наблюдения за оперированными больными мы особое внимание уделили осложнениям, которые имели место после операции. У больных контрольной группы из 30 оперированных осложнения воспалительного раневого процесса выявлены у 8, что составило 26,7% (нагноение раны 4, инфильтрат у 2, серома у 2), в первой основной группе из 50 оперированных осложнения были у 5 (10,0%) – нагноение раны у 2, серома у 1 и инфильтрат у 2. Во второй основной группе из 50 осложнения выявлены у 3 (6,0%) – это серома у 1 и инфильтрат у 2. Следовательно, использование антисептиков для профилактики раневых осложнений оправдано.

Таблица 5

Динамика количества лейкоцитов у больных контрольной и основной групп

Группы	Острый холецистит			Острый аппендицит		
	до опер.	3 сутки	5 сутки	до опер.	3 сутки	5 сутки
Контрольная M ₁ ±m ₁	12,5±1,12	10,1±0,48	8,4±0,57	11,2±0,91	9,8±0,37	8,4±0,41
Первая основная M ₂ ±m ₂	13,1±1,01	9,2±0,61	7,1±0,52	12,1±0,31	8,1±0,24	6,9±0,45
Вторая основная M ₂ ±m ₂	12,8±0,91	8,1±0,42	6,2±0,43	13,1±0,24	9,9±0,37	6,4±0,71
P – степень достоверности						
M ₁ -M ₂	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	<0,05
M ₁ -M ₃	>0,05	<0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05
M ₂ -M ₃	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05

Таким образом, наши исследования показали, что в профилактике гнойно-воспалительных осложнений применение раствора декасана и димексида способствуют снижению частоты

гнойно-воспалительных осложнений и их присутствие в ране ускоряет раневой процесс.

Выводы:

1. Использование традиционных мер профилактики с применением антибиотиков не предотвращает возникновение раневых осложнений. Применение декасана позволило снизить частоту осложнений в 2,67 раза, а димексида в 4,45 раза.
2. Раствор декасана 0,02% и 50% раствора димексида целесообразно использовать для профилактики гнойно-воспалительных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии

Литература

1. Абаев Ю.К. Современные особенности хирургической инфекции / Ю.К. Абаев // *Вестник хирургии*. - 2005. - №3. - С. 107-112.
2. Gupta, R. Antibiotic prophylaxis for postoperative wound infections in clean elective breast surgery / R. Gupta, D. Sinnet. R. Carpenter // *Eur. J. Surg. Oncol.* - 2000. - Vol. 26. - P. 363-366.
3. Беденков, А.В. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. - Смоленск: МАКМАХ, 2007. - 91 с.
4. Гостищев В.К. Новые возможности профилактики послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии / В.К. Гостищев, М.Д. Дибиров, Н.Н. Хачатрян // *Хирургия*. - 2011. - №5. - С. 56-60.
5. Послеоперационные раневые осложнения при остром аппендиците / [Ю.К. Уметалиев, К.М. Мамакеев, О.К. Омурканов и др.] // *Медицина и фармация*. - 2002. - Том 2, №1. - С. 74-78.
6. Мусаев, А.И. Госпитальная инфекция в хирургии и меры ее профилактики / А.И. Мусаев, Т.К. Керималиев // *Известия ВУЗов, спец. выпуск*. - Бишкек, 2003. - №1. - С. 40-43.
7. Мусаев, А.И. Профилактика раневых осложнений в хирургии и оперативной гинекологии / А.И. Мусаев, Мамасаали уулу Ж., Н.А. Мусаева. - Бишкек: ОсОО «Кут-Бер», 2015. - 112 с.
8. Семина, Н.А. Внутрибольничные инфекции как проблема биобезопасности / Н.А. Семина // *Вестник Российской академии наук*. - 2002. - №10. - С. 48-50.
9. Favero, M.S. Sterilization Technologies Recent Developments / M.S. Favero // *European Sterilization Conference*. 5-7 May. - Turkey. 2004. - P. 21-22.
10. Деллинджер, Э.П. Профилактическое применение антибиотиков в хирургии / Э.П. Деллинджер // *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*. - 2001. №3. - С. 260-265.
11. Ковальчук, В.П. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану [Текст] / В.П. Ковальчук, М.І. Гуменюк, В.В. Бікміров // *Вісник Вінницького державного медичного університету*. - 2002. - №2. - С. 292-294.
12. Фомин, П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // *КлінічнаХірургія*. - 2009. - №11-12. - С. 98-100.
13. Левенец, В.Н. К применению диметилсульфоксида в хирургии / В.Н. Левенец, А.И. Трецинский, В.И. Нерада // *Клиническая хирургия*. - 1996. - №3. - С. 67-73.
14. Сеньчукова, Г.В. Обоснование состава и стандартизации лекарственных форм, содержащих димексид автореф. дисс. канд. наук: / Г.В. Сеньчукова. - М, 2001. - 24 с.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С ОТМОРОЖЕНИЯМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**К.С. Сыдыгалиев¹, Б.А. Эраалиев², А.К. Мамбетов¹,
А.А. Пахридинова², А.Р. Акматова¹, Н.И. Исламбеков¹**

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
(ректор – д.м.н., проф. И.О. Кудайбергенова)

² Национальный хирургический центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
(директор – д.м.н., проф. К.М. Мамакеев)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье представлена оценка результатов хирургического и консервативного лечения пациентов с отморожениями нижних конечностей.

В Национальном хирургическом центре МЗ КР с января 2016 года по январь 2018 года была оказана медицинская помощь 67 пациентам с отморожениями нижних конечностей разных степеней. Из них за 2016 год поступило 23 человека, за 2017 год 26 человек, и в связи с аномальным похолоданием только за январь 2018 год поступило 18 человек. Возраст больных составлял от 22 до 60 лет и старше. Всем пациентам применялся анализ клинической картины, оценка локального статуса, стандартный комплекс обследований, включающий общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови. Выбор метода лечения больных в большей мере зависит от глубины и степени поражения.

Ключевые слова: отморожения, некрэктомия, ампутация, экзартикуляция, тактика лечения.

**БУТУН ҮШҮК АЛЫП КЕТКЕН БЕЙТАПТАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ
ЖҪЫЙЫНТЫГЫ**

**К.С. Сыдыгалиев¹, Б.А. Эраалиев², А.К. Мамбетов¹,
А.А. Пахридинова², А.Р. Акматова¹, Н.И. Исламбеков¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. И.О. Кудайбергенова)

² Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу
Улуттук хирургия борбору (мүдүр – м.и.д., проф. К.М. Мамакеев)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кортунду: Бул макалада бутун үшүк алып кеткен бейтаптардын хирургиялык жана консервативдик жол менен дарылоодогу жыйынтыктарынын салыштырмасы көрсөтүлдү.

Улуттук хирургиялык борбордо 2016-жылдын үчтүн айынан 2018-жылдын үчтүн айына чейин ар кандай даражада бутунан үшүк алган 67 бейтапка медициналык жардам көрсөтүлгөн. Жалпы бейтаптардын клиникалык көрүнүшү, белгилери жана локалдуу статусу, лабораториялык белгилери (жалпы каны, заарасы, биохимиялык анализи) аныкталган.

Бутту үшүк алган учурда дарылоо ыкмасын тандоодо үшүк алган буттун тканынын жабыркашынын тереңдигине жана үшүктүн даражасына байланыштуулугу тастыкталды.

Негизги сөздөр: буттун үшүгү, сөөктү кесүү, муундан алып таштоо, дарылоону тандоо.

THE RESULTS OF LOWER EXTREMITY FROSTBITE SURGICAL TREATMENT

**K.S. Sydygaliev¹, B.A. Eraaliev², A.K. Mambetov¹,
A.A. Pahridinova², A.R. Akmatova¹, N.I. Islambekov¹**

¹ Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
(rector – d.med.s., prof. I.O. Kudaibergenova)

² National center of surgery
(director – d.med.s., prof. K.M. Mamakeev)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this article we present the evaluation of conservative and surgical treatment of suffering from lower extremity frostbite patients.

67 patients suffering from lower extremity frostbite received treatment in National center of surgery from January 2016 to January 2018. We got 23 patients in 2016, 26 people in 2017 and due to abnormally cold winter we received 18 patients in January 2018. The group of patients was between the ages of 22 and 60. We

evaluated their clinical symptoms and "status localis", in addition, all the patients got their complete blood count, biochemical blood test and urine tests.

The choice of curing method depended on frostbite degree.

Актуальность. Отморожения по данным Российских и зарубежных авторов составляет 3-15% от всех патологий хирургического профиля. Патология характерна для северных регионов и нередко встречается в южных странах, а в мирное время встречается во всех частях нашей планеты, которая составляет в структуре травм мирного времени от 1% до 10% [1, 2, 3].

Отморожения – проблема, которая привлекает внимание клиницистов, вследствие тяжести поражений и большим процентом инвалидизации [4].

Больные, в большинстве случаев, асоциальные, поздно обращаются за медицинской помощью, и вследствие этого происходит высокий процент операций и длительное стационарное лечение [5].

Согласно клинко-анатомической классификации выделяют:

- 1) дореактивный период, включающий в себя фазу холодового воздействия и продолжающийся до начала развития травматического отека тканей;
- 2) реактивный период, состоящий из фаз травматического отека тканей и продолжающийся до исхода заболевания.

В реактивный период окончательно определяется глубина поражения тканевых структур, в связи с чем выделяют 4 степени отморожения [6]:

I степень – умеренная гиперемия и отёк. Пузырей и очагов некроза нет. Пациенты жалуются на незначительные боли, чувство жжения. Характерны непродолжительный скрытый период (несколько часов) и быстрое полное восстановление (к 5-6-му дню).

II степень – по истечении дореактивного периода отмечают гиперемию и отёк кожи с образованием пузырей, заполненных прозрачной жидкостью. Выраженный болевой синдром, парестезии. Восстановление происходит через 2-3 недели.

III степень – на фоне выраженной гиперемии с цианотичным оттенком и отёка появляются очаги некроза и пузыри с геморрагическим содержанием. В дальнейшем, после отторжения погибших тканей через 2-3 недели, раневая поверхность покрывается грануляциями, а затем идёт краевая эпителизация (нарастание эпителия с дна раны невозможно) с рубцеванием. Восстановле-

ние при локальном характере изменений происходит через 1-2 месяца. При обширных поражениях необходима кожная пластика.

IV степень – местные изменения выражаются в развитии характерной картины сухой или влажной гангрены. При отсутствии инфекции демаркационная линия формируется через 2 недели, после чего необходимо выполнить некрэктомию или ампутацию (в зависимости от объёма поражения). При естественном течении через 1,5-2 месяца возможна самоампутация погибших тканей, при этом обычно образуется гранулирующая культи с выступающей в центре костью, что требует реампутации.

Нейрогуморальная теория отражает патогенез отморожений. Согласно этой теории, пусковыми моментами в их развитии являются сосудистый спазм, наступающий в результате активации симпатико-адреналовой системы, угнетение противосвертывающей системы крови и нарушение тканевого дыхания вследствие обратимого ингибирования окислительно-восстановительных процессов. Основные же патологические процессы в тканях развиваются при их внешнем согревании, когда возникает повышенная потребность в кислороде, что вместе с отсутствием адекватного кровообращения в конечности и развитием вторичных сосудистых расстройств приводит к тяжелой гипоксии и некробиотическим изменениям тканей [7, 8].

Таким образом, отморожения конечностей являются актуальной проблемой не только в военное, но и в мирное время, встречается не только в северных, но и в южных регионах.

Цель. Оценка результатов хирургического и консервативного лечения больных с отморожениями нижних конечностей.

Материалы и методы

На базе Национального хирургического центра МЗ КР г. Бишкек, был проведен ретроспективный анализ историй болезни, исследованы пациенты, находившиеся на лечении в отделении гнойной хирургии, в период с январь 2016 года по январь 2018 года. Всего поступило 67 больных с отморожениями всех степеней, из них прооперированно 40 (59,7%) больных, 27 (40,2%) больных получали консервативное лечение. Лиц мужского пола в материале исследования составило – 55 (82,08%), женщин – 12 (17,9%). Возрастной интервал 22-60 лет.

Результаты и обсуждения

Из 67 наблюдений в возрасте от 21 до 50 лет – 56 (83,5%), от 51 лет и старше – 11 (16,4%).

С отморожениями I-II степени обратились 30 (44,77%) больных, а III-IV степени составило 37 (55,22%) больных (рис. 1, 2).



Рис. 1. Больной К., 62 лет.
Отморожение III степени.



Рис. 2. Больной И., 67 лет.
Отморожение IV степени.

Отморожение обеих стоп у 28 (41,7%) больных, отморожение левой стопы у 22 (32,8%) больных, отморожение правой стопы у 17 (25,3%) больных.

В первые 5 суток заболевания обратилось 45 (67,1%), 6-10 сутки – 12 (17,9%), 10 и более суток – 10 (14,9%) (Рис. 3).

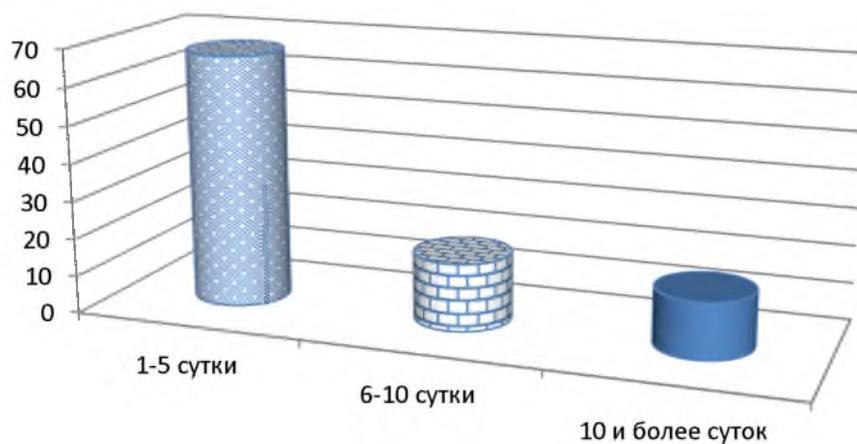


Рис. 3. Обращаемость больных по давности заболевания.

Оперативные вмешательства различных объемов были выполнены у 40 (59,7%) больных, у 27 (40,29%) больных с I-II степенью лечение ограничилось консервативной терапией и некрэктомией (Рис 4).

Консервативная терапия включает: антибиотикотерапию – цефтриаксон 1,0 в/в 2 раза в день,

метронидазол 100,0 в/в капельно 2 раза в день, спазмолитическую терапию – NaCl 0,9% – 400,0 + папаверин 2% – 2,0 в/в капельно 1 раз в день, улучшение микроциркуляции – NaCl 0,9% – 100,0 + пентоксифиллин 5,0 в/в капельно 1 раз в день, а также общеукрепляющую и терапию дезагрегантами.

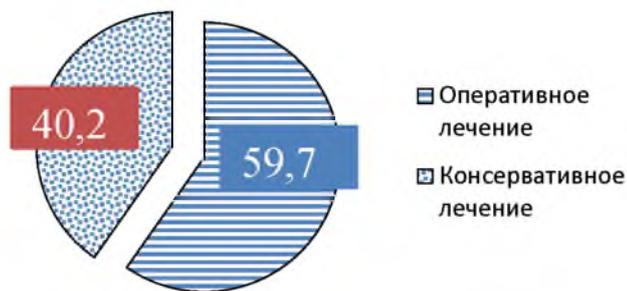


Рис. 4. Распределение больных по виду лечения.

В последнее время, с появлением новых антибактериальных и корректирующих лекарственных средств, удается снизить интоксикацию у больных с глубокими отморожениями, что сокращает первичные радикальные ампутации, и выполняются хирургические некрэктомии [9].

Операции проводились в различных вариантах, в зависимости от степени и уровня поражений. По виду выполненных оперативных вмешательств пострадавшие с холодной травмой распределялись следующим образом: некрэктомия –

у 20 (29,85%) больных с поверхностными отморожениями II степени, экзартикуляция пальцев стоп – у 25 (37,31%) больных с отморожениями III степени, ампутация по Шарпу – у 12 (17,9%) больных с отморожениями III-IV степени, ампутация нижней конечности на уровне средней трети бедра – у 10 (14,9%) больных с отморожениями III-IV степени, осложненные влажной гангреной нижних конечностей (Рис. 5).

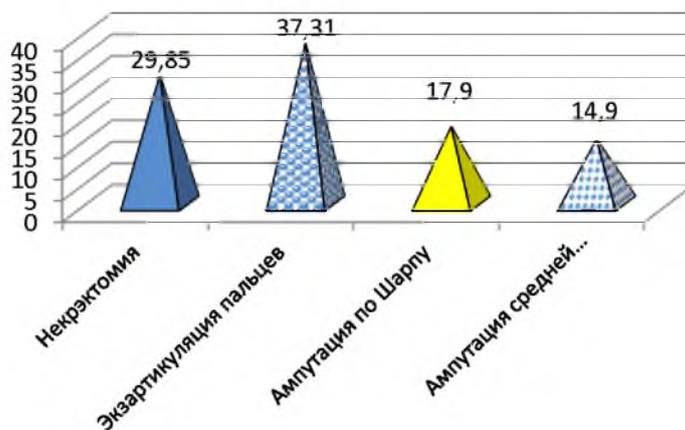


Рис. 5. Распределение больных по виду операций, %.

В ходе проводимого лечения, у всех больных проводили мониторинг общего анализа крови и биохимического анализа крови. У больных III и IV степеней отморожения отмечается лейкоцитоз, повышение СОЭ, снижение общего белка в

крови, представленные в таблице 1, 2. После проведенного консервативного и оперативного лечения отмечается снижение лейкоцитоза и СОЭ ($P \leq 0,05$), а также повышение белка крови, благодаря инфузионной терапии и нормализации питания больных за время пребывания в стационаре.

Таблица 1
Показатели лейкоцитов и СОЭ у больных с III-IV степенями отморожений ($M \pm m$, $\times 10^9$)

	При поступлении	На 5 сутки	При выписке
Лейкоциты	$11 \pm 0,5$	$8,6 \pm 1,5$	$6,8 \pm 1,1$ $P \leq 0,05$
СОЭ	$28 \pm 3,2$	$24 \pm 1,9$	$17 \pm 3,1$ $P \leq 0,05$

Таблица 2

Показатели биохимических анализов у больных с III-IV степенями отморожений (M±m)

Показатели биохимических анализов	При поступлении	На 5 сутки	При выписке
Общий белок крови (г/л)	63±1,2	63±1,3	65±2,4
АСТ (Ед/л)	14±0,1	14±1,2	14±1,5
АЛТ (Ед/л)	16,4±2,3	16,7±2,2	16,6±1,3
Сахар крови(ммоль/л)	5,2±1,2	5,2±1,1	5,1±0,5
Мочевина (ммоль/л)	4,6±2,4	4,6±2,6	4,3±2,1
Креатинин (мкмоль/л)	83±2,5	83±2,3	83±1,4
Общий билирубин (мкмоль/л)	14,3±1,6	14,6±1,4	14,1±1,2

Выводы:

1. При оказании хирургической помощи при отморожениях нижних конечностей первостепенной задачей является диагностика степени отморожения и общее состояние больного.
2. Субъективная и объективная оценка клинико-прогностических критериев позволит выбрать оптимальный вариант тактического и технического решения при отморожениях нижних конечностей, при отморожениях I степени – консервативное лечение, II степени – некрэктомия и консервативная терапия, а III-IV степенях – экзартикуляция или ампутация пораженного участка нижней конечности.

Литература

1. Беляя, Н.К. К вопросу о лечении отморожений/ Н.К. Беляя, М.Ф. Кирик// Хирургия. - 1949. - №4. - С. 79-80.
2. Будко, А.А. Особенности оказания медицинской помощи при отморожениях в советско-финляндской войне/ [А.А. Будко, С.Х. Кичемасов, Ю.Р. Скворцов и др.]// Военный медицинский журнал. - 2000. - Т. 321, №4. - С. 73-78.
3. Гостищев, В.К. Актуальные вопросы диагностики и лечения больных с отморожениями/ [В.К. Гостищев, К.В. Липатов, Фархат Ф.А и др.] // В сб. мат. областной юбилейной

научно-практической конференции, посвященной 75-летию образования Московской области, «Актуальные вопросы гнойной хирургии». - Видное, 2004. - С.30-31.

4. Воинов, А.И. Комплексное лечение отморожений конечностей/А.И. Воинов// Здоровоохранение. - Минск, 1999. - №10. - С. 36-40.
5. Липатов, К.В. Глубокие отморожения конечностей: комплексный подход к диагностике и лечению/ [К.В. Липатов, Ф.А. Фархат, А.В. Бородин и др.] // Врач. - 2005. - №9. - С. 39-41.
6. Петров, С.В. Ожоги, отморожения, электротравма/ С.В. Петров // Общая хирургия. - М., 1999. - С. 616.
7. Бочаров, С.Н. Лечение холодовой травмы /С.Н. Бочаров, А.Ф. Лоскутников // Материалы конференции «Новые направления в клинической медицине». - Ленинск-Кузнецкий, 2000. - С. 84-85.
8. Старков, Ю.Л. Современные представления о патогенезе некрозообразования при отморожениях и путях его предотвращения/ [Ю.Л. Старков, Г.Е. Соколович, Л.Н. Король и др.] // Новые технологии в хирургии. - Новосибирск, 1999. - С. 151-154.
9. Свиридов, Н.Н. Раннее прогнозирование уровня некрэктомии при глубоком отморожении /Н.Н. Свиридов // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2011. - №1. -С. 82.

**РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ
С ТРАВМАТИЧЕСКИМ СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, И.Т. Ыдырысов

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

Аннотация: Работа основана на анализе клинических данных и результатов лечения 104 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Больные поступали с глубокими нарушениями сознания: в сопоре – 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме 2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации: одиночные – 68, множественные – 37, в сочетании с эпи- субдуральной гематомой – 93, в сочетании внутримозговой гематомой и вентрикулярным кровоизлиянием – 34, признаки диффузного аксонального повреждения и ушиба ствола мозга выявлены в 9 случаях.

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, нарушения сознания, кома, сонор, внутрочерепные кровоизлияния, исход, прогноз.

**БАШ МЭЭНИН ЖАРАКАТТАП КЫСЫЛУУСУН КЛИНИКАЛЫК ИНСТРУМЕНТАЛДЫК
АНЫКТООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, И.Т. Ыдырысов

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

Аннотация: Баш-мээсинен оор жаракат алган 104 оорунулардын маалыматтары талданган. Баш мээнин жаракаттуу кысылуусунун операциядан кийинки мезгилинде бейтаптарды патогенетикалык дарылоонун системасы иштелип чыккан. Анын мунөзү жана багыты клиникалык баскыч, тигил же бул декомпенсациялык параметрдин үстөмдүгү жана ошондой эле клиникалык инструменталдык изилдөөлөрдүн маалыматтарына таянган көрсөткүчтөрдүн динамикасы менен аныкталат.

Негизги сөздөр: Баш-мээ жаракаты, баш мээнин жаракаттуу кысылуусу, баш сөөктүн ичиндеги гематома, интенсивдүү терапия, операциядан кийинки мезгил.

**RESULTS OF CLINICAL INSTRUMENTAL DIAGNOSIS
IN TRAUMATIC BRAIN COMPRESSION**

K.B. Yrysov, A.Y. Muratov, I.T. Ydyrysov

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Dpt of Neurosurgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation: It was analyzed clinical data and results of management in 104 series with acute stage of Skull Brain injury. Patients admitted with deep disturbances of consciousness: in spoor 17 patients (7-9 scores according to the Glasgow coma scale), in coma of 1-2nd grade 67 patients and in coma of 2-3rd grade 42 patients (305 scores according to the Glasgow coma scale). The Brain contusion of different location was diagnosed in all patients: single – 68, multiple – 37, in combination with epidural and subdural haematomas – 93, combined with intracerebral and ventricular hemorrhages – 34, signs of diffuse axonal injury and brain stem contusion – 9 patients.

Key words: Skull Brain injury, disturbances of consciousness, coma, sopor, intracranial hemorrhages, outcome, prognosis.

Актуальность. Летальность при тяжелой черепно-мозговой травме (ЧМТ) остается высокой и не имеет тенденции к снижению несмотря на значительные успехи в изучении патофизиоло-

гии тяжелых травматических повреждений головного мозга, внедрение новых методов диагностики и лечения [1-5].

Клиника нарастающей компрессии мозга манифестирует, прежде всего, дислокационным син-

дромом. Установление причин дислокации, несмотря на расширяющееся внедрение компьютерно-томографических методов исследования, все еще во многих случаях представляет трудности. Больным с политравмой, находящимся на ИВЛ, провести КТ или МРТ технически сложно. В то же время определение достоверных критериев прогрессирующей дислокации определяет тактику и степень неотложности лечебных мероприятий [6-10].

Целью работы явилось прогнозирование исходов тяжелой черепно-мозговой травмы, а также изучение корреляции между данными клиники и результатами компьютерной и магнитно-резонансной томографий.

Материал и методы исследования. Представлен анализ результатов лечения и исходов у 104 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Все больные поступили в клинику с глубокими нарушениями сознания: в сопоре – 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме

2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). Объем обследования больных зависел от тяжести состояния и экстренных показаний к операции. У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации, одиночные – 68, множественные – 37, в сочетании с эпи- и субдуральной гематомой – 93, в сочетании внутримозговой гематомой и вентрикулярным кровоизлиянием – 34, признаки диффузного аксонального повреждения и ушиба ствола мозга выявлены в 9 случаях. Диагноз верифицировался по данным КТ/МРТ головного мозга 48 случаях, интраоперационно в 29 наблюдениях и 89 на аутопсии.

Результаты краниографии. У обследованных нами пациентов сочетание тяжелой ЧМТ с травматическим сдавлением головного мозга, как правило, было свидетельством тяжести ЧМТ. Это подтверждало и тяжелое состояние больных. Локализация переломов костей черепа обследованных 22 (21,2%) больных дана в таблице 1.

Таблица 1

Результаты краниографии и виды переломов черепа (n=22)

Вид перелома черепа	Количество	
	абс.	%
Перелом костей свода черепа	18	81,8
Перелом основания черепа	7	31,8
Переломов черепа не обнаружено	4	18,2

Наиболее часто выявлялись линейные переломы, реже - оскольчато-вдавленные. В 7 (31,8%) наблюдениях перелом свода черепа сочетался с переломом основания, а у 4 больных (18,2%) с травматическим сдавлением головного мозга переломы костей черепа не выявлены. Данные больных с переломами черепа послужили косвенным подспорьем для urgentной диагностики травматического сдавления головного мозга при положительной информации о наличии переломов костей черепа. У 18 (81,8%) из 22 больных с переломами черепа был обнаружен перелом костей свода черепа. Выявление на краниограммах импрессионных переломов костей черепа было достаточным для решения вопроса об оперативном лечении, при этом отпадала необходимость проведения других диагностических методов. Во время выполнения экстренного оперативного вмешательства нами удалялись фрагменты костей черепа и травматические внутричерепные гематомы, если они были по ходу операции обнаружены. Однако выявление внутричерепных гематом при этом было затруднительным и требовало применения компьютерной или магнитно-

резонансной томографии или выполнения диагностических фрезеотомий.

Приводим пример. Больная М-ва (история болезни №14984), 52 лет, каретой скорой помощи доставлен в отделение нейрохирургии в тяжелом состоянии. За 4 часа до поступления упала на улице и ударилась головой. Сразу потеряла сознание. В бессознательном состоянии находилась более 3 часов. Вяла, адинамична. Не доступна словесному контакту. В сопорозном состоянии.

Объективно: Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Губы цианотичны. Дыхание поверхностное, частое. В легких аускультативно выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 92 удара в мин. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. В надбровной области имеются ушибленные раны с неровными краями, кровоточащие.

Зрачки округлой формы, равномерно расширены, реакция зрачков на свет сохранена. Сглаженность правой носогубной складки. Движения

в конечностях сохранены. Тонус мышц конечностей повышен, больше справа. Сухожильные рефлексы вызываются, равномерные, значительно повышены с некоторым преобладанием справа. Симптом Бабинского справа. Болевая чувствительность нарушена по гемитипу справа. Резко выраженные менингеальные симптомы. На эхоэнцефалоскопии: Смещение срединных структур головного мозга слева направо до 15 мм. На рентгенограммах черепа: Импрессионно-оскольчатый перелом лобно-теменной кости слева.

Принимая во внимание нарастание локальной очаговой симптоматики и ухудшение состояния больной, больной произведена операция – Декомпрессионная трепанация черепа лобно-теменно-височной области слева с удалением вдавлено-оскольчатых отломков, острой эпидуральной и субдуральной гематомы. Твердая мозговая оболочка была разорвана, резко напряжена, синюшного цвета, не пульсирует. Удалена субдурально расположенная гематома в объеме до 100 см³. Подлежащий мозг отечен, борозды и извилины сглажены, вены стазируются. Появилась вялая пульсация мозга. Твердая мозговая оболочка зашита наглухо. Послойные швы на мягкие ткани и кожу с подведением резиновых выпускников.

Послеоперационное течение гладкое. Больная выписана в удовлетворительном состоянии на 12-день после получения травмы.

Таким образом, по результатам наших наблюдений можно считать, что краниография является важным диагностическим методом исследования, которое позволяет нам выявлять переломы костей черепа и установить, локализацию повреждений и судить о тяжести травматического сдавления головного мозга травматического сдавления головного мозга. Обнаруживаемые при внешнем осмотре локальные повреждения мягких тканей головы (ссадины, гематомы, кровоподтеки, раны) позволяют нам уточнить локализацию повреждений и место приложения травмирующего агента. Перелом костей черепа часто наблюдается у больных с травматическим сдавлением головного мозга. При обнаружении оскольчато-вдавленных переломов нередко отпадает необходимость в других дополнительных методах исследования. Мы убедились в том, что переломы костей черепа в зоне проекции магистральных сосудов требуют более тщательного обследования больных для исключения или подтверждения наличия внутричерепных гематом.

Результаты поисковых фрезеотомий. По нашим данным, больные удовлетворительно переносили операцию наложения диагностических

фрезеотомий с последующим удалением внутричерепных гематом. Наложение диагностических фрезеотомий нами применялось у 23 (22,1%) из 104 больных с травматическими внутричерепными гематомами. Основным показанием к применению диагностических фрезеотомий явилось тяжелое состояние поступившего, необходимость срочного оперативного вмешательства. Метод был использован у 20 больных с односторонними субдуральными гематомами и у 3 пациентов с двусторонними.

Нами при трепанации черепа доказано, что в связи с большой частотой двусторонних гематом (до 20% случаев), особенно при значительном повышении внутричерепного давления, лучше накладывать диагностические фрезеотомии. У пострадавших ревизию субдурального пространства необходимо было производить обязательно во всех случаях, т.к. напряжение твердой мозговой оболочки могло отсутствовать, цвет ее может быть не изменен, что отмечено у 9 (39,1%) из 23 больных, подвергнутых поисковой фрезеотомии.

Результаты компьютерной томографии. Компьютерная томография являлась достаточно информативным методом обследования нейрохирургических больных. Метод КТ являясь нетравматичным и безопасным исследованием, характеризуется высокой точностью распознавания травматического сдавления головного мозга. В последнее время в числе других дополнительных методов исследования при тяжелой ЧМТ все шире применяется метод КТ. При использовании этого метода стала возможной визуализация внутричерепных повреждений без дополнительного применения контрастных и радиоактивных веществ. Выделены прямые и косвенные признаки наличия на компьютерных томограммах внутричерепных гематом. К прямым признакам относится наличие внутричерепного ограниченного субстрата, имеющего различную плотность и локализацию по отношению к оболочкам и внутримозговым структурам. К косвенным признакам относятся компрессионные дислокации смещения мозга. Этот метод исследования был проведен у 16 (15,4%) больных.

Результаты проведенного нами анализа показывают, что компьютерно-томографические изменения, обнаруживаемые в сроки до 1-1,5 недель после получения ЧМТ, характеризуются тем, что в них плотность внутричерепных гематом гиперденсивна т.к. их плотность значительно выше плотности мозговой ткани. В изоденсивной и гиподенсивной стадиях они мало выражены и являются техническими проблемами в их обнаруже-

нии и диагностике. Острые внутрочерепные гематомы на КТ имеют форму серпа, иногда распространяющиеся от места формирования гематомы на 2-3 доли мозга. С помощью КТ во всех случаях диагноз внутрочерепных гематом верифицирован точно с последующим подтверждением на операции. Наиболее часто острые внутрочерепные гематомы располагались в типичном месте: теменно-затылочной, височной области, реже в задних или передних отделах полушарий головного мозга. Таким образом, метод КТ имеет большую диагностическую ценность особенно в

остром периоде травматического сдавления головного мозга и при внутрочерепных кровоизлияниях. По нашим данным метод КТ весьма перспективен при обследовании больных с тяжелой ЧМТ, особенно у тяжелых пациентов с сочетанными повреждениями мозга.

КТ исследование было проведено у 16 (15,4%) больных. Анализируя результаты КТ у больных с травматическим сдавлением головного мозга, нами была отмечена определенная зависимость формирования внутрочерепных гематом от места приложения травмирующей силы.

Таблица 2

Распределение больных по степени смещения срединных структур головного мозга

Возраст больных в годах	Степень смещения в мм			Всего	p
	<5 мм	5-15 мм	> 15 мм		
до 19	3	5	6	14	>0,05
20-39	13	15	21	49	<0,05
40-59	7	9	12	28	<0,05
60 и <	4	4	5	13	<0,05
Итого	27 (26,0%)	33 (31,7%)	44 (42,3%)	104 (100,0%)	

Наши наблюдения свидетельствует о том, что внутрочерепные гематомы формировались у 84 больных – 80,8% на месте приложения травмирующей силы, а в 20 (19,2%) случаях – на противоположной стороне. В таблице 2 приведены данные по степени смещения срединных структур головного мозга.

Нейрорадиологические данные, полученные на КТ головного мозга, включали смещение срединных структур головного мозга, максимальную ширину, высоту и длину кровяного сгустка. Объем гематомы вычислялся с помощью компьютерного анализа посредством формулы (0,5 высота x ширина x длина). Смещение срединных структур головного мозга подразделялись на три категории согласно классификации Lobato с соавт. (<5мм, 5-15мм, >15мм). Интраоперационный отек мозга визуализировался непосредственно во время операции; а послеоперационный отек мозга по нейрорадиологическим исследованиям в первые 3 суток после операции.

Результаты магнитно-резонансной томографии. Прикладным итогом, проведенных нами МРТ исследований у 72 (69,2%) больных, явля-

ется выделение магнитно-резонансных признаков травматического сдавления головного мозга: а) выявление гомогенной контрастной зоны над паренхимой мозга с характерным многодолевым или плащевидным распределением и чаще конвексимальной (или реже парасагитальной) локализацией. Внешние контуры повторяют рельеф костей свода черепа, внутренние контуры четкие, ровные, зачастую повторяют контуры борозд и извилин мозга; Без всяких сомнений можно утверждать, что МРТ головного мозга стала самым надежным диагностическим нейровизуализационным методом неинвазивного распознавания травматических объемных поражений с уточнением характера содержимого, их объема и расположения. б) при этом площадь патологического объемного образования значительно преобладает над толщиной самой гематомы, на аксиальных срезах выявляется серповидная форма, а на фронтальных срезах – линзообразная. в) высокая контрастность сканограмм, полученных у больных с гематомами, не наблюдается при обследовании других внутрочерепных объемных образований.

Таблица 3

Локализация травматических внутричерепных гематом по долям головного мозга

Долевая локализация гематом	Абс.	%
Лобная доля	32	30,8
Височная доля	29	27,9
Теменная доля	21	20,2
Затылочная доля	19	18,3
Задняя черепная ямка	3	2,9
Всего	104	100,0

Анатомическое расположение и объем травматической внутричерепной гематомы верифицированы посредством МРТ головного мозга и интраоперационных данных. Нами изучены вариации соотношения и локализации гематомы к вовлечению одной (лобная, теменная, затылочной) доли, двух и более долей, задней черепной ямки (табл. 3). Две и более долей головного мозга были компримированы субдуральной гематомой в 34 (32,7%) случаев. Эти показатели МРТ позволили своевременно уточнить диагноз и выполнить адекватный метод лечения. МРТ исследование головного мозга было проведено у 72 (69,2%) больных.

Приводим пример. Больной К-в (история болезни №22847), 47 лет, был доставлен в клинику в тяжелом состоянии. За день до поступления находясь дома, упал и ударился головой. Кратковременно терял сознание. После того как пришел в себя, через 2 часа после полученной травмы развились судороги в конечностях. Вялый, лежал с открытыми глазами, отвечал на вопросы неохотно, односложно. Жаловался на постоянные головные боли, головокружение, тошноту, рвоту, слабость в правых конечностях, больше в ноге, недомогание. Истощался быстро, сонлив.

Объективно: Больной правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледны. Лицо покрыто холодным потом. Губы больного цианотичны. Дыхание поверхностное, частое. Аускультативно: в легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс слабого наполнения, ритмичный, 70 ударов в мин. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. В теменной области слева отмечается отек мягких тканей и резкая болезненность при пальпации.

Зрачки округлой формы, анизокория слева, реакция зрачков на свет сохранена. Парез взора вверх. Горизонтальный нистагм в обе стороны. Слаженность правой носогубной складки. Движения в конечностях сохранены, отмечается легкий гемипарез справа со снижением мышечной силы до 2-3 баллов. Тонус мышц конечностей

повышен, больше в правых конечностях. Сухожильные рефлексы вызываются, равномерные, значительно повышены справа. Симптом Бабинского, Оппенгейма справа. Болевая чувствительность нарушена по гемипиту справа. Выраженные менингеальные симптомы. На эхоэнцефалоскопии: Смещение срединных структур головного мозга слева направо до 17 мм. На магнитно-резонансной томограмме: В левой лобно-теменно-височной области слева определяется больших размеров линзообразной формы обширный участок толщиной до 20,0 мм, длиной до 80,0 мм со сдавлением головного мозга.

Учитывая нарастание локальной очаговой симптоматики и прогрессивное ухудшение состояния больного, через 5 часов после поступления больному произведена операция – Резекционная трепанация черепа лобно-теменной области слева с удалением подострой субдуральной гематомы. Твердая мозговая оболочка резко напряжена, синюшного цвета, не пульсирует. Оболочка вскрыта, и удалена субдурально расположенная гематома в объеме до 150 см³. Медленно мозг начал расправляться и появилась вялая пульсация мозга. Твердая мозговая оболочка зашита наглухо с подведением дренажной трубки. Послойные швы на мягкие ткани и кожу.

Послеоперационное течение гладкое. Больной выписан домой в удовлетворительном состоянии на 14-день после травмы.

МРТ головного мозга способна выявлять структуру гематомы, её капсулу и другие особенности гематом. Чётко визуализируется сопровождающаяся различная очаговая патология мозга. Высокая информативность МРТ при гематомах объясняется изменением валентности железа при образовании метгемоглобина, приобретением им гидрофильных и парамагнитных свойств. Нами были выделены прямые и косвенные признаки наличия на МР-томограммах внутричерепных гематом. К прямым признакам относится наличие внутричерепного ограниченного субстрата, имеющего различную плотность и локализацию по отношению к оболочкам и внутримозговым

структурам. К косвенным признакам относятся компрессионные дислокации смещения мозга.

Ведущим методом неинвазивного распознавания травматического сдавления головного мозга стала магнитно-резонансная томография головного мозга. Её преимущества особенно очевидны при изоденсивных гематомах. Для МРТ не существует рентгеновского барьера изоденсивных тканей и вместе с тем исключительно широки пределы разграничения структур с различным содержанием воды и различными магнитными свойствами. Для гематом характерна высокая контрастность изображения на магнитно-резонансных томограммах по сравнению с подлежащим веществом мозга. Зоны повышенного сигнала, соответствующие распознаванию и размерам гематомы, имеют серповидную либо линзообразную форму с чёткими контурами и примыкают к костям свода черепа. При этом определяются также выраженные в разной степени вторичные признаки объёмного процесса, деформация и смещение желудочковой системы, сдавление конвексимальных субарахноидальных щелей на стороне поражения. Высокая контрастность изображения гематом на МРТ особенно существенна при изоденсивных гематомах, а также при распространенных плоскостных оболочечных гематомах толщиной до 10 мм, которые плохо определяются при КТ исследовании.

Заключение. В диагностике травматического сдавления головного мозга наряду с клинико-неврологическим обследованием большое значение имеют дополнительные диагностические методы исследования, позволяющие уточнить локализацию патологического процесса.

Следует отметить, что нередко диагноз ставился нами только на основании клинической картины, так как необходимость проведения срочной операции исключала возможность осуществления комплекса дополнительных исследований. Этим объясняется некоторая ограниченность применения отдельных диагностических методов в остром периоде травматического сдавления головного мозга.

Подводя итоги применения всех дополнительных методов исследования, можно сделать вывод, что наиболее информативными являлись данные КТ, МРТ, рентгенографии черепа и метод поисковых фрезотомий при диагностике травматического сдавления головного мозга.

Литература

1. *Кариев М.Х. К диагностике, к клинике и к хирургическому лечению травматических сочетанных субдуральных и внутримозговых гематом [Текст] / М.Х. Кариев // III съезд нейрохирургов России. - Санкт-Петербург, 2002. - С. 29-30.*
2. *Коновалов А.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии [Текст] / А.Н. Коновалов, В.Н. Карпенко, И.Н. Пронин. - М.: Видар, 2001. - С. 471-475.*
3. *Корниенко В.Н. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы [Текст] / В.Н. Корниенко, Н.Я. Васин, В.А. Кузьменко. - М.: Медицина, 2007. - С. 119-120.*
4. *Крылов В.В. Черепно-мозговая травма (принципы диагностики и лечения) [Текст] / В.В. Крылов // Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы. - М., 2004. - С. 3-14.*
5. *Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы [Текст] / Л.Б. Лихтерман // Клиническое руководство по черепно-мозговой травме М.: Антимдор, 2001. - С. 230-268.*
6. *Carpenter K.L.H. Systemic, Local, and Imaging Biomarkers of Brain Injury: More Needed, and Better Use of Those Already Established? [Text] / K.L.H. Carpenter, M. Czosnyka, P.J. Hutchinson // Front Neurol., 2015. - V.6. - P. 26-32.*
7. *Duhem R. Main temporal aspects of the MRI signal of intracranial hematomas and practical contribution to dating head injury [Text] / R. Duhem, M. Vinchon, V. Tonnelles // Neurochirurgie, 2006. - Vol. 52. - P. 93-104.*
8. *Ghajar J. Traumatic brain injury [Text] / J. Ghajar // Lancet, 2013. - V. 356. - P. 923-929.*
9. *Sharma D. Perioperative Management of Adult Traumatic Brain Injury [Text] / D. Sharma, M.S. Vavilala // Anesthesiol Clin., 2012. - V. 30. - P. 333-346.*
10. *Struffert T. Severe brain and head injury. Part 1: Clinical classification, imaging modalities, extra-axial injuries, and contusions [Text] / T. Struffert, W. Reith // Radiologie, 2011. - Vol. 43, # 10. - P. 861-875.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРАВМАТИЧЕСКИМ
СДАВЛЕНИЕМ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, Ж.Б. Бошкочев

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

Аннотация: Послеоперационный период при травматическом сдавлении головного мозга характеризуется фазностью течения. Клиническая фаза, в которой пострадавшие подвергаются операции, в значительной степени предопределяет динамику. Углубление декомпенсации или обратное ее развитие определяются 4 параметрами: общемозговой, витальный, локальный и данными инструментальных методов исследования. Дается анализ данных 104 пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой. Возраст пострадавших колебался в пределах от 12 до 79 лет. Мужчин среди обследованных было 88 человек (84,6%), женщин – 16 (15,4%).

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, травматическое сдавление головного мозга, внутричерепная гематома, интенсивная терапия, послеоперационный период.

**БАШ МЭЭНИН ЖАРАКАТТАП КЫСЫЛУУСУНАН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

К.Б. Ырысов, А.Ы. Муратов, Ж.Б. Бошкочев

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

Аннотация: Баш мээнин жаракаттуу кысылуусунун операциядан кийинки мезгили баскычтар менен мүнөздөлөт. Операция жасалган кездеги клиникалык баскыч өзгөрүүнүн динамикасын аныктайт. Баш-мээсинен оор жаракат алган 104 оорулуулардын маалыматтары талданган. Жабыркагандардын жаш курагы 12 ден 79 жашка чейин. Изилденгендердин ичинде эркектер – 88 (84,6%), аялдар – 16 (15,4%). Декомпенсациянын тереңдеши же анын кайра өөрчүүсү жалпы мээ, виталдык, локалдык жана куралдуу изилдөө ыкмаларынын маалыматтары сыяктуу 4 параметр менен шартталат.

Негизги сөздөр: Баш-мээ жаракаты, баш мээнин жаракаттуу кысылуусу, баш сөөктүн ичиндеги гематома, интенсивдүү терапия, операциядан кийинки мезгил.

RESULTS OF TRAUMATIC BRAIN COMPRESSION MANAGEMENT

K.B. Yrysov, A.Y. Muratov, J.B. Boshkoev

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation: Postoperative period of traumatic brain compression is characterized by phase in its course. Clinical phase in which patients undergo surgery largely predetermine dynamics. Deepening of decompensation or its reverse development is determined by 4 parameters: general cerebral, vital, local and basing on data from instrumental methods of investigation. The analysis of data in 104 patients with severe traumatic brain injury was given. Age of injured patients ranged from 12 to 79 years. There are 88 males (84.6%) among examined and 16 females (15.4%).

Key words: Traumatic brain injury, traumatic brain compression, intracranial hematoma, intensive care, post-operative period.

Введение. Черепно-мозговая травма (ЧМТ), наряду с сердечно-сосудистыми заболеваниями и злокачественными новообразованиями является одной из основных причин, приводящих к смерти. Процент больных с травмой черепа и головного мозга достигает до 80% от общего числа всех нейрохирургических больных [1-4].

Остаются нераскрытыми особенности реакций организма в раннем послеоперационном периоде

после удаления травматических внутричерепных гематом во взаимосвязи с течением синдрома эндогенной интоксикации. Работы, посвященные изучению особенностей течения и ведения послеоперационного периода после удаления внутричерепных гематом, носят немногочисленный характер [5-8].

Целью работы являлось улучшение результатов интенсивной терапии больных с травматическим сдавлением головного мозга путем оптимизации ведения послеоперационного периода на основе концепции фазности его клинического течения и разработки системы патогенетической терапии.

Материал и методы. Настоящая работа основана на анализе полученных данных у 104 пациентов со сдавлением головного мозга за период с 2011 по 2014 гг. и оперированных в отделении нейрохирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы. Мужчин среди пролеченных было 88 человек (84,6%), женщин – 16 (15,4%). Возраст пациентов колебался в пределах от 12 до 79 лет. Средний возраст больных составил $45,7 \pm 7,4$ лет.

Наиболее часто травматическое сдавление головного мозга отмечалось у лиц 20-39 летнего возраста 49 (47,1%) и чаще у мужчин. Значительно реже, травматическое сдавление головного мозга отмечены в возрасте до 19 лет и старше 60 лет, по 14 (13,5%) и 13 (12,5%) наблюдений соответственно.

Первичная оценка и продолжающаяся реанимация. Первоначальная оценка и стабилизация состояния пострадавшего обычно начиналась в отделении неотложной помощи и реанимации, продолжалась до того, как пациент транспортировался в отделение компьютерной или магнитно-резонансной томографии, а затем и в операционную. Тем не менее, очень важным для анестезиолога было выполнить дополнительную быструю оценку состояния больного, как только он прибыл в операционный зал. Оценка всегда начинали с инспекции дыхательных путей, общего дыхания и кровообращения, а затем быстро переходили к оценке неврологического статуса, экстракраниальных травм и обращали особое внимание к конкретным механизмам вторичного повреждения и их дальнейшего предотвращения. Информация о времени и механизме травмы являлись ценной. Краткое неврологическое обследование проводилось с помощью Шкалы комы Глазго (ШКГ) и оценки зрачковых реакций. Сочетанные травмы грудной, брюшной полости, спинного мозга и травмы трубчатых костей имели важное значение в течении периоперационного периода и должным образом были рассмотрены при дифференциальной диагностике при впервые выявленной артериальной гипотензии, анемии, гемодинамической нестабильности или гипоксемии во время анестезии и хирургического вмешательства. По мере того, как пациент

транспортировался в операционную, все реанимационные меры продолжались.

Контроль дыхательных путей. У пациентов с травматическим сдавлением головного мозга, требующим хирургического вмешательства, неизменно требовалась интубация трахеи. На самом деле, большинство пациентов, прибывали в операционную уже интубированными. Тем не менее, некоторые пациенты, особенно с эпидуральными гематомами, могли быть в сознании и дышали самостоятельно. Интубационные трубки у прибывших пациентов могли мигрировать, возможно, во время транспортировки, что могло привести к эндобронхиальным интубациям или даже к смещению, следовательно, адекватное положение трубки всегда нами проверялось и подтверждалось. У некоторых пациентов, которые не были еще интубированы, процесс интубации трахеи затруднялся целым рядом факторов, в том числе срочностью ситуации (из ранее существовавших – усиление гипоксии), неопределенность состояния шейного отдела позвоночника, неопределенность дыхательных путей (из-за наличия крови, рвотных масс, инородных тел в полости рта или из-за ларинго-глоточной травмы, вследствие перелома основания черепа), полный желудок, внутричерепная гипертензия и неопределенное состояние объема циркулирующей крови. У всех пациентов с травматическим сдавлением головного мозга, нуждающихся в срочной операции, отмечался полный желудок. При этом принималась во внимание возможность перелома в шейном отделе позвоночника. Несмотря на то, что ряд исследований сообщали, что у пациентов с черепно-мозговой травмой частота травмы шейного отдела позвоночника аналогична частоте травмы общей популяции, все же появляются данные свидетельствующие о более высокой частоте травмы шейного отдела позвоночника у пациентов, которые пострадали от черепно-мозговой травмы, особенно среди тех, у кого тяжелая черепно-мозговая травма с низким баллом по ШКГ и потерей сознания.

Поддержание адекватного уровня артериального давления. Одна из существенных и наиболее весомых причин вторичных ишемических повреждений – артериальная гипотония. На сегодняшний день существуют методы временной коррекции системной артериальной гипотензии путем применения вазопрессоров и средств, которые имеют положительный инотропный эффект. Вазопрессоры, безусловно, не смогут заменить мероприятия по нормализации объема циркулирующей крови, в то же время, подобное временное

использование вазопрессоров может быть оправданным если учесть особую чувствительность мозга к эпизодам гипотензии. Артериальное давление должно контролироваться в зависимости от конкретного этапа проводимой операции.

Темп диагностики, объема и очередного применения различных инструментальных методов исследования определялись клинической фазой. При установлении компрессии мозга оперативное вмешательство осуществлялось неотложно, в любой клинической фазе. Методом выбора была костно-пластическая трепанация (43 наблюдения). Резекционная трепанация произведена 66 больным, из них 18 – с импрессионными переломами черепа.

Наибольшую группу составляли пострадавшие с внутричерепными гематомами. Эпидуральные гематомы выявлены у 37 пациентов (35,6%), субдуральные гематомы у 62 (59,6%), внутримозговые гематомы у 9 пациентов (8,7%), множественные внутричерепные гематомы у 5 (4,8%). А импрессионные переломы черепа диагностированы у 18 (17,3%) пациентов.

Фон, на котором развилось сдавление мозга, был следующим: ушиб мозга легкой степени – 16 (15,4%), ушиб мозга средней степени – 39 (37,5%), ушиб мозга тяжелой степени – 49 (47,1%). В то же время 21 (20,2%) больных госпитализированы в состоянии алкогольного опьянения, которое не только затрудняет диагностику компрессии мозга, но и утяжеляет течение послеоперационного периода.

Целенаправленное изучение травматического сдавления головного мозга в нейрохирургической практике позволило выявить присущую ему фазность клинического течения процессов. Под фазностью течения травматической патологии мозга понимается закономерная направленность изменений состояния больного обуславливаемая патологическим процессом – в тесной зависимости от уровня сохранности компенсаторно-приспособительных возможностей организма и проявляющаяся характерной динамикой общемозговой, стволовой и локальной симптоматики, приобретающей ведущее значение для диагноза, тактики лечения и прогноза. Клиническая фаза есть основная характеристика травматического процесса в данный момент, стык временного фактора и конкретного состояния больного. Каждая

фаза течения черепно-мозговой травмы отличается совокупностью разнообразных функциональных и структурных признаков, включая данные инструментальных и структурных признаков, включая данные инструментальных методов исследования, определяющих степень компенсаторных реакций на протяжении того или иного промежутка времени. Оперативное вмешательство вносит качественно новые черты в динамику течения травматической болезни, нередко коренным образом изменяя направленность патологических реакций.

Как показали наши исследования, переход из одной клинической фазы в другую, а так же изменения в пределах каждой фазы могут развиваться по 4 параметрам: 1 – общемозговому, 2 – стволовому, 3 – локальному, 4 – по данным инструментальных методов исследования. Динамика после устранения компрессии мозга по вышеуказанным четырем параметрам может идти как в сторону обратного развития декомпенсации, так и ее углубления. Нередко, особенно в ближайшем послеоперационном периоде, не отмечается изменений клинической фазы в сравнении с дооперационной. Однако при этом в пределах одной и той же фазы может наблюдаться смена параметров декомпенсации, указывающих на ее обратное развитие или углубление. Например, после трепанации черепа и удаления субдуральной гематомы проясняется сознание, нивелируются нарушения дыхания и общего кровообращения, но углубляется гемипарез или афатические нарушения. В каждом конкретном случае необходима не только констатация динамики той или иной клинической фазы, но и своевременное выявление первых признаков причины задержки больного после устранения компримирующего субстрата в дооперационной фазе или углубления декомпенсации.

Разработанная методика определения фазности и составленная на этой основе диагностическая таблица, при известном разбросе симптоматики в пределах клинической фазы или отсутствии отдельных категорий неврологических симптомов, дают врачу обоснованные критерии для выбора методов диагностики, лечения, определения прогноза.

Таблица 1

Распределение больных по формам сдавления головного мозга и клиническим фазам

Клинические фазы	Формы сдавления мозга					Абс.	%
	ЭДГ	СДГ	ВМГ	МГ	ИПЧ		
Клиническая субкомпенсация	3	3	0	0	11	17	16,3
Умеренная клиническая декомпенсация	8	9	1	0	7	34	32,7
Грубая клиническая декомпенсация	19	21	8	5	0	53	51

Сокращения: ЭДГ – эпидуральная гематома; СДГ – субдуральная гематома; ВМГ – внутримозговая гематома; МГ – множественные гематомы; ИПЧ – импрессионный перелом черепа.

В таблице 1 приведено распределение больных по формам сдавления головного мозга и клиническим фазам.

Терминальная фаза. Запредельная кома с глобальными нарушениями мышечного тонуса, рефлекторной сферы и выраженными расстройствами витальных функций. Доминируют грубые нарушения внешнего дыхания вплоть до его остановки, неадекватность кровообращения – критический уровень артериального давления, резкое снижение или остановка мозгового кровотока. Терминальная фаза обычно необратима; в редких случаях возможен переход в фазу грубой клинической декомпенсации.

Фаза грубой клинической декомпенсации. В этой фазе до оперативного вмешательства было 53 (51,0%) больных. Фаза грубой клинической декомпенсации характеризовалась тяжелым или крайне тяжелым состоянием больных. Сознание резко нарушено от оглушения глубокой степени (23 наблюдений), сопора (18 наблюдений) и до комы (12 наблюдений). Очаговые симптомы перекрывались общемозговой и вторичной стволовой симптоматикой.

Динамика клинической фазы после устранения травматического сдавления головного мозга у больных в фазе грубой клинической декомпенсации развивается по двум направлениям: постепенное восстановление компенсаторных возможностей мозга и организма в целом при благоприятном исходе и неуклонное углубление декомпенсации вплоть до терминальной фазы. Положительная динамика наиболее ярко выражена у больных после удаления субдуральных гематом. Уже в первые сутки кома и сопор сменились оглушением. В последующие дни эта тенденция сохранялась, и уже к 4-5 сут. все больные находились в ясном сознании. Аналогичная картина отмечалась у больных с подострыми субдуральными гематомами, с той лишь разницей, что прояснения сознания у них наступало несколько позже к 6-7 сут. у больных, оперированных по

поводу острых субдуральных гематом, этот период был более длительным – до 14 сут.

Наиболее неблагоприятным было течение травматической болезни в тех случаях, когда декомпенсация шла по всем четырём параметрам: витальному, общемозговому, локальному и по данным инструментальных методов исследования. Чаще всего это отмечалось у больных с острыми субдуральными гематомами. У пациентов, которые умерли, отмечались обычно критические значения каждого из этих параметров; выраженная брадикардия или тахикардия, артериальная гипотония, грубая одышка, гипертермия, кома; грубые парезы или параличи конечностей и черепно-мозговых нервов; выраженное смещение срединных структур мозга до 15 мм.

При положительной динамике травматического процесса различно доминирование того или иного параметра в послеоперационном периоде. Глубокая степень декомпенсации проявлялась более медленным обратным ее развитием. Декомпенсация по локальному параметру выражена стойко, гемипарезы в конечностях нередко сохраняются до момента выписки из стационара. Тяжесть состояния пострадавших оперированных в фазе грубой клинической декомпенсации, отмечаемой по всем параметрам обусловила неблагоприятный исход у 10 (18,9%) из 53 больных.

При очагах разможжения головного мозга степень нарушения сознания, основных витальных функций аналогично таковым при внутричерепных гематомах. Однако течение послеоперационного периода было при этом более тяжелее, у выживших больных более длительно происходило восстановление сознания (до 2 нед.), нормализация дыхания и кровообращения. Медленнее регрессирует очаговая неврологическая симптоматика особенно пирамидные симптомы, и нарушения психики. У больных, оперированных по поводу травматического сдавления головного мозга, отличительной особенностью декомпенсации являлось грубое развитие очаговых симпто-

мов, при частом отсутствии выраженных общемозговых изменений и нарушений витальных функций. После удаления импрессионных переломов черепа в сагиттально-парасагиттальной области относительно быстро наступал регресс очаговых и общемозговых симптомов.

Фаза умеренной клинической декомпенсации. В этой фазе перед оперативным вмешательством находились 34 (32,7%) больных. Общее состояние было среднетяжелым или тяжелым. Отчетливо выражены симптомы компрессии мозга или внутричерепной гипертензии. У пострадавших (преимущественно с субдуральными гематомами) отмечено оглушение у 13 и сопор у 21. Очаговая неврологическая симптоматика весьма вариабельна. В фазе умеренной клинической декомпенсации в большинстве наблюдений улавливаются признаки стволового синдрома, обусловленные как первичным ушибом, особенно при острых субдуральных гематомах, так и дислокационными явлениями вследствие компрессии мозга.

В послеоперационном периоде отмечалось прояснение сознания, начинающееся через 12-24 ч и продолжающееся обычно 3-5 суток. Наши данные показывают, что время наступления положительной динамики сознания зависит от вида гематомы и темпа ее течения. Наиболее медленно нормализовалось сознание у пострадавших оперированных по поводу острых субдуральных гематом: ясное сознание отмечается с 4 сут, а к 10 сут уже все больные с благоприятным исходом были в ясном сознании. Подавляющее число оперированных в фазе умеренной клинической декомпенсации (27 из 34) проделали положительную динамику, от умеренной декомпенсации до субкомпенсации. При этом регресс шел, прежде всего, по общемозговому параметру – прояснялось сознание, нивелировалось психомоторное возбуждение.

В отличие от общемозговой, очаговая симптоматика в виде умеренно выраженных парезов конечностей, афатических расстройств, а также нарушения психики могли сохраняться относительно продолжительное время – в течении всего послеоперационного периода. Поэтому переход из фазы умеренной клинической декомпенсации в фазу субкомпенсации происходил обычно через 3-4 недели после устранения компрессии мозга, а в отдельных случаях больные выписывались из стационара в фазе умеренной клинической декомпенсации, отмечаемой по очаговому параметру.

Фаза клинической субкомпенсации. Непосредственно перед оперативным вмешательством фаза клинической субкомпенсации отмечалась у 17 (16,3%) больных. Эта фаза характеризовалась общим относительно удовлетворительным состоянием пострадавших. 14 больных были в ясном сознании, 3 – в оглушении. Стволовая неврологическая симптоматика отсутствовала. У большинства пострадавших отмечалась легкая пирамидная недостаточность на стороне противоположной гематоме.

Анализ динамики основных показателей витальных функций и неврологического статуса у оперированных в фазе клинической субкомпенсации показал, что после оперативного вмешательства у большинства пациентов не наступало заметного ухудшения состояния, и они как в первый, так и в последующие дни оставались в этой же фазе. Быстро регрессировали головные боли, отмечавшиеся в большинстве наблюдений до операции, у 2 больных из 3 оглушение сменилось ясным сознанием на 2-сутки послеоперационного периода. Углубление декомпенсации в виде нарастания очаговой симптоматики, неустойчивого артериального давления, тахикардии отмечалось у 6 больных. Наиболее гладкое протекал послеоперационный период у 18 больных с импрессионными переломами черепа, устраненными в фазе клинической субкомпенсации. В отличие от других форм компрессии, ни в одном случае не отмечалось нарушений сознания, как до, так и после операции. Их состояние позволяло осуществить первичную пластику дефекта или произвести ее в раннем послеоперационном периоде.

Отметим, что компенсация мозговых функций может быть неустойчивой, и под влиянием неблагоприятных факторов может происходить ее срыв. В ряде случаев, по-видимому, оперативное вмешательство с умеренной кровопотерей и травматизацией рефлексогенных зон явилось причиной временной декомпенсации. Оценка клинических фаз в послеоперационном периоде позволила выявить динамику изменений состояния больного в зависимости от уровня декомпенсации до оперативного вмешательства, прогнозировать исход. В острых случаях, когда декомпенсация развивалась лавинообразно, даже радикально проведенная операция не устраняла угрозу для жизни. Среди выживших больных, оперированных в фазе грубой клинической декомпенсации, отмечались малоудовлетворительные результаты лечения с длительной потерей трудоспособности. Анализ наших данных показывает, что устранение компрессии мозга в

темпе, опережающем наступление грубой декомпенсации, есть один из путей дальнейшего улучшения исходов.

В подавляющем числе наблюдений пребывание больного в стационаре исчислялось 3-6 нед. Сроки стационарного лечения зависели от темпа обратного развития декомпенсации и определялись динамикой клинических фаз. Динамическое наблюдение и одновременная эхоэнцефалоскопия в послеоперационном периоде были произведены 82 (78,8%) больным из 104 в сроки от 3 сут до 4 нед. Изучалась степень смещения срединных структур головного мозга. А также по данным одновременной эхоэнцефалоскопии изучались сроки редислокации срединных структур.

Изменения углеводного обмена и иммунной системы имели общие тенденции. Минимальные запасы гликогена, содержащиеся в головном мозге, и снижение концентрации АТФ, ограничение поступления кислорода могут вызвать структурные и электрофизиологические изменения в клетках мозга. Это приводит к поражению Na-K-АТФ-зависимой насосной системы, создающей трансмембранный градиент в норме. Развивается пресинаптическая деполяризация вследствие расстройства распределения ионов. Начинается массовый выброс во внеклеточное пространство возбуждающих нейромедиаторов глутамата и аспартата. Глутамат и аспартат приводят к активации постсинаптических рецепторов, которая является причиной открытия ионных каналов для ионов Na^+ , K^+ и Ca^{++} . Из-за повышения концентрации внеклеточного K^+ идет дальнейшее нарастание деполяризации, которое снижает возбудимость нейронов. Увеличение концентрации внутриклеточного содержания N^+ становится причиной перехода воды внутрь клетки, приводящего к ее набуханию. Открытие Ca -каналов приводит к повышению количества внутриклеточного Ca^{++} , что активизирует каскад биохимических реакций, которые являются причиной необратимых повреждений нейронов.

В результате гипоксии и/или ишемии развивается ацидоз, который приводит к возникновению отека мозга, нарушению гомеостаза ионов кальция в нервной системе и усилению формирования свободных радикалов. Усугубляется нарушение распределения ионов из-за того, что свободные радикалы тоже имеют свойства блокировать активность Na-K-АТФ-зависимого насоса. Свободные радикалы разрушают клеточные мембраны путем окисления протеинов и липидов. Это все приводит к образованию перекисных соединений, вследствие чего проницаемость гематоэнцефалического барьера нарушается.

Вследствие всех этих процессов развивается отек мозга и церебральный вазоспазм. Повреждаются мембраны митохондрий из-за несбалансированной активации перекисного окисления липидов, что становится причиной угнетения окислительного фосфорилирования и снижения образования АТФ.

Содержащиеся в головном мозге ферменты, такие как супероксиддисмутаза, каталаза, глутатионпероксидаза, которые обладают свойствами противодействующими формированию свободных радикалов. Такими же свойствами обладают и антиоксиданты, такие, как альфа-токоферол, аскорбат и глутатион. Но для того чтобы противодействовать тому количеству свободных радикалов, образуемых вследствие церебральной ишемии, эндогенного уровня антиоксидантов не совсем достаточно. С целью предотвращения гибели поврежденных участков мозга необходимо предпринять меры нейропротекции.

В фазе умеренной клинической декомпенсации при благоприятном течении, что особенно наглядно проявлялось после устранения острых и подострых субдуральных гематом, содержание лактата и пирувата в крови и ликворе характеризовалось относительной стабильностью, отсутствием выраженных колебаний. В первые 5-6 сут отмечались незначительные колебания содержания лактата, аутоиммунные реакции были в пределах нормы. В фазе грубой клинической декомпенсации у больных с благоприятным исходом, содержание лактата и пирувата было более высоким по сравнению с фазой умеренной клинической декомпенсации. Стабилизация этих показателей наступала значительно позже, через 2-3 нед. Наибольшие колебания лактата пирувата отмечались на 1-3 сут после операции. Иммунные реакции в этот период близки к нормальным, максимальные изменения отмечались на 5-8 сут. В фазе грубой клинической декомпенсации, в группе больных с летальным исходом, все исследованные показатели имели выраженные колебания от самых низких до самых высоких значений.

Использование эхоэнцефалоскопии в послеоперационном периоде позволило уточнить наличие или отсутствие повторного скопления крови путем выявления смещения срединных структур головного мозга. Таким образом, инструментальные методики после устранения травматического сдавления головного мозга помогали объективизировать направленность течения патологического процесса и вносить соответствующие коррективы в тактику лечения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения травматического

сдавления головного мозга в значительной степени предопределялись своевременностью и адекватностью нейрохирургического вмешательства и медикаментозной терапии. Однако, по нашим данным, в 11 (10,6%) из 104 наблюдений возникала необходимость в повторных хирургических вмешательствах в связи с формированием послеоперационных эпидуральных гематом, рецидивов внутричерепных гематом, и отеком

мозга. В таблице 2 представлено распределение больных по клиническим формам сдавления мозга и причинам реопераций. Наиболее часто встречались послеоперационные эпидуральные гематомы – 4 наблюдения, нарастающий отек головного мозга – 3 наблюдения, рецидивы гематом – 2 наблюдения, неудаленные при первой операции компримирующие факторы – 2 наблюдения.

Таблица 2

Распределение больных по причинам повторных оперативных вмешательств

Причины повторных операций	Абс.	%
Послеоперационные эпидуральные гематомы	4	36,3
Нарастающий отек головного мозга	3	27,3
Рецидивы гематом	2	18,2
Неудаленные компримирующие факторы	2	18,2
Всего	11	100

Источником образования послеоперационных эпидуральных гематом являлось кровотечение вследствие разрыва пахионовых вен при западении мозга, кровоточивость сосудов твердой мозговой оболочки, мышечно-апоневротического и костного лоскутов. В зависимости от характера и темпа развертывания клинической картины послеоперационных эпидуральных гематом выделены 2 группы больных. Первая – превалировали общемозговые признаки и углублялись локальные симптомы, имевшиеся до первой операции (2 наблюдения). У этих пострадавших, как бы продолжалось в одном направлении течение травматической болезни с углублением декомпенсации. Вторая – после первичного оперативного вмешательства отмечался светлый промежуток (от 6 часов до 11 суток, по нашим данным). А затем на фоне отсутствия или незначительного углубления нарушений сознания выявлялись признаки, главным образом, коркового поражения: фокальные эпилептические припадки, афатические расстройства, пирамидная недостаточность (2 наблюдения). Такое относительно благоприятное течение послеоперационных эпидуральных гематом наблюдалось после удаления подострых субдуральных гематом, формирующихся на фоне легкой или средней тяжести ушиба головного мозга. Моносимптомность в проявлении послеоперационных эпидуральных гематом импрессионными переломами черепа, в частности, избирательно лишь оперкулярные судороги или моторная афазия наблюдались в тех случаях, когда гематома была небольшой по объему (30 мл), имела шаровидную форму с компрессией ограниченного участка коры мозга.

В отличие от послеоперационных эпидуральных гематом, рецидивы гематом формировались

на месте первично удаленного скопления крови и имели обычно тот же источник кровотечения. Рецидивы субдуральной (1 наблюдение) и эпидуральной (1 наблюдение) гематом чаще возникали после удаления острых внутричерепных гематом. Нарастание общемозговых и очаговых симптомов, в отличие от послеоперационных эпидуральных гематом, происходило бурно. Вопрос о реоперации решался, как правило, в первые сутки. «Светлый промежуток» между первой и второй операциями обычно отсутствовал, отмечалась глубокая утрата сознания (до сопора и комы), тенденции к тахикардии и артериальной гипотонии. Стойко держалась после первой операции или появлялась вновь анизокория, углублялись пирамидные симптомы и признаки воздействия на ствол мозга: патологические рефлекссы, инсилатеральные гемипарезы, диссоциация менингеальных симптомов и сухожильных рефлекссов по продольной оси тела, парезы взора и др. в отличие от послеоперационных эпидуральных гематом, но ни у одного больного не наблюдались эпилептические припадки.

Распознавание послеоперационных эпидуральных гематом и рецидива гематом нередко представляло значительные затруднения, которые усугублялись тем, что такие информативные методы диагностики, как эхоэнцефалоскопия, оказывались менее информативными. Это обусловлено тем, что смещение срединных структур мозга после устранения внутричерепных гематом и очагов размножения держались, по нашим данным, в течении 2-3 недель. Большее диагностическое значение имели данные повторных КТ или МРТ исследований, наряду с адекватной оценкой динамики основных витальных функций, общемозговых и очаговых неврологических

симптомов, а также состояния послеоперационной раны.

В связи с неудаленными при первой операции очагами разможжения мозга (1 наблюдение) и внутривисочной субдуральной гематомой (1 наблюдение) нами оперировано повторно 2 больных. Ретроспективный анализ этой группы больных показал, что реоперация у них обусловлена гиподиагностической тактикой.

Наши данные свидетельствуют о том, что чаще всего не диагностировались и, следовательно, не удалялись лобно-височно-базальные очаги разможжения в области обнаруженной субдуральной гематомы или вне зоны первой операции. Отметим, что дооперационная диагностика множественных причин компрессии была чрезвычайно затруднена из-за общего тяжелого состояния пострадавшего, превалирования общемозговых, особенно при двусторонней локализации процесса. Клиническая картина у этой группы пострадавших характеризовалась глубоким нарушением сознания, психомоторным возбуждением, тахикардией, тахипноэ. Выявлялись признаки грубого воздействия на ствол мозга. Причем этот симптомокомплекс обычно наблюдался и перед первым оперативным вмешательством. Отсутствие положительной динамики, появление клонико-тонических судорог, углубление нарушений витальных функций, несмотря на активную медикаментозную терапию, свидетельствовало о продолжающейся компрессии мозга.

При всех вышеописанных формах компрессии мозга своевременное повторное оперативное вмешательство являлось единственной мерой, способной предотвратить углубление декомпенсации. Ревизия раны, удаление послеоперационных эпидуральных гематом и рецидивных гематом обычно производилась под общим эндотрахеальным наркозом. Тщательно останавливалось кровотечение, рана хорошо дренировалась. При отеке мозга осуществлялась одно- или двусторонняя декомпрессионная трепанация черепа. Очаги разможжения удалялись с применением микрохирургической техники и специального инструментария, что позволяло сделать это более радикально и менее травматично. К мерам, предупреждающим формирование послеоперационных эпидуральных гематом, относились: тщательный гемостаз, который лучше достигался при использовании бинокулярной лупы с волоконным осветителем, подшивание твердой мозговой оболочки при западении мозга к апоневрозу и надкостнице по краям костного дефекта, дренирование надоболочечного пространства с помощью вакуум-дренажей. Для контроля за расправлением мозга в послеоперационном периоде

мы использовали наложение клипсы-метки к мягкой мозговой оболочке с последующим динамическим КТ/МРТ исследованием.

Заключение. Закономерности динамики клинических фаз до- и после устранения травматического сдавления головного мозга позволяют наметить пути предупреждения углубления декомпенсации в послеоперационном периоде. В настоящее время еще пока нельзя считать, что проблема интраоперационной защиты мозга решена. Только поддержание адекватной церебральной перфузии может явиться основным гарантированным средством предотвращения и лечения ишемии. Умеренную гипотермию и использование барбитуратов можно считать весьма эффективными, хотя нет единого мнения на этот счет. Продолжают исследовать возможность практического применения как антагонистов, так и блокаторов NMDA-рецепторов, лидокаина, антиоксидантов, блокаторов кальциевых каналов.

Литература

1. Генов П.Г. Интраоперационная нейрональная защита: реальность и перспективы [Текст] / П.Г. Генов, В.Х. Тимербаев // *Нейрохирургия*. – 2006. – №3. – С. 51-58.
2. Коновалов А.Н. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствий [Текст] / А.Н. Коновалов, А.А. Потапов, Л.Б. Лихтерман // *Вопр. нейрохирургии*. – 2004. – №4. – С. 18-25.
3. Крылов В.В. Черепно-мозговая травма (принципы диагностики и лечения) [Текст] / В.В. Крылов // *Интенсивная терапия тяжелой черепно-мозговой травмы*. – М., 2004. – С. 3-14.
4. Потапов А.А. Нейроанатомические основы травматической комы: клинические и магнитно-резонансные корреляты [Текст] / А.А. Потапов, Н.Е. Захарова, В.Н. Корниенко // *Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. – 2014. – №1. – С. 4-13.
5. Cruz J. Improving clinical outcomes from acute intracranial hematomas with the emergency preoperative administration of high doses of mannitol: a randomized trial [Text] / J. Cruz, G. Minoja, K. Okuchi // *Neurosurgery*, 2011. – Vol. 49, #4. – P. 864-871.
6. Curry P. Perioperative management of traumatic brain injury [Text] / P. Curry, D. Viernes, D. Sharma // *Int J Crit Illn Inj Sci.*, 2011. – V. 1(1). – P. 27-35.
7. Diaz-Arrastia R. Pharmacotherapy of Traumatic Brain Injury: State of the Science and the Road Forward [Text] / R. Diaz-Arrastia, P.M. Kochanek, C.W. Salzer // *J Neurotrauma.*, 2014. – V 15. – P. 135-158.
8. Ono J. Outcome prediction in severe head injury: analyses of clinical prognostic factors [Text] / J. Ono, A. Yamaura, M. Kubota // *J Clin Neurosci.*, 2012. – Vol. 8, # 2. – P. 120-123.

ОЦЕНКА ЛИЦЕВЫХ БОЛЕЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛОР ОРГАНОВ

Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Г.С. Арзыкулова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра оториноларингологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье проведена оценка болевого симптома у 140 больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух с помощью «Многомерного вербально-цветового болевого теста», выявлено, что при остром риносинусите основным компонентом болевого симптома является соматическая боль, а у больных с хроническим ринитом преобладает психогенный характер боли. Оценка компонентов, составляющих болевой симптом (соматический, сенсорный и психогенный), позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

Ключевые слова: риносинуситы, лицевые боли, болевой симптом.

КУЛАК, МУРУН, ТАМАК МЕНЕН БАЙЛАНЫШКАН БЕТ ООРУГА БАА БЕРҮҮ

Б.Н. Жумабаева, А.А. Салыбаева, Г.С. Арзыкулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Кулак, мурун, тамак оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Мурун оорулары менен ооруган бейтаптарды баалоо 140 бет оору менен бейтаптардын ичинде баалуу өткөрүлгөн «Вербалдуу-түс тест» менен. Риносинусит оорусунда биринчи бир бөлүк соматикалык оору деп аныкталган, курчуу өнөкөт болгон риносинуситте сезүү оору белги болгон. Өнөкөт болгон ринитте психогендик оору белгиси баамдылык кылат. Оору белгилер баалуу түзгөн компонентке оорунун патогенезин өзгөчөлүктөрүнө баа берип жана даарылоо стратегиясын аныктайт.

Негизги сөздөр: риносинусит, бет оору, ооруу белгиси.

ASSESSMENT OF FACIAL PAINS IN DISEASES OF ENT ORGANS

B.N. Zhumabaeva, A.A. Salybaeva, G.S. Arzykulova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Otorhinolaryngology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this state comprehensive assessment of facial pain symptoms in patients with diseases of the nose and paranasal sinuses. The evaluation of pain symptoms in 140 patients with diseases of the nose and paranasal sinuses with the « Pain verbal color test» Revealed that acute rhinosinusitis main component of the pain symptoms is somatic pain. During exacerbation of chronic sinusitis, the main component of pain is a symptom of touch. In patients with chronic rhinitis predominant psychogenic nature of the pain. Evaluation of components that make up the painful symptoms (somatic, sensory and psychogenic), allows you to define the features of the pathogenesis of the disease and determine treatment strategy.

Key words: facial pain, paranasal sinuses, pain symptom.

Введение

Большая часть заболеваний уха, горла и носа сопровождается болевым синдромом. Сложность диагностики связана с тем, что иннервация органа слуха, носа, околоносовых пазух, глотки и гортани обеспечивается теми же нервами, которые снабжают кожу лица и головы, мышцы (жевательные, мимические, шейные), структуры ротовой полости (слизистую оболочку, язык, десны, зубы), слюнные железы. Чувствительная

иннервация головы и лица осуществляется тройничным (V пара), языкоглоточным (IX пара), блуждающим (X пара) черепными нервами и верхне-шейными позвоночными нервами (C1, C2, C3). Ощущения, вызываемые патологическим процессом в тканях и связанные с повреждением самих нервов, разветвляющихся в этих тканях, часто практически неотличимы. Болевой синдром при синуситах имеет сложную природу и является следствием раздражения окончаний тройничного нерва в слизистой оболочке пазух

продуктами метаболизма микроорганизмов и медиаторами воспаления, повышения давления экссудата в просвете пазухи при затруднении оттока, болезненной пульсации в результате избыточного пульсового растяжения артерий. Для синусита характерна тупая, постоянная распирающая боль, чаще в проекции пораженной пазухи, ощущение тяжести, напряжения. Иногда боль принимает пульсирующий характер. Интенсивность боли меняется в течение суток, что связано с изменением условий оттока из пазух в зависимости от положения головы. Дифференциально-диагностическим тестом может служить ослабление болевого синдрома после анемизации слизистой оболочки полости носа в результате улучшения оттока экссудата из пазухи. Локализация, характер, местная и отдаленная иррадиация боли зависят от топики поражения околоносовых пазух. При остром неосложненном фронтите наблюдается распирающая боль в лобной области, усиливающаяся при движении глазных яблок, при наклонах головы вперед с ощущением «прилива» к пазухе. Наибольшей интенсивности боль достигает по утрам, что связано с ухудшением дренажа пазухи в горизонтальном положении. При остром этмоидите давящая боль локализуется в области корня носа, переносится и внутреннего угла глаза. Боль иррадирует в зоне иннервации второй ветви тройничного нерва, часто сопровождается слезотечением, отеком век, иногда – гиперемией конъюнктивы. Возможно появление болезненности глазного яблока. Болевой синдром при сфеноидитах наблюдается в 96% случаев и имеет различную локализацию. Типичный признак головной боли при сфеноидите – это «проекция постоянного места» в результате ее иррадиации в то или иное место головы. Заболевания ЛОР органов могут стать причиной возникновения неврогенных прозопалгий. К этой группе можно отнести невралгию тройничного нерва, невралгию крылонебного узла, невралгию носоресничного нерва, прозопалгии неясного генеза.

Цель: комплексная оценка болевого симптома у больных с заболеваниями носа и околоносовых пазух, позволяет определить особенности патогенеза заболевания и определить тактику лечения.

Материалы и методы

В отделении болезней уха, горла и носа мы провели оценку больных с различными нозологическими формами лицевой боли у 140 больных в возрасте от 18 до 74 лет с заболеваниями носа и

околоносовых пазух с помощью «Вербально-цветового болевого теста». Это – комплексный экспресс-метод оценки и измерения боли. Тест оценивает выраженность компонентов болевого синдрома по 7-ми факторам-шкалам на различных уровнях психического отражения – ноцицепции, ощущения боли, переживания боли, болевого поведения, адаптивности и позволяет получить интегральную в баллах / процентах (количественную и качественную) оценку боли. Тест одновременно отражает особенности восприятия боли человеком на разных уровнях психики и позволяет определить локализацию боли, частоту возникновения, длительность, интенсивность болевых приступов (уровень ноцицепции), характер болевого ощущения (уровень восприятия боли) и вовлеченность эмоциональных компонентов (уровень эмоционального переживания), степень невротизации (поведенческий уровень) и зависимость появления у пациента болевых ощущений от влияния факторов внешней среды (уровень адаптивности). Вместе с вербальным описанием болевых ощущений используется невербальный символ – цвет. Это позволяет выявить неосознаваемое, часто скрытое для самого пациента отношение к своей болезни и определить выраженность психогенной составляющей в целостной картине восприятия боли. Исследования проводили с помощью компьютерной версии теста-программы «Пересвет Антиболь». Тест содержит 7 шкал, в каждой из которых результат тестирования минимально равен нулю, максимально равен 6 баллам. Шкалы: лжи, частоты боли, длительности боли, интенсивности боли, сенсорных ощущений боли, эмоционального отношения к боли, невротизации, модальностей (адаптивности). Это позволяет оценить восприятие боли на уровне ноцицепции, ощущения, переживания, болевого поведения и адаптивности. Всем 140 больным мы провели подробное клиническое обследование, включающее осмотр, пальпацию и перкуссию доступных стенок околоносовых пазух, переднюю и заднюю риноскопию, КТ околоносовых пазух.

Результаты и обсуждение

Среди обследованных пациентов – 63 (45%) составили больные с невралгией тройничного нерва, 41 (29,3%) с невралгией носоресничного нерва и 36 (25,7%) с прозопалгиями неясного генеза, что отражено в следующей таблице 1.

Таблица 1

Показатели обследования

Нозологическая форма	Количество	% соотношение	Сопутствующее заболевание
Невралгия тройничного нерва	63	45	Острый риносинусит
Невралгия носоресничного нерва	41	29,3	Обострение хронического риносинусита
Прозопалгии	36	25,7	Прозопалгии неясного генеза

Слизистые выделения из носа имелись у 42 (30%) больных, слизисто-гнойные – у 73 (52,1%), у 25 (17,9%) – выделений из носа не было. Затруднение носового дыхания отмечали 133 (95%) больных. Гнойный процесс в пазухах, как правило, сопровождался выраженным болевым симптомом, а катаральный синусит не дает значительной боли, но 17,2% больных с отсутствием гнойного процесса в околоносовых пазухах дали высокий общий показатель болевого симптома за счет высоких баллов по шкалам эмоционального восприятия и невротизации. При этом у 13% пациентов с выраженным тяжелым гнойным процессом в околоносовых пазухах мы выявили низкий (0-2 балла) средний показатель болевого

симптома (слабый болевой симптом), в том числе и по шкалам интенсивности и частоты. На КТ у всех больных определялись признаки воспалительного процесса слизистой оболочки носа и/или околоносовых пазух разной степени выраженности.

Как было указано, исследование проводилось среди 140 больных в возрасте от 18 до 74 лет. Возрастные категории указывают следующее: наибольший процент больных наблюдался в возрастной категории от 26 до 45 лет, вторую группу составили больные от 18 до 25 лет, то есть лица, наиболее работоспособного возраста (Рис. 1).

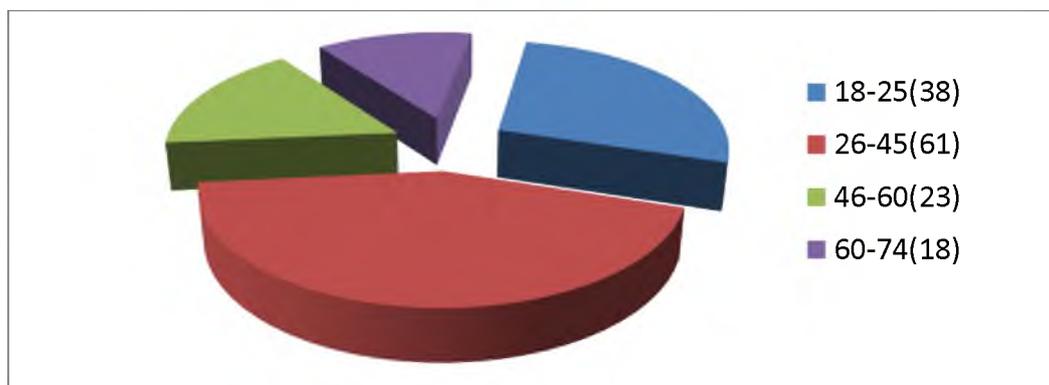


Рис. 1. Возрастные категории.

Невралгия тройничного нерва (ТН) встречается чаще других, проявляется короткими приступами жгучей боли высокой интенсивности в зоне первой, второй или третьей ветви ТН – лобная, верхнечелюстная или нижнечелюстная локализация (Рис. 2). Типичный приступ не вызывает сомнений: мучительная жгучая боль в области

глазного яблока, спинке и половине носа. Болевой синдром сопровождается слезотечением и выделением из одной ноздри жидкого секрета. Триггеры в области внутреннего угла глазницы и крыла носа. Диагностический тест – смазывание лидокаином слизистой оболочки переднего отдела носовой полости, которая в течение 2 минут купирует боль.

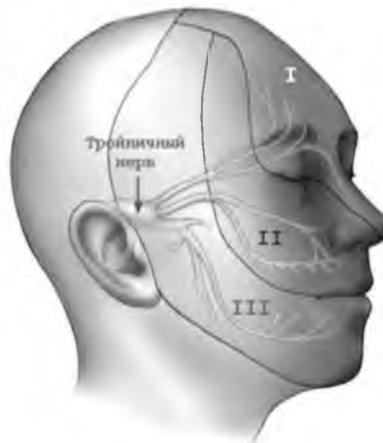


Рис. 2. Зоны иннервации ветвей тройничного нерва.
* (<http://tutbolinet.ru/golova/nevralgiya-trojnichnogo-nerva.html>)

Невралгия носоресничного нерва может возникнуть при патологии ЛОР органов (гипертрофии нижних носовых раковин и вазомоторном рините, искривлении носовой перегородки, острых и хронических верхнечелюстных синуситах, острых и хронических этмоидитах, острых и хронических фронтитах, острых и хронических сфеноидитах), а также при одонтогенных гайморитах, а также при отёках слизистой оболочки носа и вирусных заболеваниях. Боли носят пароксизмальный характер и локализуются в области

глазницы, носа, верхней челюсти и зубов (рис. 3). Вегетативные нарушения выражаются в гиперемии конъюнктивы, усиленном слезо и слюноотечении, отёчности слизистой оболочки носа и ринорее; нередко наблюдается отёчность половины лица или отдельных его участков. Приступы могут сопровождаться одышкой, тошнотой. На высоте приступов часто отмечают светобоязнь и нарушения зрения.

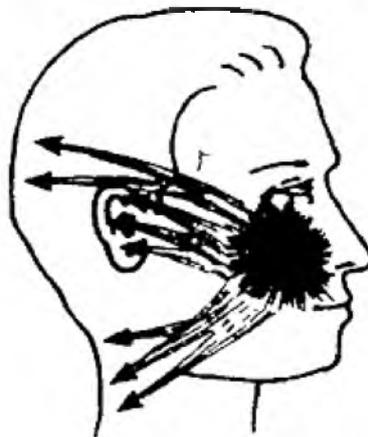


Рис. 3. Распространение болей при невралгии носоресничного нерва.
* (<http://stom4you.ru/nevralgiya-nosoresnichnogo-nerva-sindrom-charlina.html>)

В дифференциальный ряд также попадает идиопатическая персистирующая лицевая боль (ранее – атипичная лицевая боль), определяемая как по-

стоянная боль в лице, не отвечающая диагностическим критериям ни одной из описанных форм краниальных невралгий и не связанная с другой патологией (таблица 2).

Локализация болей при поражении лицевых нервов

Источник боли	Система	Зона распространения
Крылонебный узел	Тройничный нерв (V ч.н.)	верхняя челюсть, твердое небо, глазн. яблоко, корень носа
Ресничный узел		глазное яблоко, надбровье, спинка и половина носа
Носоресничный нерв		
Видиев нерв	Лицевой нерв (VII ч.н.) + сплетение ВСА	ткани орбиты (не глазное яблоко)
Верхний шейный симпатический узел	Шейный симпатический ствол	половина лица, головы, шеи, надплечья
Идиопатическая персистирующая лицевая боль		все лицо или любая его часть

Измерительная шкала длительности боли позволяет с помощью одной или нескольких характеристик подсчитать рейтинг болевых ощущений и, вместе со шкалой интенсивности, выявить соматогенный характер болевого ощущения. Высокие показатели по «соматическим» шкалам отражают выраженный болевой симптом. Чаще всего выраженный болевой симптом отмечен у пациентов с острыми гнойными процессами в околоносовых пазухах (4 и более баллов из 6) как раз за счет высоких показателей по шкалам интенсивности и частоты боли. У больных с хроническими процессами показатели по «соматическим» шкалам значительно ниже – в среднем 2 балла из 6-ти. А хронический ринит практически не вызывает интенсивной боли по этим шкалам: средний балл – 1,6. Шкала сенсорного ощущения боли позволяет провести качественный и количественный анализ сенсорного компонента болевого ощущения, уточнить степень патологических изменений, связанных с заболеванием. Сенсорный показатель боли в основном соответствует общему уровню болевого симптома. При интенсивном болевом симптоме сенсорный показатель заметно выше, чем при низком значении интенсивности. Наиболее высокие значения по «сенсорным» шкалам мы получили у больных с хроническими риносинуситами – до 4-5 баллов. Это позволяет охарактеризовать боль при хронических риносинуситах как актуальную, имеющую прямую связь с патогенезом заболевания. Болевой симптом при рините, связанный с затруднением носового дыхания, также обусловлен в большой степени сенсорным компонентом – 3-

4 балла. А вот острый гнойный процесс не дает высоких показателей по чувствительным шкалам – всего 2-3 балла.

Выводы:

1. Показатель частоты боли отражает достоверность связи болевого симптома с вызвавшим его заболеванием. Мимолетный, однократный характер боли исключает соматогенный характер болевого симптома. У больных с риносинуситами частота болевого симптома в среднем оценивается в 3-4 балла. Это средний показатель, что доказывает связь патологического процесса и причины болевого симптома.
2. Болевое ощущение не коррелирует с причиной и тяжестью течения патологического процесса. В схему лечения риносинуситов необходимо включать средства, воздействующие на патогенетические звенья болевого симптома.

Литература

1. Яхно, Н.Н. Боль: руководство для студентов и врачей/ Н.Н. Яхно. - М: МЕДпресс-информ, 2010. – 304 с.
2. Бойко, Н.В. Дифференциальная диагностика лицевых болей /Н.В. Бойко, И.В. Стагниева//Российская ринология. - 2012. - №4. - С. 39-41.
3. Адашинская, Г.А. Многомерный вербально-цветовой тест/ Г.А. Адашинская, Е.Е. Мейзеров // Вестник оториноларингологии. - 2005. - №4. – С. 26-33.
4. Zakrzewska, J.M. Facial pain: an update / J.M. Zakrzewska // Curr Opin Support Palliat Care. - 2009. – №3. - P. 125-130.

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВЫСОКОГОРЬЯ НА ОРГАНЫ СЛУХА И РАВНОВЕСИЯ
У РАБОЧИХ РУДНИКА «КУМТОР»**

А.К. Кошукеева, А.З. Тургумбеков, К.К. Нарматова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены результаты исследования слухового и вестибулярного анализаторов у рабочих рудника “Кумтор” в условиях высокогорья. Полученные результаты свидетельствуют о высоком риске развития нейросенсорной тугоухости у операторов тяжелой техники со стажем более 5 лет, что способствует поражению периферического и центрального отделов слухового анализатора.

Ключевые слова: профессиональная тугоухость, высокогорье, вахтовый метод работы, слуховая асимметрия, вестибуло-вегетативные реакции.

**"КУМТОР" КЕНИНИН ИШТӨӨЧҮЛӨРҮНҮН КУЛАК УГУУ ЖАНА
ТЕҢ САЛМАКТУУЛУК ОРГАНДАРЫНА ТООЛУК АЙМАКТЫН СЕБЕПТЕРИНИН
ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ**

А.К. Кошукеева, А.З. Тургумбеков, К.К. Нарматова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөдө, тоолуу аймакта иштеген “Кумтор” кенинин жумушчуларынын вестибулярдык жана угуу анализаторлоруна болгон таасиринин жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Алынган жыйынтыктар, 5 жылдан ашык оор жабдуулар менен иштеген операторлордун нейросенсордук чала угууга, өзгөчө угуу органдарынын четки жана борбордук бөлүктөрү чоң коркунучта экенин күбөлөндүрөт.

Негизги сөздөр: кесиптик чала угуу, тоолуу аймак, иш которуштуруу ыкмасы, угуу асимметриясы, вестибулярдык-вегетативдүү реакциялар.

**INFLUENCE OF HIGH ELEVATION ON THE HEARING AND BALANCE ORGANS
OF THE “KUMTOR” MINE WORKERS**

A.K. Koshukeeva, A.Z. Turgumbekov, K.K. Narmatova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The study presents the results of research of auditory and vestibular analyzers in the workers of the “Kumtor” mine functioning in high-elevation conditions. The results obtained indicate a high risk of neurosensory hearing loss in heavy equipment operators with experience of more than five years, caused by the deterioration of the peripheral and central parts of the auditory analyzer.

Key words: occupational deafness, highlands, shift, auditory asymmetry, vestibular-vegetative reactions.

Введение

Проблема изучения влияния факторов высокогорья на различные функциональные системы человека является актуальной, в особенности для Центрально-Азиатского региона. Многими авторами изучалось влияние комплексов факторов высокогорья на различные органы и системы человека и приспособительные реакции организма к экстремальным условиям внешней среды [1, 2, 3, 4]. Вместе с тем, вопрос о влиянии факторов высокогорья на состояние ЛОР-органов у коренных жителей и лиц, мигрирующих в условиях высокогорья, практически мало изучен [4, 5].

Цель данного исследования: Изучение динамики функционального состояния слухового и

вестибулярного анализаторов у лиц, работающих в условиях высокогорья и адаптационных изменений вестибулярного анализатора у частых мигрантов – рабочих рудника “Кумтор”.

Задачи исследования: Изучить функциональное состояние слухового и вестибулярного анализаторов у работников рудника «Кумтор» в зависимости от условий труда и длительности пребывания на высоте. На основании динамического наблюдения определить степень нарушения слухового аппарата у лиц впервые поднявшихся на высоту и работников рудника «Кумтор» (3800-4200 м н.у.м). Установить и рекомендовать максимальный срок работы у лиц, находящихся в

группе риска развития нейросенсорной тугоухости.

Актуальность исследования: Изучение воздействия факторов высокогорья, профессиональных вредностей и постоянной миграции в горах, с частым подъемом и спуском на работников рудника «Кумтор».

Материалы и методы исследования:

В данной работе обследовано 82 рабочих основных и вспомогательных профессий от 20 до 57 лет, средний возраст которых составил 37,5 года. В условиях вредного производства были заняты 62 человека, из них наибольшее число обследуемых были в возрасте от 30 до 49 лет. В зависимости от профессии обследуемые были подразделены на следующие группы: I группа – операторы тяжелой техники – 23 рабочих, работающих с тяжелой техникой; II группа – работники фабрики – 17 человек, работающих с сырьем и его обработкой и др; III группа – 22 работника вспомогательных профессий (механики, геологи, переводчики и др.) (табл.).

В состав контрольной группы вошли 20 человек, которые не сталкивались с воздействием производственных вредностей.

Также были выделены группы риска работников, связанных с профессией, возрастом и стажем их работы на руднике “Кумтор”. В данную группу отнесено 33 работника со стажем свыше 4-5 лет в возрасте старше 40 лет, из них: 17 операторов тяжелой техники (I-группа) и 16

работников вспомогательных профессий (II-группа). К профессиональным вредностям работников золоторудного комбината “Кумтор” были отнесены: вахтовый метод работы, удаленность от дома, низкие температуры, гипоксия, шум, вибрация, запыленность рудничного воздуха.

Методы исследования слухового анализатора: Сбор анамнеза, отоскопия, шепотная и разговорная речь, исследование камертонами (C128, C2048, W, Ri, Sch), проходимость евстахиевых труб по методу Тойнби с помощью ушного манометра Светлакова, тональная пороговая, надпороговая – Si-Si тест, проба Langenbeck, речевая аудиометрия, отоневрологические пробы. Все пороговые тесты проводились у рабочих перед работой и во время отдыха.

Методы исследования вестибулярного анализатора: устойчивость в позе Ромберга, походка по прямой линии, фланговая походка, указательная проба, определение наличия спонтанного нистагма, калорическая и вращательная пробы. Вестибуловегетативные реакции оценивались следующим образом:

0 – отсутствие вегетативных реакций;

I ст. – появление тошноты;

II ст. – тошнота, гипергидроз, гиперемия или побледнение кожных покровов;

III ст. – симптомы, характерные для II ст. в сочетании с рвотой.

Таблица

Характер и количество жалоб предъявляемых рабочими рудника «Кумтор» на нарушение слуховой функции (в %)

Обследованные группы		Общее количество		Заложность в ушах		Снижение слуха		Шум в ушах	
		п	%	п	%	п	%	п	%
Контрольные группы		20	100	1	5	-	-	1	5
Профессии:	Операторы тяжелой техники	23	100	4	17,4	6	26,1	4	17,4
	Работники фабрики	17	100	1	6	2	11,8	7	41,2
	Работники вспомогательных профессий	22	100	2	9,1	2	9,1	4	18,2
ВСЕГО:		62	100	7	11,3	10	16,1	15	24,2
Стаж:	До 3х лет	12	100	2	16,7	1	8,3	1	8,3
	От 3х до 5 лет	24	100	2	8,3	3	12,5	5	20,8
	Более 5 лет	26	100	3	11,5	6	23,1	9	35
Возраст:	20-29лет	10	100	1	10	-	-	1	10
	30-39лет	21	100	2	9,5	3	14,3	5	23,4
	40-49лет	26	100	3	11,5	4	16	7	26,9
	50 лет и более	5	100	1	20	3	60	2	40

Результаты исследования

Слуховой анализатор. Проведен сравнительный анализ между показателями порогов слуха левого и правого уха 1998 и 2001 годов, а также между односторонними данными показателей слухового анализатора (Рис. 1, 2).

Анализ выявил определенную динамику повышения средних показателей порогов слуха за сравниваемый период. Выявлена достоверная разница только на низких и высоких частотах, а на средних частотах несущественные изменения порогов слуха.

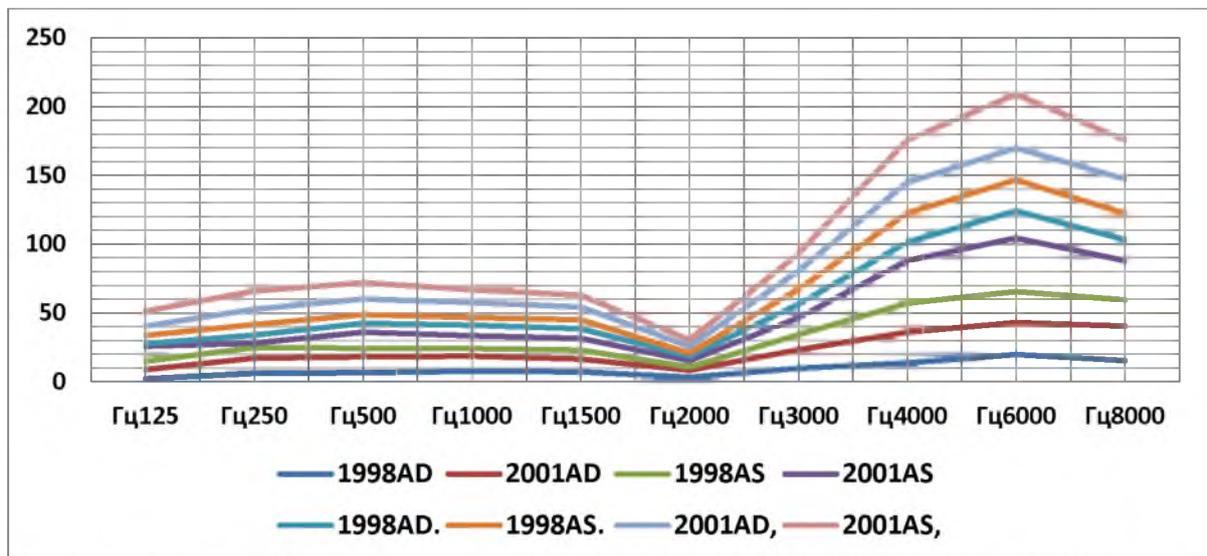


Рис. 1. Сравнительный анализ средних показателей порогов слуха по воздушной проводимости операторов тяжелой техники за 1998 и 2001 годы.

На звуковых частотах 125 и 250 Гц достоверность разницы была высокой: на частоте 125 Гц – 6,8, на частоте 250 Гц – 1,2, в то время как на высоких частотах средние показатели от 9,7 до 25,0 дБ.

Сравнение данных средних показателей проведенных между левыми сторонами показали высокие значения чем между правыми сторонами. На низких частотах средние показатели с левой стороны от 5,9 до 13,2 дБ и на высоких от 19,1 до 39,1 дБ.

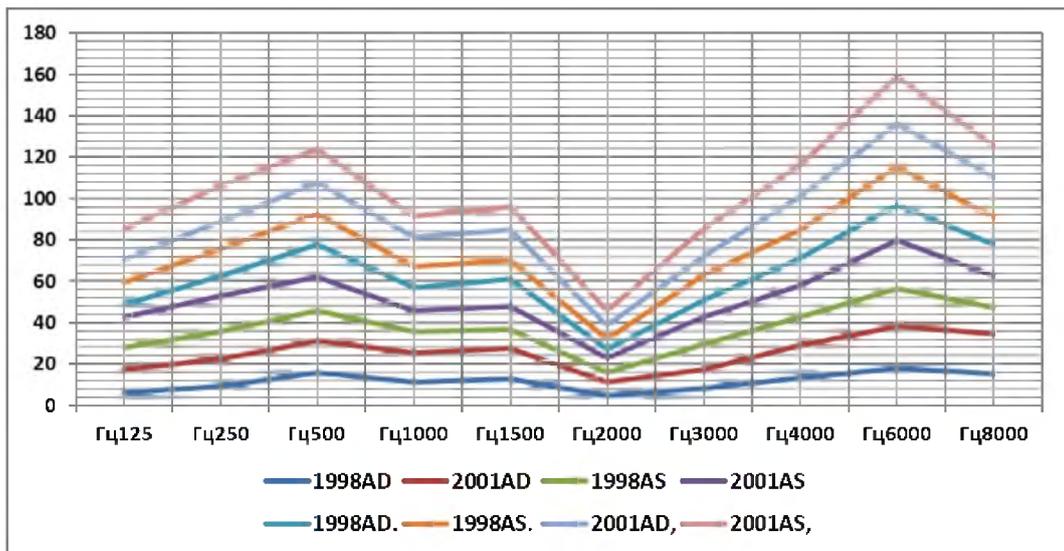


Рис. 2. Сравнительный анализ средних показателей порогов слуха по воздушной проводимости у работников вспомогательных профессий за 1998 и 2001 годы.

Разница между средними показателями порогов слуха с правой и левой стороны в 2001 году на частоте 6000 Гц была максимальной по

сравнении с другими частотами составляя 15,9 дБ, в то время как, разница слева между 1998 и 2001 году на данной частоте составила 16,6 дБ.

Проведенный анализ средних показателей порогов слуха у работников вспомогательных профессий показал однотипную картину полученной у операторов тяжелой техники.

На основании данных исследований слухового анализатора, и опираясь на классификацию Остапковича и Панамарёвой по оценке слуховой функции выделены в исследуемых группах поражения слухового аппарата различной степени. В группе работников кохлеарные невриты с I степенью снижения слуха встречались 14,5% случаев, со II степенью в 6,4% случаев со стажем работы свыше 5 лет.

Вестибулярный анализатор. В ходе исследования были выявлены следующие жалобы: головные боли, возникающие в первые дни пребывания на высоте, которые носили стойкий характер. Жалобы на головокружение в виде потемнения в глазах, мелькание “мушек” перед глазами, на тошноту и слабость.

У рабочих со стажем до 5 лет в 20,5% имела место I степень сердечно-сосудистых реакций, в то время как у рабочих свыше 5 лет это выявлено в 50,5% случаях. II степень сердечно-сосудистых реакций со стажем до 5 лет имела место в 11,7% случаев, а в группе со стажем выше 5 лет – в 14,7% случаев. III степень отмечена только у рабочих со стажем работы выше 5 лет в 2,94%. Вестибуло-вегетативные реакции I и II степеней чаще встречаются у рабочих со стажем работы свыше 5 лет, а также у рабочих в возрасте от 40 лет и выше.

У рабочих основной группы при проведении калорической пробы обеих ушей нистагм I степени встречался у 70,5%, II степени – у 2,94%, III степени не выявлялся.

Выводы:

1. Трудовая деятельность у операторов тяжелой техники в условиях высокогорья (3800-4200 м

н.у.м.) имеет высокий риск развития нейро-сенсорной тугоухости и способствует поражению периферического и центрального отделов слухового анализатора.

2. Степень изменений состояния слухового анализатора зависит больше от воздействия производственных факторов и условий высокогорья, а состояние вестибулярного анализатора и частота развития вестибуло-вегетативных реакций возрастает со стажем работы.
3. На основании вышеперечисленных данных рекомендуется установить максимально допустимый срок работы операторов тяжелой техники не более 5-7 лет, с последующим переходом на другую работу.

Литература

1. Миррахимов, М.М. Горная медицина / М.М. Миррахимов, П.Н. Гольдберг. – Фрунзе: Кыргызстан, 1978. – 167 с.
2. Данияров, С.Б. Высокогорье и вегетативная система / С.Б. Данияров, А.Г. Зарифян. – Ташкент, 1977. – 176 с.
3. Динамика резервов здоровья организма под воздействием высокогорной импульсной гипоксии / [М.Т. Шаов, О.В. Пишкова, Х.А. Курданов и др.] // Приволжский научный вестник. - 2015.- №5-1 (45). - С. 68-73.
4. Аширбаев, А.А. Влияние природно – климатических и производственных факторов на здоровье рабочих на высокогорных производствах / А.А. Аширбаев, И.К. Акылбеков, Р.Р. Тухватшин. – Бишкек: КГМА, 1998. – С. 25-28.
5. Мулладжанов, Х.М. Функциональное состояние ЛОР-органов при адаптации к высокогорью: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / Х.М. Мулладжанов. - Душанбе, 1982. – 23 с.
6. Тохирова, М.Г. Состояние ЛОР-органов у жителей разных высот Памира: Автореф. дис. ...канд. мед. наук / М.Г. Тохирова. – Душанбе, 1982. – 23 с.

ДИАГНОСТИКА ТУГОУХОСТИ И ГЛУХОТЫ У ДЕТЕЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ

К.К. Нарматова, Ч.О. Исаева, В.В. Халфина

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева.

Кафедра оториноларингологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме: Статья посвящена вопросам своевременного выявления врожденных нарушений слуха у новорожденных с целью коррекционных мер, необходимых для речевого и психоэмоционального развития ребенка, так как поздняя диагностика нарушения слуха у детей первого года жизни ведет к развитию глухонемой и, как следствие, к их инвалидизации.

Ключевые слова: Патология слуха у детей, тугоухость, глухота, аудиологический скрининг, отоакустическая эмиссия.

**КЫРГЫЗСТАНДА БАЛДАРДЫН НАЧАР УГУШУНА ЖАНА ДҮЛӨЙЛҮГҮНӨ
ДИАГНОЗ КОЮУ**

К.К. Нарматова, Ч.О. Исаева, В.В. Халфина

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы.

Оториноларингология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалa баланын сүйлөө жана психо-эмоционалдык жактан өнүктүрүү үчүн зарыл болгон түзөтүү иш-аракеттерин кылуу максатында ымыркайлардын тубаса угуу жөндөмдүүлүгүнүн бузулушун өз убагында аныктоо маселесине арналат. Жашоонун биринчи жылында балдардын угуу жөндөмдүүлүгүнүн бузулушун кеч аныктоо дүлөйлүк, дудуктун өнүгүшүнө жана майыптыкка алып келет.

Негизги сөздөр: Балдардын угуу патологиясы, начар угуу, дүлөйлүк, аудиологиялык скрининг, отоакустикалык эмиссия.

EARLY DIAGNOSIS OF HEARING LOSS AND DEAFNESS IN CHILDREN

K.K. Narmatova, Ch.O. Isaeva, V.V. Khalfina

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

The Department of otorhinolaryngology, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article deals with the timely detection of congenital hearing loss in newborns for taking the corrective measures aimed at speech and psycho-emotional development of a child, as the late diagnosis of hearing loss in children in the first year of life leads to the development of deaf-mutism, and as a consequence to their disability.

Key words: Hearing pathology in children, deafness, deafness, audiological screening, and otoacoustic emission.

Слух как функция, которая обеспечивает восприятие звуковой информации человеком, является неотъемлемой частью его жизни. В настоящее время проблема детской тугоухости и глухоты остается одним из значимых вопросов и в медицинской практике, и в социальном отношении. Человек со сниженным слухом значительно труднее адаптируется в социуме, ограничен в выборе образования и профессиональной деятельности, сталкивается со специфическими сложностями в межличностном общении не только в семье, но и в коллективе [1].

По данным Всемирной организации здравоохранения, из 1000 новорожденных 1 ребенок рождается с тотальной глухотой, а нарушение

слуха легкой и средней степени выраженности имеется у 1-2% новорожденных [2]. Важность раннего выявления нарушения слуха у новорожденных не вызывает сомнений, так как коррекция нарушений слуховой функции должна проводиться, как можно раньше, и успех реабилитации слабослышащих и не слышащих детей зависит напрямую от того, в какие сроки она была начата. А если обратить надлежащее внимание к проблеме патологии слуха как в первые годы жизни ребенка, являющийся одним из важнейших периодов развития речи, так и на всех этапах развития ребенка, обеспечит оптимальное формирование его как личности [1, 2]. Эффективным решением вопроса ранней диагностики нарушения слуха

является внедрение универсального аудиологического скрининга, основанного на регистрации задержанной вызванной отоакустической эмиссии (ЗВОАЭ) и/или коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) всем новорожденным во всех родильных домах.

На протяжении многих лет в Кыргызской Республике аудиологический скрининг новорожденных не проводился, а выявление патологии слуха ложилось на родителей, что приводило к достаточно поздней диагностике тугоухости и глухоты, и, следовательно, к неэффективности проводимого лечения.

В 2017 году аудиологами и оториноларингологами из Турции на базе ФУВ КГМИиПК г. Бишкек был проведен семинар-тренинг на тему: «Неонатальный скрининг новорожденных». Основной акцент был сделан на освоении методики проведения обследования и изучение алгоритма работы.

И с мая 2017 года 2 родовспомогающих учреждения г. Бишкек, были оснащены универсальным неонатальным скринингом для новорожденных, которых обследуют на 2-4-й день после рождения, и при показаниях через месяц в специализированном кабинете. При подтверждении сенсоневральной тугоухости ребенок нуждается в слухопротезировании, то есть использовании современных цифровых слуховых аппаратов, а в

случае глубокого снижения слуха (тугоухость IV степени и глухота) – в высокотехнологичном методе лечения – кохлеарной имплантации [5, 6]. Для осуществления диагностики нарушений слуха у детей, а также в своевременном их лечении и реабилитации, необходимо оборудовать сурдологопедические кабинеты современной диагностической и реабилитационной аппаратурой [7].

Учитывая вышеизложенное, **целью нашей работы** является повышение эффективности ранней диагностики тугоухости и глухоты у детей в Кыргызской Республике.

Материал и методы исследования

В Национальном центре охраны материнства и детства (НЦОМид) новым оборудованием Otometrics «MADSEN Accuscreen» (рис. 1, 2) с мая 2017 г. было обследовано более 1925 детей, было выявлено 5 (0,25%) новорожденных с патологией слуха, которым повторно через месяц было проведено обследование на этом же аппарате. Данный аппарат позволяет провести два теста: исследование реакции слухового ствола центральной нервной системы (по международной терминологии АBR) и отоакустической эмиссии (ОАЭ). Оба теста являются точными, не инвазивными, автоматизированными и не требуют каких-либо поведенческих реакций от ребенка [8].



Рис. 1. Аудиоскрининговый аппарат Otometrics «MADSEN Accuscreen».



Рис. 2. Аудиоскрининговый аппарат Otometrics «MADSEN Accuscreen» в работе.

Процедура обследования занимает несколько минут, и очень проста в применении. Дети обследовались в утренние часы после кормления в состоянии покоя или физиологического сна. Результаты обследования выводятся на экран прибора в виде графика. При получении положительного результата на экране прибора высвечива-

ется надпись «Прошел». Если в результате обследования положительный результат не был, достигнут, на экране появляется знак – «красный крест». Положительный результат скрининга свидетельствует о нормальной функции волосковых клеток улитки у обследованных детей. Дети с результатом «тест не пройден» при повторном исследовании через месяц, были направлены на

дальнейшее исследование органа слуха – осмотра ЛОР-врача для исключения патологии наружного и среднего уха, а также консультацию сурдолога с проведением углубленного аудиологического обследования.

В детском центре диагностики и реабилитации «СЛУХ» г. Бишкек в период с 2016 по 2018 гг. проведены обследования 202 детей в возрасте с момента рождения до 14 лет, у которых выявлено нарушение слуха различного типа и степени тяжести: 92 (45,5%) девочек и 110 (54,4%) мальчика. Диагноз тугоухость выявлен у 174 (86,1%) детей; глухота – у 28 (13,9%) пациентов.

Критериями исключения детей из исследования являлись: острая патология среднего уха, тяжелые психические заболевания у детей, наличие в

семье более трех поколений с глубоким нарушением слуха, где используют в общении только жестовую речь.

При первичном обращении в детский центр диагностики и реабилитации «СЛУХ» (г. Бишкек) после сбора анамнеза всем детям мы проводили функционально-диагностические исследования ЛОР-органов и аудиологические исследования слуха, которые выполняли на оборудовании фирмы Interacoustics, Дания: импедансометрию проводили при помощи импедансометра MaicoGasesar; регистрацию отоакустической эмиссии (ОАЭ), коротколатентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) на аппарате «Нейроаудио» (рис. 3).



Рис. 3. Аппарат «Нейро – Аудио».

Аудиометрию проводили на клиническом аудиометре, при этом детям до 1,5 лет регистрировали условно-рефлекторную двигательную реакцию ребенка (в виде поворота головы, глаз) в сторону источника звука в свободном поле с помощью динамиков, детям с 1,5 до 3 лет вырабатывали двигательную реакцию в ответ на предъявление звука (сбор пирамидки), у детей с 3 до 5 лет применяли игровую аудиометрию со зрительным подкреплением, пациентам старше 5 лет (при отсутствии психических нарушений) – тональную аудиометрию с предъявлением акустических стимулов через телефоны воздушной и костной проводимости.

По показаниям, начиная с года жизни, детям проводили компьютерную томографию (КТ) височных костей и магнитно-резонансную томографию (МРТ) головы. Функционально-диагностические методы исследования нервной системы и офтальмологическое консультирование, лабора-

торные исследования и консультации специалистов (по показаниям) проводили детям в детских клинических больницах.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам обследования 202 детей тугоухость диагностирована у 174 (86,1%) человек: глухота - у 28 (13,9%). При этом выявлено значительное преобладание сенсоневральной патологии у 174 (84,6%) детей; кондуктивная тугоухость выявлена у 25 (14,3%) детей, смешанное нарушение слуха - у 3 (1 %) детей.

Врожденная патология слуха была выявлена у 171 детей (у 91 мальчиков и 80 девочек) и у 31 ребенка – приобретенная патология слуха (у 19 мальчиков и 12 девочек).

В анамнезе детей с сенсоневральной тугоухостью или глухотой наиболее часто встречались следующие факторы риска: срок гестации менее 37 нед(26,1%); масса при рождении менее 1500 г (6,5%); родовая травма или асфиксия в родах (43,5%); болезни матери в первой половине беременности, которые могли привести к снижению

слуха, например краснуха, скарлатина, корь, герпес (2,2%); острый менингит у детей (10,9%); применение ототоксических препаратов женщиной во время беременности (4,3%); отягощенная наследственность в виде глухоты или тугоухости у родителей (6,5%); перенесенные инфекционные заболевания у детей (6,5%). У 9% детей не было выявлено ни одного этиологически значимого фактора риска. Выявив тугоухость или глухоту у ребенка, далее мы определяли этиологию нарушения слуха, что позволило на ранних этапах диагностики определить прогноз заболевания у ребенка и выработать правильную тактику реабилитации в дальнейшем.

У обследованных новорожденных в Национальном центре охраны материнства и детства не было ни одного случая наследственной формы тугоухости. Необходимо отметить, что при врожденной патологии слуха, диагностированной у ребенка, была начата комплексная реабилитация больного, учитывающая состояние здоровья организма в целом и включающая все необходимые коррекционные методики, в возрасте 1-1,5 лет.

Выводы:

1. В Кыргызской Республике аудиоскрининг необходимо проводить всем новорожденным, особенно имеющим факторы риска по развитию тугоухости и глухоты, так как сохраняется большая возможность использовать остаточный слух путем лечения и слухопротезирования, а также уменьшения влияния этого дефекта на психическое развитие ребенка, что позволяет в последующем иметь хороший уровень речевого развития и способствовать социальной интеграции ребенка и снижению уровня инвалидизации.

2. Метод регистрации и анализа отоакустической эмиссии является наиболее перспективным доступным методом аудиоскрининга, для граждан Кыргызской Республики, так как данная скрининговая программа делает реальной диагностику патологии слуха у детей на первом году жизни, что позволяет начать лечебно - профилактические мероприятия на ранних стадиях заболевания.

3. Причины, приводящие к развитию тугоухости и глухоты в детском возрасте, необходимо шире освещать при обучении студентов педиатрического факультета, а также в программах последипломного образования врачей, так как знание и учёт фоновых факторов риска по развитию тугоухости поможет осуществлению превентивных мероприятий в отношении поражения слухового анализатора.

Литература

1. Кисина, А.Г. *Практический опыт внедрения аудиологического скрининга для детей разных возрастных групп* / А.Г. Кисина, Т.В. Савинова // *Российская оториноларингология* – 2006. – №5(24). – С. 56-59.
2. Кисина, А.Г. *Особенности диагностического алгоритма нарушения слуха у детей* / А.Г. Кисина // *Материалы X Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»*. - Москва, 2011. – С. 342.
3. Кисина, А.Г. *Особенности комплексной диагностики нарушения слуха у детей* / А.Г. Кисина // *Вестник оториноларингологии*. – 2011. – №5. – С. 83.
4. *Возможности молекулярных и популяционно-генетических методов в диагностике наследственной тугоухости* / [А.Г. Кисина, и др.] // *Материалы 4-го Национального конгресса аудиологов*. – Суздаль, 2011. – С. 41.
5. Таварткиладзе, Г.А. *Раннее выявление нарушений слуха, начиная с периода новорожденности*. / Г.А. Таварткиладзе // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 1996. – № 3-4. – С. 50-54.
6. Володин, Н.Н. *Выявление патологии органа слуха в системе медицинского обеспечения детей раннего возраста*. / Н.Н. Володин, Г.А. Таварткиладзе, Ю.В. Козунь // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2000. – №5. – С. 20-24.
7. Королева, И.В. *Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию* / И.В. Королева // *Сурдопедагогическое обследование и оценка перспективности использования кохлеарного импланта*. – Санкт-Петербург, 2005. – С. 98.
8. Мельничук, О.П. *Предикторы нарушения слуха у недоношенных новорожденных* / О.П. Мельничук // *Здоровье ребенка*. – 2013. – №3 (46). – С. 18-21.

**НЕИНВАЗИВНАЯ РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОМЕТРИОЗА ЯИЧНИКОВ
ПОСРЕДСТВОМ ОНКОМАРКЕРА СА-125 И ОЦЕНКА ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА
ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ АНТИМЮЛЛЕРОВ ГОРМОН**

А.А. Аскеров, А.Ж. Сатыбалдиева, А.Ж. Жумабекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра акушерства и гинекологии №2
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в статье представлены результаты исследования по неинвазивной ранней диагностике эндометриозной кисты яичника при помощи ультразвукового исследования и онкомаркера СА-125. Доказана эффективность использования антимиюллера гормона в прогнозировании резервных возможностей яичника после хирургического лечения эндометриозной кисты.

Ключевые слова: эндометриоз, киста, яичник, онкомаркеры, гормон, хирургическое лечение.

**ЖУМУРТКА БЕЗИНИН ЭНДОМЕТРИЯЛЫК КИСТАСЫН ИНВАЗИВДУУ ЭМЕС
СА-125 ОНКОМАРКЕРЛЕРИ АРКЫЛУУ ЭРТЕ ДИАГНОСТИКАЛОО ЖАНА
АНТИМЮЛЛЕР ГОРМОНУ МЕНЕН ДАРЫЛООДОН КИЙИН ЖУМУРТКА БЕЗИНИН
РЕЗЕРВДИК МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮН БОЛЖОЛДОО**

А.А. Аскеров, А.Ж. Сатыбалдиева, А.Ж. Жумабекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
№2 Акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада УДИ жана СА-125 онкомаркерлери аркылуу жумуртка безинин эндометриялык кистасын инвазивдүү эмес эрте диагностикалоо боюнча изилдөөнүн жыйынтыктары берилген. Эндометриялык кистаны хирургиялык дарылоодон кийинки жумуртка безинин резервдик мүмкүнчүлүктөрүн болжолдоодо антимиюллергормонун пайдаланууну натыйжалуулугу далилденди.

Негизги сөздөр: эндометриоз, киста, жумуртка беги, онкомаркерлер, гормон, хирургиялык дарылоо.

**NONINVASIVE EARLY DIAGNOSIS OF OVARIAN ENDOMETRIOSIS THROUGH
CA-125 CANCER MARKER AND ASSESSMENT OF THE OVARIAN RESERVE
AFTER TREATMENT WITH ANTI-MULLERIAN HORMONE**

A.A. Askerov, A.J. Satybaldieva, A.Zh. Zhumabekova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department Obstetrics and Gynecology №2
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: the article presents the results of a study on noninvasive early diagnosis of the endometriosis ovarian cyst via ultrasound and oncomarker CA-125. The effectiveness of using antimullerian hormone in predicting the reserve capacity of the ovary after surgical treatment of endometriosis cyst.

Key words: endometriosis, cyst, ovary, oncomarkers, hormone, surgical treatment

Актуальность. Разнообразие клинических проявлений эндометриоза и отсутствие патогномичного именно для этого заболевания симптома определяют сложную диагностическую задачу в практической деятельности гинеколога. Наиболее часто при эндометриозе отмечается так называемый синдром хронической боли в области малого таза. По рекомендации Американской ассоциации акушеров и гинекологов, в диагностике эндометриоза большое значение имеет последовательное исключение других причин боли

этой локализации [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Выявленные при тщательном гинекологическом исследовании узловое образования вдоль утолщенных крестцово-маточных связок, увеличение и фиксация матки в ретроверсии, тяжесть или увеличение яичников заставляют лишь предположить наличие эндометриоза. Лабораторные тесты и магнитно-резонансное исследование также не имеют достаточной диагностической точности [7, 8, 9]. Для ранней диагностики эндометриоза,

наряду с анализом клинических данных, использованием ультразвукового, эндоскопического и магнитно-резонансного исследования, весьма перспективным является метод выявления опухолевых антигенов [10, 11]. Поэтому в настоящее время методом выбора в диагностике эндометриоза является опухолевый антиген СА-125. Этот высокомолекулярный гликопротеин может быть определен иммунными методами с помощью моноклональных антител. По данным литературы, у 95-97% здоровых женщин уровень СА-125 не превышает 35 Ед/мл. Высокий уровень СА-125 в сыворотке крови определяют при эндометриозе, а также при циррозе печени, остром панкреатите, раке желудка и миоме матки. Поэтому диагностика эндометриоза с помощью данного теста без полного комплекса лабораторно-инструментальных исследований не правомерна. Однако бесспорную ценность имеет мониторинг концентрации СА-125 в сыворотке крови пациенток для определения динамики заболевания, тактики последующего лечения и его эффективности [12, 13, 14, 15].

Опухоль ассоциированным является также углеводный антиген СА 19-9. Несмотря на невысокую чувствительность данного маркера для диагностики эндометриоза, одновременное исследование содержания СА-125 и СА 19-9 позволяет улучшить диагностику заболевания.

Целью работы было изучение у женщин с эндометриозной кистой яичника метода ранней неинвазивной диагностики онкомаркером СА-125 и

оценки овариального резерва после лечения через антимюллеров гормон.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находились 58 женщин репродуктивного возраста с признаками эндометриозной кисты яичника, диагностируемыми в течение 1-2 месяцев после обращения к врачу-гинекологу. У каждой пациентки проведен анализ факторов развития в сравнении со здоровыми. Для совокупной клинико-лабораторной диагностики эндометриозной кисты яичника использовались УЗИ, количественные анализы на онкомаркеры СА-125 и на антимюллеров гормон. При этом исследование в крови онкомаркеров СА-125 проводили в фолликулиновую фазу и в дни менструации для ранней диагностики эндометриоза яичников с последующей верификацией на УЗИ, а определение антимюллерова гормона для оценки овулярного резерва производили до и после хирургического лечения на яичнике.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст женщин составил 24,3 года. В ходе проспективного исследования нам удалось у 49 женщин с эндометриозной кистой яичника провести диагностически двухкратное измерение онкомаркеров СА-125 (в 1 фазу и во время менструации) с УЗИ, и двухкратное измерение антимюллерова гормона до и после хирургического лечения. Отношение показателей уровня СА-125 (в 1 фазу и во время менструации) с УЗИ, и двухкратное измерение антимюллерова гормона до и после хирургического лечения в табл. 1.

Таблица 1

Оценка уровня онкомаркера СА-125 в сравниваемых группах в 1-ю фазу менструального цикла и во время менструации

Время измерения онкомаркера	Группы		
	Основная 49	Контрольная 19	P
СА-125 в 1-й фазе	12,2±1,4	12,5±1,5	P>0,05
СА-125 во время mensis	23,7±4,8	12,4±1,4	P<0,05
	P<0,05	p>0,05	

Отношение показателей уровня СА-125 во время менструации к показателю во время фолликулярной фазы цикла, превышало в 1,6 раз (p-0,05), что

указывало на наличие эндометриоза даже без УЗИ верификации (рис. 1).

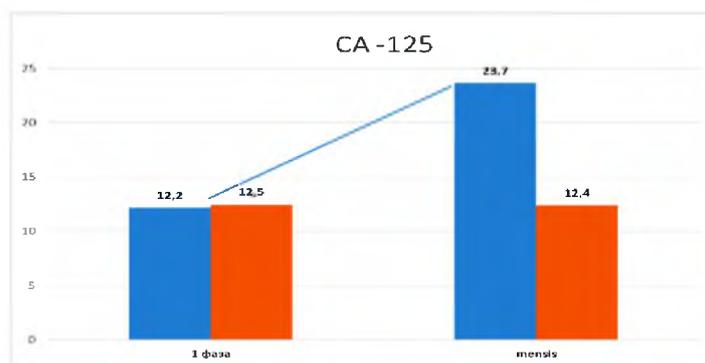


Рис. 1. Диагностический сравнительный прирост у больных с эндометриозом яичника онкомаркера СА-125.

Следует отметить, что среди 49 пациенток основной группы у 11 (22,4%) пациенток эндометриозная киста на УЗИ не верифицировалась из-за маленькой формы (диаметр менее 2,5-3 см). В амбулаторной практике перед врачом-гинекологом встает трудный вопрос по маршрутизации и тактике ведения таких пациенток, особенно, если остро стоит вопрос о беременности, т.е. можем выбрать без хирургического лечения консервативное гормональное лечение дианогестом с последующей индукцией беременности.

Хирургический подход при эндометриодных кистах яичника в целом соответствует таковому

при любой доброкачественной опухоли яичника. При лечении наших пациенток репродуктивного возраста самым важным явилось сохранение фертильности. При этом не всегда во всех больницах соблюдались все принципы микрохирургической операции с использованием щадящих воздействий современных хирургических энергий на ткань яичника (энуклеация только пораженных участков) для максимального сохранения овариального резерва.

Объем операции обязательно должен был обеспечивать снижение риска развития рецидивов.

Таблица 2

Оценка уровня Антиюллера гормона в сравниваемых группах до и после хирургического лечения.

Время исслед. АМГ	Группы	Основная n=43	Контрольная n=32	t
АМГ до лечение		4,9±1,2	6,0±0,9	p>0,05
АМГ после лечение		2,1±1,5	6,0±0,9	p<0,05
t		p<0,05	-	-

Данные наших исследований показали значимое снижение сывороточной концентрации АМГ

(антиюллеровский гормон) после хирургического удаления эндометриомы (табл. 2, рис. 2).



Рис. 2. Динамика уровня АМГ у больных с эндометриозом яичника до и после хирургического лечения.

Было показано, что оперативное лечение эндометриомы яичника сопровождается снижением сывороточного уровня АМГ на 2,33 раза (95% доверительный интервал от 1,02 до 2,2). Таким образом, результаты исследования указывают на отрицательное влияние хирургического удаления эндометриомы яичника на овариальный резерв у женщин репродуктивного возраста. В нашем исследовании было проведено исследование АМГ у 49 пациенток после хирургического лечения, при котором был определен низкий показатель среднего уровня $2,1 \pm 1,5$ нг/л.

Таким образом, алгоритмы неинвазивной ранней диагностики малой эндометриозной кисты яичника через УЗИ и онкомаркер СА-125, а также оценка овариального резерва через маркер антимюллеров гормон способствуют совершенствованию прогнозирования, выявления и своевременному лечению данной патологии. Важным аспектом нашего исследования является решение проблемы диагностики и лечения эндометриозных кист яичников малых (до 3 см в диаметре) размеров, особенно в амбулаторных условиях и наступление беременности у планирующих женщин.

Литература

1. Буланов, М.Н. Ультразвуковая гинекология: в 3-х т. / М.Н. Буланов. - М., 2010. - Т. 1. - 259 с.
2. Гинекология. Национальное руководство / под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1150 с.
3. Матвеева, Н.В. Влияние эндохирургического коагулирующего воздействия на овариальный резерв / Н.В. Матвеева, А.Э. Тер-Овакимян // Доктор.Ру. - 2013. - №1(79). - С. 18-20.
4. Медицинские и социальные аспекты генитального эндометриоза / [Л.В. Адамян и др.] // Проблемы репродукции. - 2011. - №6. - С. 78-81.
5. Сидорова, И.С. Особенности терапии эндометриозных кист яичников / И.С. Сидорова, А.Л. Унанян // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2011. - Т.5, №1. - С. 29-32.
6. Тихомиров, А.Л. Эндометриоз – современные возможности фармакотерапии / А.Л. Тихомиров, И.Б. Манухин, М.А. Геворкян // Русский медицинский журнал. - 2013. - Т. 21, №23. - С. 1134-1136.
7. Влияние хирургического лечения эндометриомы яичников на овариальный резерв: итоги систематического обзора и мет-анализа // Проблемы женского здоровья. - 2012. - №3. - С. 10-15.
8. Краснопольский, В.И. Влияние хирургического лечения эндометриозных кист яичников на фолликулярный резерв при эндометриоз ассоциированном бесплодии / В.И. Краснопольский, С.Л. Горский // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2009. -Т. 9, №5. - С. 60-64.
9. Пересада, О.А. Эндометриоз – диагностические, клинические, онкологические и лечебные аспекты / О.А. Пересада // Медицинские новости. - 2009. - №14. - С. 14-25.
10. Burney, R.O. The genetics and biochemistry of endometriosis / R.O. Burney // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 2013. - Vol. 25. - P. 280-286.
11. Hormonal and Surgical Treatments for Endometriosis and Risk of Epithelial Ovarian Cancer / A.S. Melin [et al.] // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2013. - Vol. 92. -P. 546-554.
12. Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Федеральные клинические рекомендации для ведения больных / под ред. Л.В. Адамян. - М., 2013. - 65 с.
13. Эндометриоз: от трудностей диагностики к новым возможностям терапии / [В.Н. Прилепская и др.] // Гинекология. - 2012. - №4. - С. 4-8.
14. A dose-ranging study to determine the efficacy and safety of 1, 2 and 4 mg of dienogest daily for endometriosis / [G. Kobler et al.] // Int. Gynaecol. Obstet. - 2010. - Vol. 108. - P. 21-5.
15. Multi-center studies of the global impact of endometriosis and the predictive value associated symptoms / [K.E. Nnoaham et al.] // J. Endometriosis. - 2009. - Vol. 1, №1. - P. 36-45.

РЕДКИЕ АТОПИЧЕСКИЕ ОЧАГИ ЭНДОМЕТРИОЗА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.С. Ванинов, Э.Н. Нурланбекова, Е.Ф. Лим, А.И. Кадырова, А.К. Кемелбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье описан отдельный редкий клинический случай атопического эндометриоза, у женщины 30 лет. В анамнезе: аденомиоз матки, 2 кесарева сечения, привел к метастазированию в толщу прямой мышцы живота. Опухоль 3х4 см, описана клиническая картина, диагностика и комбинированное лечение: гормональная терапия+хирургическое иссечение.

Ключевые слова: эндометриоз, атопический эндометриоз, прямая мышца живота, гормонотерапия, хирургическое иссечение.

СЕЙРЕК КЕЗДЕШКЕН АТОПИКАЛЫК ЭНДОМЕТРИОЗ КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБАДА

А.С. Ванинов, Э.Н. Нурланбекова, А.И. Кадырова, А.К. Кемелбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада 30 жашта аялдардын сейрек кездешкен атопикалык эндометриозунун клиникасы сүрөттөлөт. Оруу баянынан: Жатындагы аденомиоз, эки жолку кесарево операциясынан кийинки ичтин түз булчузуна метастазы деп белгиленди. Шишик 3х4 см, клиникасы, диагноз коюу жана коштолгон (гормондук+хирургиялык) дарылоо.

Негизги сездор: эндометриоз, атопикалык эндометриоз, ичтин түз булчузу, гормондук дарылоо, хирургиялык дарылоо.

RARE ATOPIC FOCI OF ENDOMETRIOSIS IN CLINICAL PRACTICE

A.S. Vaninov, E.N. Nurlanbekova, E.F. Lim, A.I. Kadyrova, A.K. Kemelbekova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This article describes a separate rare clinical case of atopic endometriosis, in a woman of 30 years. In the anamnesis: adenomyosis of the uterus, 2 caesarean sections, led to metastasis in the thickness of the direct stomach muscle. Tumor 3x4 cm, clinical picture, diagnosis and combined treatment is described: hormonal therapy+surgical excision.

Key words: endometriosis, atopic endometriosis, rectus abdominis, therapy, surgical excision.

Введение. Эндометриоз – хроническое, прогрессирующее, рецидивирующее и гормонозависимое заболевание, при котором за пределами полости матки происходит доброкачественное разрастание ткани, по морфологическим и функциональным свойствам подобной эндометрию. Эндометриоз представляет собой из главных проблем в гинекологии, является причиной 7-10% болевого синдрома и бесплодия, но главное – считается не излечимым заболеванием [1].

По локализации патологического процесса эндометриоз классифицируется [2]:

1. Генитальный эндометриоз:

А) Внутренний (эндометриоз тела матки или аденомиоз), эндометриоз интрамурального отдела маточных труб);

Б) Наружный (эндометриоз яичников, ретроцервикальный эндометриоз, влагалищный эндометриоз, эндометриоз маточных труб, эндометриоз влагалищной части шейки матки, круглых

связок матки, крестцово-маточных связок, брюшины, пузырно-маточного пространства и позадиматочного пространства, наружных половых органов, промежности).

2. Экстрагенитальный эндометриоз (кишечника, сальника, мочевого пузыря, почек, послеоперационного рубца, пупка, легких).

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20-40 лет. Эндометриоз встречается у 6-44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию. Основную часть составляет (92-94%) генитальный эндометриоз, на экстрагенитальные формы приходится 6-8% случаев [3]. К классическим теориям возникновения эндометриоза относится теория трансплантации, целомической метаплазии, индукции и гематогенной/лимфогенной диссеминации. Экстрагенитальный эндометриоз, локализованный в прямой мышце живота,

пупочном кольце или в паховом канале, встречается редко, по данным литературы на долю приходится от 0,03% до 1% от общей структуры заболваемости. Возникает в результате ятрогенной имплантации эндометриальных клеток во время акушерско-гинекологической хирургии (особенно при операциях кесарево сечения) [4]. Симптомы эндометриоза могут быть незначительными: дисменорея, диспареуния, тазовая боль, симптомы мочевого тракта и бесплодие. Симптомы экстрагенитального эндометриоза зависят от локализации заболевания, но практически всегда присутствует цикличность симптомов, и это может быть единственным ключом, который приводит к диагнозу эндометриоза. Методы визуализации неспецифичны. Сонография – это первый метод визуализации, но малоспецифичный для экстрагенитальных имплантов, ограничение ультразвука заключается в его низкой чувствительности к бляшкам эндометрия. Лоцируется зачастую солидный узел разнородной эхоплотности с достаточно четкими неровными контурами, может иметь гетерогенную структуру с внутренними рассеянными гиперэхогенными эхосигналами; в некоторых случаях имеет хорошо очерченный гиперэхогенный ободок; наличие интранодулярных сосудов. Иногда гетеротопии могут выявляться в виде кистозных структур.

Мы предоставляем пример нашего клинического наблюдения. Пациентка Б., 30 лет. Обратилась в клинику «КафМедЦентр» с жалобами на

болезненные менструации (дисменорея), обильные менструации (гиперполименорея), болезненные половые контакты (диспареуния), припухлость и асимметрию слева от пупка, наличие болей там же, тупого характера, усиливающиеся во время менструации и спадающие после. Имеетсяотягощенный акушерско-гинекологический анамнез: менструации с 15 лет по 7 дней, регулярные, болезненные. Половая жизнь с 19 лет, регулярный половой партнер. Беременностей – 3, роды – 2 (2008 г., 2011 г. - кесарево сечение), медицинский аборт – 1. В 2012 году во время периодического профилактического осмотра был установлен аденомиоз матки. Диагноз выставлен на основании локального статуса, УЗИ, гистероскопии, выскабливание полости матки. От предложенного гормонального лечения отказалась, получала симптоматическую терапию (противовоспалительную, обезболивающую). Через 3 года после установления диагноза: аденомиоз матки, стала отмечать жалобы на припухлость и асимметрию слева от пупка, наличие болей там же, тупого характера, усиливающиеся во время менструации и спадающие после. При УЗИ в мягких тканях передней брюшной стенки слева в мезогастррии в толще прямой мышцы лоцируется солидное образование с четкими неровными контурами 37,7x13,0x29,5 мм, имеет сосудистую артериальную ножку 1,6 мм в дм.

Заключение: данные за десмоид передней брюшной стенки (рис. 1).



Рис. 1. Ультразвуковая картина до начала лечения.

Учитывая репродуктивный возраст, цикличность клинических проявлений, их связь с менструальным циклом, оперативные вмешательства (2 кесарево сечения) и аденомиоз матки в анамнезе, назначена гормонотерапия агонисты

гонадотропных релизинг гормонов Диферелин 11,25 мг каждые три месяца. На фоне проводимого лечения при УЗИ отмечается положительная динамика, в виде уменьшения размеров образования на 62% (рис. 2).



Рис. 2. Ультразвуковая картина после 6 месяцев лечения.

Больная получала гормонотерапию в течение 2 лет, после чего категорически отказалась от лечения, ссылаясь на соматический дискомфорт. В течение 6 месяцев отсутствия гормонального лечения боли не отмечала. Последние 2 месяца отмечает нарастание симптомов. Локально: Слева от пупка в толще прямой мышцы живота пальпируется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, болезненное, неправильной формы, размерами 37,0x41,0 мм.

Больная от предложенной повторной гормональной терапии отказалась. Учитывая прогрессирование заболевания и отказ больной от гормонотерапии, молодой возраст решено произвести хирургическое вмешательство в объеме иссечения опухолевидного образования мягких тканей передней брюшной стенки.

13.09.17 г. выполнена операция в объеме иссечение опухоли в пределах здоровой ткани. Макропрепарат: в толще прямой мышцы слева обнаружено образование без четких контуров, размерами 37,0x41,2 мм, плотной консистенции, на разрезе серо-розового цвета, с очагами кровоизлияния. Заключение патоморфологического исследования удаленной опухоли: Железистые структуры, выстланные призматическим мноморфным эпителием с базальной ориентацией ядер без признаков атипии. Часть желез свободно располагается в фиброзно-жировой ткани, часть лежит в характерном перифокальном слое эндометрия стромы. Вокруг вышеописанных железисто-стромальных образований наблюдается очаги свежих кровоизлияний, перифокального фиброза, гемосидероз, вторичная воспалительная реакция. Заключение: эндометриоз (рис. 3).

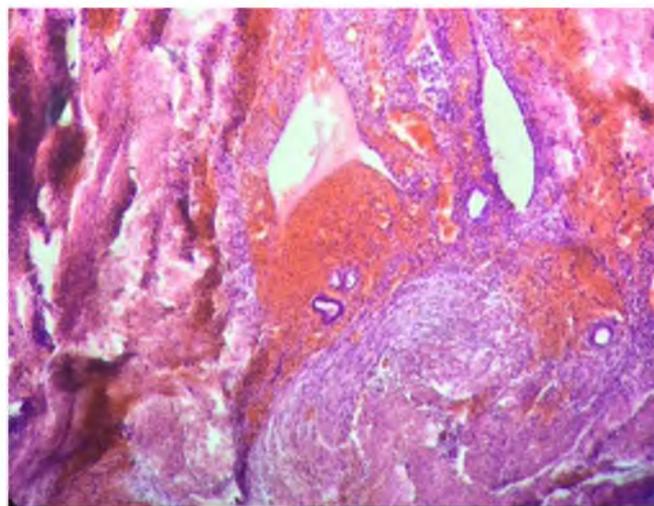


Рис. 3. Микроскопическая картина удаленной опухоли. Окраска гематоксилин-эозином, x100.

Пациентке выставлен окончательный диагноз: Основной диагноз: аденомиоз матки. Сопутствующие заболевания: дисменорея. Осложнение основного заболевания: эндометриоз прямой

мышцы передней брюшной стенки. Послеоперационный период протекал без особенностей, болевых ощущений не отмечает. В данное время пациентка возобновила гормональную терапию.

В заключении хотелось бы отметить, что в нашем клиническом случае отказ от гормональной терапии аденомиоза матки, привел к метастазированию последнего в толщу прямой мышцы живота, сформировав, таким образом, экстрагенитальный очаг, чему способствовало наличие в анамнезе 2-х операций кесарева сечения. Наиболее оптимальным в данном случае явилось хирургическое иссечение опухоли и проведение гормонотерапии для профилактики рецидивов заболевания. На момент написания статьи прошло 6 месяцев после операции, у пациента признаков рецидива заболевания не отмечается.

Приведенное наблюдение вследствие редкой локализации и определенных трудностей диагностики и лечения безусловно имеет научно-практический интерес.

Литература

1. *Клинический случай неэффективности консервативной терапии эндометриоза передней брюшной стенки с точки зрения возможной роли стволовых клеток/ С.О. Дубровина [и др.] // Гинекология. - 2017. - №1. - С. 63-65.*
2. *Петухов, А.А. Эндометриоз послеоперационного рубца / А.А. Петухов, В.В. Флоренсов, В.В. Рудая // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра сибирского отделения Российской академии медицинских наук. -2016. -№2. -С. 20-24.*
3. *Эндометриоз: диагностика, лечение и реабилитация. Клинические рекомендации по ведению больных. ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова» Минздрава РФ, 2016. -15 с.*
4. *Махмудова, С.Э. Проблема диагностики экстрагенитального эндометриоза/ С.Э. Махмудова // Евразийский союз ученых. -2017. - №43. - С. 38-40.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МНОГОПЛОДИИ

З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлен ретроспективный анализ историй родов женщин с многоплодной беременностью, в т.ч. с экстракорпоральным оплодотворением, госпитализированных на родоразрешение в Городской Перинатальный Центр (ГПЦ) в период с января по декабрь 2017 года. Изучены частота, особенности клинического течения беременности, родов и послеродового периода у пациенток с многоплодием. В ходе исследования проведен анализ литературных данных. Была проведена оценка показаний и противопоказаний для выбора оптимального метода родоразрешения путем кесарева сечения или родов через естественные родовые пути.

Ключевые слова: многоплодная беременность, экстракорпоральное оплодотворение, самостоятельные роды, кесарево сечение

**КӨП БАЛА БОЙГО БҮТКӨН КОШ БОЙЛУУЛУКТУН ЖАНА
ТӨРӨТТҮН ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

З.З. Исакова, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште 2017-жылдын январь айынан тартып декабрь айына чейин Шаардык Перинаталдык Борборго (ШПБ) төрөткө жаткырылган көп бала бойго бүткөн аялдардын төрөт баянына ретроспективдүү талдоо берилген. Көп бала бойго бүткөн кош бойлуулуктун жыштыгы, кош бойлуулуктун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү, төрөт жана төрөттөн кийинки мезгили иликтенди. Изилдөөнүн жүрүшүндө адабияттык маалыматтарга талдоо жүргүзүлдү. Төрөтүүнүн кесарча кесүү же табигый төрөт жолдору аркылуу төрөтүүнүн оптималдуу усулун тандоо үчүн көрсөтмөлөргө жана каршы көрсөтмөлөргө баалоо жүргүзүлдү.

Негизги сөздөр: көп бала бойго бүткөн кош бойлуулук, экстракорпоралдык бойго бүтүрүү, өз алдынча төрөтүү, кесарча кесүү.

SPECIAL ASPECTS OF MULTIPLE PREGNANCY COURSE AND BIRTH DELIVERY

Z.Z. Isakova, T.H. Teppeeva, M. M. Omurbekova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Obstetrics and Gynecology #1
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: This work represents a post-hoc analysis of labor and delivery records of women with multiple pregnancy, who have been admitted for delivery to the City perinatal center (CPC) from January to December 2017.

The survey included analysis of frequency, special aspects of the course of multiple pregnancies and confinement period. The study also examined the literature reports. Indications and contraindications for defining the ideal mode of deliveries through cesarean operation or vaginal delivery have been evaluated.

Key words: multiple pregnancy, extracorporal fertilization, vaginal delivery, cesarean operation.

Введение. Актуальность проблемы многоплодной беременности заключается в значительном числе осложнений во время беременности, родов и послеродового периода, повышении удельного веса кесарева сечения, высоком уровне антенатальных потерь в различные гестационные сроки [1].

Частота встречаемости многоплодной беременности в большинстве европейских стран колеблется от 0,7 до 1,5% [2]. Широкое внедрение вспомогательных репродуктивных технологий привело к изменению соотношения спонтанной 70% и индуцированной 30% многоплодной беременности в 80-е годы, против 50% и 50% соответственно в конце 90-х годов [3].

К основным факторам, способствующим развитию многоплодной беременности, относят: возраст матери старше 30-35 лет, наследственный фактор (по материнской линии), высокий паритет, наступление беременности сразу после прекращения использования оральных контрацептивов, на фоне использования средств для стимуляции овуляции, при экстракорпоральном оплодотворении (ЭКО) [4].

Пациентки с многоплодной беременностью остаются в группе высокого риска перинатальных осложнений. Даже при современном развитии медицины перинатальная смертность при беременности двойней в 5 раз выше, чем при одноплодной беременности, внутриутробная гибель плода выше в 4 раза, неонатальная – в 6 раз, перинатальная – в 10 раз. Уровень ante- и интранатальных осложнений со стороны матери в 2-10 раз превышает таковой у пациенток с одноплодной беременностью [5].

Течение беременности при многоплодии часто осложняется преэклампсией, неправильным положением плода, преждевременным разрывом плодных оболочек, преждевременными родами, дистрессом плода, аномалиями родовых сил, гипо- и атоническими кровотечениями [6].

Цель исследования состояла в изучении характера и частоты развития акушерских и антенатальных осложнений у женщин с многоплодной беременностью, особенно после экстракорпорального оплодотворения.

Материал и методы

Данное исследование проводилось на базе Городского Перинатального Центра г.Бишкек в период с января по декабрь 2017 года. Нами проанализировано 96 историй родов женщин с многоплодной беременностью, в том числе после ЭКО.

Нами изучены общий, соматический, акушерско-гинекологический анамнезы, течение беременности, родов, послеродового периода и состояние плодов при многоплодии. Проведены клинические, лабораторные и статистические методы исследования, а также отдельно рассматривался вопрос срока и метода родоразрешения. Статистическая обработка выполнялась статистической программой SPSS версия 20.

Результаты и обсуждение

За 2017 в ГПЦ было проведено 9284 родов, из них путем операции кесарева сечения родоразрешены 1377 женщин, что составило 14,8% от общего количества родов. У 130 женщин диагностирована многоплодная беременность – 1,4%.

По возрастным категориям исследуемые разделились следующим образом: в возрасте до 20 лет было 3 (3,12%) женщины, 21-25 лет – 23 (23,95%), 26-30 лет – 29 (30,20%), 31-35 лет – 24 (25%), 36-40 лет – 15 (15,62%), старше 41 года – 2 (2,08%). Таким образом, многоплодная беременность встречалась чаще в возрастной группе 21-35 лет (Рис. 1).

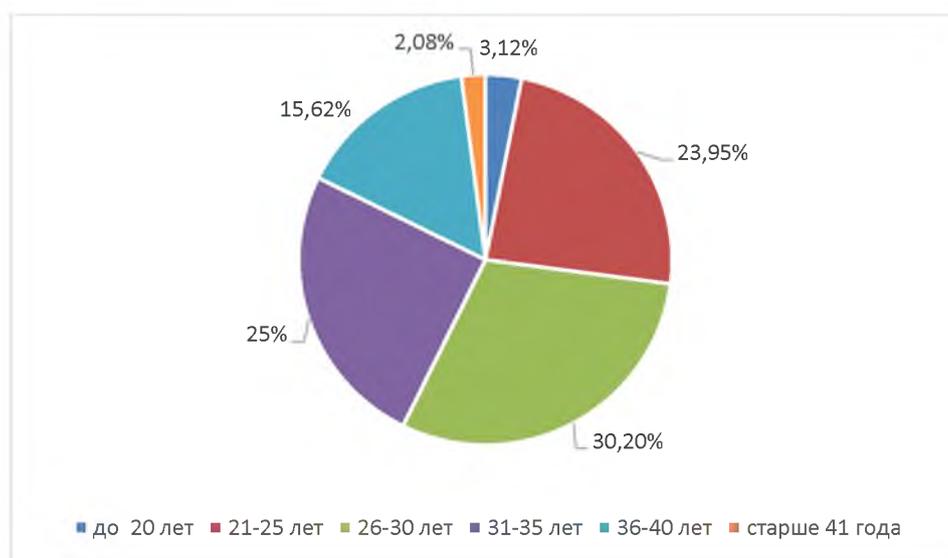


Рис. 1. Распределение женщин по возрастным категориям.

Различная экстрагенитальная патология выявлена у 88 пациенток (91,6%), из них у 50 (52,07%) женщин – анемия, у 23 (30,7%) – заболевания

сердечно-сосудистой системы, варикозное расширение вен нижних конечностей у 8 (8,33%) пациенток, у 6 (6,25%) патология мочевыделитель-

ных путей, у 5 (5,2%) – патология легких и верхних дыхательных путей, у 5 (5,2%) – патология желудочно-кишечного тракта, у 4 (4,16%) – патология зрения, у 2 (2,08%) – патология эндокринной системы

Все выявленные заболевания были в стадии компенсации и не приводили к существенному изменению общего состояния беременных.

При изучении акушерского анамнеза среди 96 женщин с многоплодием выявлено, что у 14 (14,58%) обследованных эта беременность была первой. Более 7 беременностей имели 11 (11,45%) пациенток.

У 17 женщин (17,7%) в анамнезе были самопроизвольные выкидыши.

Искусственные прерывания беременности выполнялись 29 (30,2%) пациенткам. Кесарево сечение в анамнезе встречалось у 16 пациенток (16,6%).

Оперативное родоразрешение проводилось 10 женщинам однократно, 4 пациенткам дважды, у 2 женщин – операция кесарево сечение проводилась трижды.

Из гинекологического анамнеза отмечено, что менархе в возрасте 10-12 лет наступило у 6 (6,25%) пациенток, в 13-15 лет – у 65 (67,7%), в

16-18 лет первая менструация наступила у 25 женщин (26,04%).

Из гинекологических заболеваний у двух пациенток (2,08%) – эрозия шейки матки, у 2 (2,08%) – миома, двусторонний сальпингоофорит у 1 пациентки.

Течение настоящей беременности. Из 96 обследованных женщин с многоплодной беременностью – в 94 (95,9%) случаях отмечалась двойня, и в 2 случаях (2,08%) тройня. Из анамнеза выяснено, что многоплодная беременность у 89 (92,7%) женщин наступила спонтанно. В 7 случаях (7,29%) беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий путем экстракорпорального оплодотворения.

Первый триместр у 46% женщин протекал на фоне ранних гестозов.

Наиболее частыми осложнениями во время третьего триместра беременности были (Рис. 2):

- угроза прерывания беременности – 7 (6,72%);
- гестационные отеки без протеинурии 16 (16,66%);
- анемия – 42 (43,75%);
- гестационная гипертензия – 10 (10,04%);
- преэклампсия легкой степени – 10 (10,04%);
- преэклампсия тяжелой степени – 6 (6,25%).

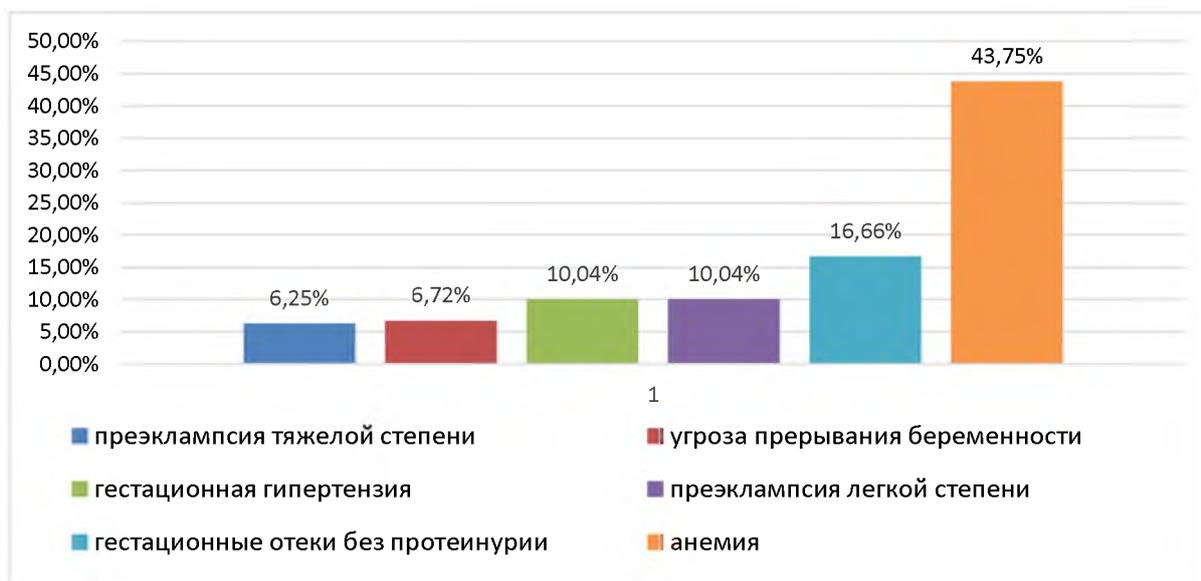


Рис. 2. Осложнения, возникшие в III триместре беременности.

Своевременные роды произошли у 49 (48,9%) беременных; из них на сроке 37-38 нед – у 22 (22,91%), 39-40 нед – у 27 (28,125%). Преждевременные роды 47 (48,95%) женщин: на сроках 22-

27 нед – 2 (2,83%), 28-31 нед – 9 (9,37%), 32-34 нед – 16 (16,66%), 35-36 нед – 20 (2,83%) (Табл. 1).

Сроки родоразрешения беременных с многоплодием

Срок беременности	Число случаев	Процентное соотношение %
39-40	49	48,9
38-39	22	22,91
35-36	20	20,83
32-34	16	16,66%
28-31	9	9,37%
22-27	2	2,83%

Роды через естественные родовые пути произошли у 55 женщин (57,2%). Показанием для самостоятельных родов послужили: активная родовая деятельность, головное предлежание обоих плодов, готовность родовых путей, соответствие размеров головки плода размерам таза. Травмы мягких тканей родовых путей отмечались у 7 (7,29%) пациенток.

Послеродовый период у 45 пациенток после самостоятельных родов протекал без осложнений.

В 10 случаях ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением от 500 до 750 мл у 6 (6,25%) женщин, свыше 750 мл – у 4 (4,1%) женщин. С целью остановки кровотечения в 3 (3,12%) случаях прибегли к хирургическому гемостазу путем перевязки маточных сосудов. В остальных случаях кровотечение остановлено консервативно путем инфузии утеротонических средств.

В 41 (42,7%) случае женщинам была проведена операция кесарева сечения. Показанием для оперативного родоразрешения послужили слабость родовой деятельности – у 8 (8,33%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты – у 4 (4,16), 2 и более рубцов на матке после кесарева сечения - 17 (17,7%), гипертензивные нарушения в третьем триместре - 20

(20,83%), поперечное положение плода – 12 (2,5%) миопия высокой степени – 4 (4,16) экстракорпоральное оплодотворение – 7 (7,29%), дородовое излитие околоплодных вод – у 31 пациентки (32,29%).

В 33 (34,37%) случаях операция кесарева сечения протекала без особенностей.

У 8 (8,33%) пациенток кровопотеря составила от 750 до 1000 мл. С целью остановки кровотечения была произведена двусторонняя перевязка маточных артерий и наложены компрессионные швы по Б. Линчу в 7 случаях (7,29%), гемостатические швы наложены одной (1,04%) пациентке. В остальных случаях кровотечение было остановлено консервативно, с использованием утеротонических средств и введением гемостатиков.

Всего у 96 пациенток родилось 194 детей: недоношенных – 122 (62,88%), доношенных – 72 (37,11%). Из них мальчиков – 113 (58,24%), девочек – 81 (41,75%); живорожденных – 189 (97,42%), мертворожденных – 5 (2,57%).

Массу тела при рождении до 999 г имели 3 (1,55%) плодов, 1000-1499 г – 7 (3,61%), 1500-1999 г – 29 (14,95%), 2000-2499 г – 53 (27,32%), 2500-2999 г – 60 (30,93%), 3000-3499 г – 29 (14,95%), более 3500 г – 13 (6,7%) детей (Рис. 3.).

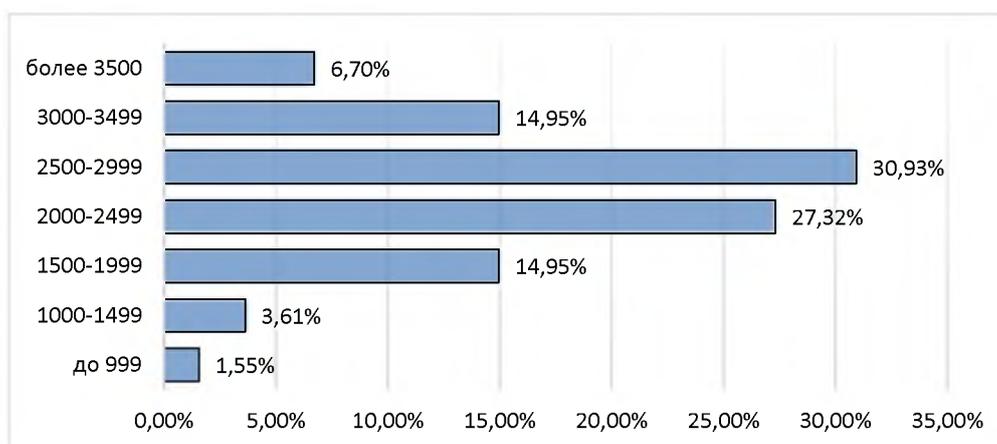


Рис. 3. Показатели массы тела детей при рождении у женщин с многоплодной беременностью.

Выводы:

1. За 2017 в Городском Перинатальном Центре г. Бишкек было зарегистрировано 9284 родов, среди которых в 1,4% случаев было диагностировано многоплодие
2. Из 96 обследованных пациенток в 7 (7,29%) случаях беременность наступила в результате вспомогательных репродуктивных технологий – путем экстракорпорального оплодотворения.
3. Из числа обследованных женщин самостоятельные роды произошли в 55 случаях, путем операции кесарева сечения родоразрешена 41 пациентка.
4. Беременность и роды у женщин с многоплодием протекают с многочисленными осложнениями, такими как гипотоническое кровотечение, и сопровождаются частыми акушерскими вмешательствами.
5. Многоплодная беременность является фактором высокого риска по развитию поздних гипертензивных нарушений, анемии, неправильному положению плода, ранних гипо- и атонических кровотечений в послеродовом периоде.

Литература

1. *Акушерство: национальное руководство: Медицинская литература* / [Э. К. Айламазян и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 1200 с.
2. *Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения. Сборник №3.* – Бишкек: Медицинская литература, 2015.
3. *Егорова, А.Т. Комплексная оценка социального, репродуктивного и соматического анамнезов беременных при индуцированном многоплодии* / А.Т. Егорова // *Российский вестник акушера-гинеколога.* - 2014. - №4. - С. 69-73.
4. *Киселевич, М.Ф. Течение беременности и родов при многоплодии* / М.Ф. Киселевич, В.М. Киселевич // *Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация.* - 2010. - №10. - С. 56-59.
5. *Цивцивадзе, Е.Б. Многоплодная беременность: современный взгляд на проблему ведения беременности и родов. Обзор литературы* / Е.Б. Цивцивадзе, С.В. Новикова // *РМЖ.* - 2014. - №1. - С. 16-22.
6. *Khodzhaeva, Z. Experience with cervical serclage in multiple pregnancies* / Z. Khodzhaeva, G. Sukhikh // *J. Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* - 2009. - Vol. №3. - P. 21.

Случай из практики

**ВОЗМОЖНОСТИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ
ПРИ ЭКТОПИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра акушерства и гинекологии №1

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью исследования явилось изучение возможности органосохраняющей операции при эктопической беременности. Своевременная диагностика и лечение беременности развивающейся вне полости матки дает возможность предупредить такие грозные осложнения как разрыв плодместилища, внутрибрюшное кровотечение, влекущее за собой утрату репродуктивной функции женского организма. В данной статье приведены 3 клинических случая различной локализации эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женского организма.

Ключевые слова: Эктопическая беременность, трубная беременность, шейная беременность, интралигаментарная беременность, брюшная беременность, органосохраняющая операция.

**ЭКТОПИЯЛЫК КОШ БОЙЛУУЛУКТАГЫ ОРГАНДЫ САКТАП КАЛУУЧУ
ОПЕРАЦИЯНЫН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ**

Д.М. Субанов, Т.Х. Теппеева, М.М. Омурбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 Акушердик жана гинекология кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты эктопиялык кош бойлуулукта органы сактап калуучу операциянын мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү. Жатындан сырткары бойго бүтүүнүн өз убагында аныктоо жана дарылоо аялдын организминин репродуктивдүү функциясын жоготууга алып келүүчү түйүлдүк жаткан жердин жарылуусу, курсак ичиндеги кан агуулар сыяктуу олуттуу кабылдоолордун алдын алуу мүмкүнчүлүгүн түзөт. Бул макалада ар түрдүү жердеги эктопиялык кош бойлуулуктун аялдын орган жана репродуктивдик функциясын сактап калуучу операция жолу менен бүткөн 3 клиникалык учуру талдоого алынган.

Негизги сөздөр: Эктопиялык кош бойлуулук, түтүктүк кош бойлуулук, жатын моюнчасына бойго бүтүү, интралигаментардык кош бойлуулук, курсака бойго бүтүү, орган сактоо операция.

POSSIBILITES OF ORGAN SAVING OPERATIONS IN ECTOPIC PREGNANCY

D.M. Subanov, T.H. Teppeeva, M.M. Omurbekova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Department of obstetrics and gynecology № 1

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The aim of investigation was studying of organ saving operations possibilities in ectopic pregnancy. Timely diagnosis and treatment of pregnancy developing outside the cavity of uterus gives a possibility to prevent such dangerous complications as hysterorrhexis of fetal poultry, intra – abdominal bleeding, which lead to the loss of female body reproductive function. In this article 3 clinical cases of ectopic pregnancy from different localization are examined. The pregnancies ended with preservation of all organs and full reproductive function.

Key words: Ectopic pregnancy, fallopian pregnancy, cervical pregnancy, intraligamentary pregnancy, abdominal pregnancy, organ saving operations.

Введение: Эктопическая беременность (ЭБ) – это беременность, при которой оплодотворённое плодное яйцо имплантируется вне полости

матки. Чаще всего в 96,5-98,5% случаев ЭБ развивается в маточной трубе. Удельная частота остальных вариантов локализации распределяется следующим образом: яичниковая (0,4-1,3%),

брюшная (0,1-0,9%), беременность в роге матки (0,2-0,9%), шеечная (0,1-0,4%), интралигаментарная (0,1%) [1,2].

В индустриально развитых странах средняя частота встречаемости данной патологии составляет 1,2-1,7% по отношению к общему числу беременностей. В США и странах Европы за последнее десятилетие частота ЭБ составила 1,9%-2,3% и имеет стойкую тенденцию к росту [3, 4]. В Казахстане 1,4% беременностей являются внематочной [5]. В нашей республике этот показатель составляет 1,3% [6].

В данной статье нами представлены три редких случая эктопической беременности, которые закончились оперативным лечением с сохранением органа и репродуктивной функции женщины.

Цель: Показать возможность проведения оперативного лечения при эктопической беременности с сохранением органа и репродуктивной функции женского организма.

Клинический случай №1: Больная Н., 29 лет обратилась в Национальный хирургический центр 28.10.17 г. с жалобами на острые боли внизу живота, сухость во рту, общую слабость, повышение температуры тела до 37,6°С. Со слов

боли начались с 9 часов утра и усиливались со временем. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не увеличены. Клинико – лабораторные данные в пределах нормы. Ультразвуковое исследование (УЗИ) – Тело матки размером 7,4x4,2x7,0 см, эндометрий до 15 мм. Придатки справа 3,3x3,0 см, слева 2,4x1,7 см. Справа от матки визуализируется плодное яйцо размером 13x10 см, бипариетальный размер – 29 мм, длина бедра 16 мм. Хориальная часть ближе к матке.

Учитывая вышеизложенное, решено в экстренном порядке произвести удаление эктопической беременности. После соответствующей обработки операционного поля, произведена нижняя срединная лапаротомия. По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 100 мл. При ревизии малого таза обнаружена интралигаментарная беременность справа от матки, с четкими контурами, размером 12,0x9,0 см (рис. 1), не связанная с маткой.

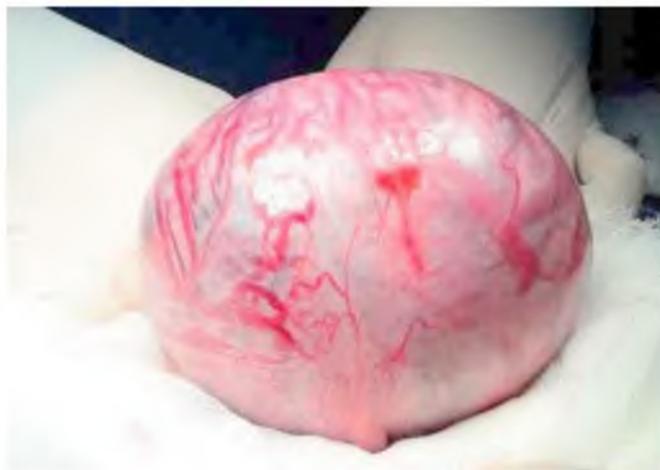


Рис. 1. Макропрепарат, образование размером 12,0x9,0 см.

Матка размером 7,0x6,0 см, розовой окраски, мягковатой консистенции.

На основание образования широкой связки наложены 2 зажима, иссечен. Культи ушита капроном. Контрольный гемостаз. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо. Для контроля оставлена дренажная трубка.

Макропрепарат вскрыт, в полости плацента, прикрепленная к тонкостенной капсуле. 1 плод в околоплодной оболочке, размером 8,0 см, 18-19 неделям беременности.

Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением. Пациентка выписалась домой в удовлетворительном состоянии на 5 сутки.

Клинический случай №2: Пациентка Н., 24 лет, 20.11.17 г. Поступила в Городскую Клиническую Больницу №1 с жалобами на колющие боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, сухость во рту, общую слабость. Со слов больной себя считает с 10 часов, когда появились вышеизложенные жалобы. В связи с ухудшением состояния обратилась в поликлинику, где была пе-

ренаправлена в стационар с подозрением на аппендицит. Из анамнеза беременность 8 недель. Беременность 1. При поступлении общее состояние относительно удовлетворительное. Живот напряжен, болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из лабораторных данных гемоглобин – 82 г/л, лейкоцитоз, скорость оседания эритроцитов – 40 мм/ч. остальные показатели в пределах нормы. Взята на операцию с подозрением на аппендицит.

После соответствующей обработки операционного поля произведена лапаротомия по Мак-Бурнею. По вскрытии брюшной полости серозно-геморрагический выпот 800 мл. Признаков аппендицита нет. Интраоперационно консилиумом

врачей решено расширить объем операции. Произведена нижнее-срединная лапаротомия. При ревизии малого таза выявлено, что источником кровотечения явилось ЭБ. Плодное яйцо соответствующее 8 неделям беременности имплантировано на передней стенке матки в нижней ее трети. Плодное яйцо удалено, без нарушения его целостности, ложе ушито непрерывным кетгуттовым швом, кровотечения нет. Передняя брюшная стенка ушита послойно. Общая кровопотеря 1000,0 мл. Интраоперационно получила гемостатическую терапию, кровезаменители. Послеоперационный период протекал на фоне тяжелой постгеморрагической анемии (гемоглобин 62 г/л). Выписана домой на 7-е сутки.



Рис. 2. Макропрепарат: Плодный пузырь с зародышем внутри размером 10,0x5,0 см, соответствует беременности 8-10 недель.

Клинический случай №3: Пациентка К., 30 лет. Обратилась в женскую консультацию по месту жительства с жалобами на задержку менструации на 8 дней, нагрубание молочных желез. В анамнезе 2 беременности, 2 родов. Менструальная функция не нарушена. При выполнении УЗИ органов малого таза данные за возможную шеечную беременность.

Госпитализирована в частную клинику. Данные клиничко-лабораторных исследований в пределах нормы. При УЗИ малого таза: тело матки размером 6,0x6,5 см, контуры ровные, миометрий однородной структуры. Плодного яйца в полости матки нет. В шейке матки в средней трети цервикального канала визуализируется анэхогенная структура размером 11,0x6,0 см с четкими контурами. После обследования, учитывая малый срок беременности, желание женщины, решено произвести органосберегающую операцию. В условиях

операционной под анестезией на передний свод установлен вагинальный ультразвуковой датчик. Под контролем ультрасонографии произведена пункция плодного яйца с эвакуацией его жидкого содержимого. Затем, не вынимая пункционную иглу, в полость плодного яйца введен метотрексат 10 мг. Игла извлечена. На следующий день после динамической эхографии в условиях операционной под внутривенной анестезией наружный зев цервикального канала расширен до 10 мм под контролем УЗИ, введен гистерорезектоскоп и произведено удаление деструктурированного плодного яйца с одновременным гемостазом монополярной коагуляцией. Ложе плодместилища тампонируется рассасывающейся гемостатической пластиной «Тахокомб», которой был окутан баллон двухпросветного уретрального катетера Фолея №16. Баллон раздут нагнетанием физиологического раствора

хлорида натрия в количестве 5-8 мл и подтягиванием катетера гемостатическая пластина фиксирована к ране цервикального канала. Мочевой катетер удален на 3 сутки. На 4 сутки в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Обсуждение. В настоящее время ЭБ по всему миру и в нашей стране довольно часто встречается и имеет тенденцию к росту, что можно объяснить ростом воспалительных заболеваний органов малого таза. По данным литературы ЭБ встречается в 1,4-1,6% от всех беременностей [7].

В случае несвоевременной диагностики и отсутствия адекватного лечения ЭБ представляет угрозу для жизни женщины. У каждой 4 пациентки развивается повторный эпизод, у каждой 5-6 возникает спаечный процесс, а у $\frac{3}{4}$ женщин после оперативного лечения наступает вторичное бесплодие [8]. Органосберегающие операции позволяют сохранить репродуктивную функцию женщины, что играет огромную роль в сохранении семьи и гендерной политики страны.

Вышеизложенные случаи показывают возможность сохранения органа при своевременной диагностике, правильном выборе метода лечения на самых ранних сроках имплантации до разрыва плодместилища. Применение современных эндоскопических, фармацевтических, и модернизация оперативных технологий позволит минимизировать экономические затраты, риск осложнений при лечении данного контингента больных.

Литература

1. Айламазян, Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии: Медицинская книга / Э.К. Айламазян, И.Т. Рябцева. – 2-е изд. – М., 2014. – 185 с.
2. Кулаков, В.И. Руководство по оперативной гинекологии: Медицинская книга / [В.И. Кулаков и др.]. – М.: МИА, 2013. – 215 с.
3. Center for Disease Control: Ectopic pregnancy – United States / *Surveill Sum* 2013 – 2014. *MMWR CDC* 2013. - №41. – P. 591-594.
4. Center for Disease Control and Prevention: Ectopic pregnancy - United States // *JAMA*. – 2016. - P. 118.
5. Кудайбергенов, Т.К. Анализ причин смерти беременных, рожениц и родильниц – Алматы / НЦФГиП / Т.К. Кудайбергенов, Х.М. Бикташева // *Клинические вопросы акушерства и гинекологии*. - №4. – 2014. – С. 84.
6. Сулайманов, С.Б. Факторный анализ и оценка эффективности лапароскопической диагностики оперативного лечения эктопической беременности: автореф. дисс. на соиск. д.м.н.: 14.01.01 / С.Б. Сулайманов; КГМА им И.К. Ахунбаева. – Бишкек, 2015. – 40 с.
7. Внематочная беременность / [А.Н. Стрижаков и др.]: Изд. 2-е. – М: Медицина, 2015. – 189 с.
8. *Nederlof, K.P. Ectopic pregnancy surveillance / K.P. Nederlof, H. W. Lawson, A.F. Satlas. – US, MMWR CDC Surveill Sum* 39 (SS-4). - P. 9-17.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОРИ В КЫРГЫЗСТАНЕ в 2017-2018 гг.

**Л.Х. Алиева, Г.К. Сейдакматова, Ж.К. Байсеитова, С.В. Чечетова, Р.М. Кадырова,
З.К. Джолбунова, О.Ю. Журавлева**

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

Резюме: Проведен анализ 162 историй болезни больных корью, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2015-2018 гг. Больные были разделены на 2 группы: 1-я группа – больные с диагнозом корь за 2015 г., 2-я – с диагнозом корь за 2017-2018 гг. Выявлены клинико-эпидемиологические отличия между этими группами. Представлен относительный риск развития тяжелых форм кори у детей, поступивших в РКИБ в 2017-2018 гг.

Ключевые слова: корь, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение.

**КЫРГЫЗСТАНДА 2017-2018-ЖЫЛДАРЫ КЫЗАМЫК ООРУСУНУН
ЖУРУШУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**Л.Х. Алиева, Г.К. Сейдакматова, Ж.К. Байсеитова, С.В. Чечетова, Р.М. Кадырова,
З.К. Джолбунова, О.Ю. Журавлева**

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

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында 2015-2018-жылдары дарыланган кызамык оорусу менен ооруган 162 бейтаптын бейтап баяны изилденген. Бейтаптар 2 бөлүккө бөлүнгөн: 1-бөлүк – 2015-жылы кызамык менен ооругандар, 2-чи – 2017-2018-жылдары кызамык менен ооруган бейтаптар. Бул бөлүктөрдүн арасында клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү аныкталган.

Негизги сөздөр: кызамык, эпидемиология, клиника, дифференциалдык айырмалоо, дарылоо.

FEATURES OF MEASLES IN KYRGYZSTAN IN 2017-2018

**L.H. Alieva, G.K. Seidakmatova, J.K. Baiseitova, S.V. Chechetova, R.M. Kadyrova,
Z.K. Dzholbunova, O.Yu. Juravleva**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Children's Infectious Diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: An analysis of 162 cases of clinical record of patients with measles was made, who were on inpatient treatment at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital (RCIDH) for the period of 2017-2018. Patients were divided into two groups: 1st group – patients with the diagnosis of measles for 2015, 2nd – with the diagnosis of measles for 2017-2018. Clinical and epidemiological differences between these groups were revealed. The relative risk of developing severe measles in children is presented, who entered in to the RCIDH in 2017-2018.

Key words: measles, epidemiology, clinic, diagnostics, treatment.

Введение. Корь – высококонтагиозная, «летучая» инфекция вирусной этиологии, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, катаральными явлениями, конъюнктивитом, пятнисто-папулезной сыпью, частым развитием осложнений [5].

В 2014-2015 гг. через Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) прошло 4809 больных с корью (около 22000 случаев в Кыргызстане, по данным ДГСЭН). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ),

ликвидация кори [6, 7, 8], возможна только путем достижения не менее 95,0% охвата профилактическими прививками, и контроля за качеством диагностики инфекции [1, 3]. Подтверждением этому явилось проведение туровой вакцинации в 2016 г., после которой среди поступивших в инфекционный стационар больных было зарегистрировано только 2 лабораторно подтвержденных случая кори [2, 4].

В декабре 2017 года среди приезжих из г. Москвы не привитых детей было выявлено 2 случая подтвержденной кори. Проведено генотипирование вируса кори в г. Москве и установлена идентичность возбудителя с вирусом кори, который был причиной вспышки этой инфекции в Российской Федерации в период 2017г.

В Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) с декабря 2017г. по февраль месяцы 2018г., уже зарегистрировано 35 случаев заболевания корью, подтвержденных лабораторно методом ИФА, где 27 (77,0%) дети. В связи с этим проблема диагностики кори и кореподобных заболеваний на сегодняшний день остается актуальной в Кыргызстане.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей течения кори за период с 2015 по 2018 гг. в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ 162 истории болезни детей с корью, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период с 2015 по 2018 годы (162 человека). Проведен сравнительный анализ течения кори в 2015 году (135 больных детей – 1 группа) и за декабрь 2017 и январь месяцы 2018 года (27 больных детей – 2 группа). Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические, лабораторные (ИФА, ПЦР) методы исследования. В процессе проведения генотипирования вируса кори на базе вирусологической лаборатории г. Москвы, было установлено, что причиной заболевания корью в 2015 г. явился вирус серотип D8, а в 2018 году – серотип В3. Проведена статистическая обработка полученных результатов по программе SPSS, расчет показателей достоверности ($P<0,05$), корреляции (r) и относительного риска (ОР). Крите-

риями исключения явились дети с другими кореподобными заболеваниями, и отрицательными результатами ИФА.

Результаты и их обсуждение

Анализ возрастной структуры больных показал, что в 2015 году дети до одного года и старше болели одинаково часто, в то время как в 2018 году преобладали ($P<0,05$) дети первого года жизни (63,0%). Среди заболевших корью детей преобладали мальчики (63,0%; 74,1%). Большинство (81,0%;81,0%) больных детей из сравниваемых групп были жителями города, этот показатель также не отличался в разные периоды времени. Количество организованных детей в 2015 г. составило 16,0%, в то время как в 2018 г. – 3,0% ($P<0,05$). Контакт с больным корью был установлен достоверно ($P<0,05$) чаще у детей 2-й группы (46,6%; 77,8%). Среди детей, больных корью в 2018 г., был выявлен как семейный, так и внутрибольничный контакт. Анализ прививочного анамнеза у наблюдаемых больных показал, что достоверно ($P<0,05$) чаще (38,5%;74,0%) оказались не привитыми дети из 2-й группы, т.к. большинство из них были первого года жизни.

С направляющим диагнозом «корь» или «корь под вопросом» поступили 41,5%; 22,2% детей, что свидетельствует о снижении эпидемиологической настороженности врачей первичного звена. Обращает на себя внимание тот факт, что диагноз «корева краснуха» в 2015 г. был выставлен у 1,5% больных, а в 2018 г. подобного диагноза не было. В 2018г уже при поступлении детей в инфекционный стационар диагноз «корь» был выставлен в 70,0% случаев.

Отличительной особенностью течения кори в 2015 и 2018 гг. явилась тяжесть заболевания (Рис. 1). Так, в 2015 г. преобладали достоверно ($P<0,05$) чаще дети со среднетяжелой формой кори (68,2%), а в 2018 г. – с тяжелой (59,2%).

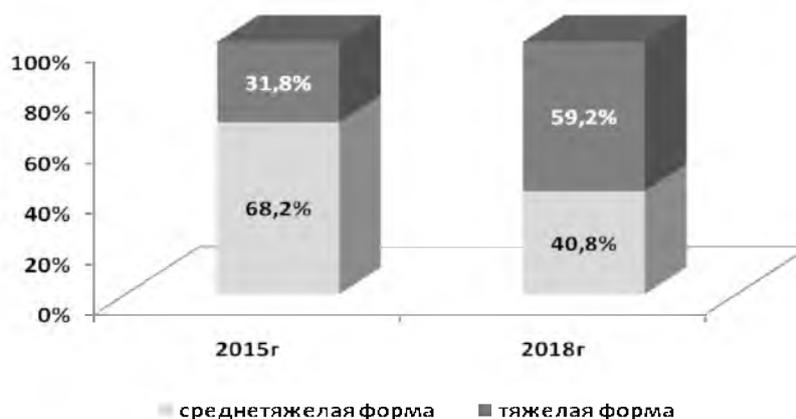


Рис. 1. Тяжесть кори у детей в период эпидемического подъема 2015 г. и в 2018 г.

Полученные результаты также могут быть обусловлены возрастными особенностями детей в изучаемых группах. Была также выявлена отрицательная корреляционная зависимость между возрастом пациентов, поступивших в РКИБ в 2017-2018 гг, и тяжестью заболевания, чем младше был ребенок, тем тяжелее протекала корь ($r=-3$).

Сопутствующая патология (анемия, ОРИ, герпетическая инфекция) выявлена у 17,0%; 29,6%

больных корью детей, которая также влияла на тяжесть заболевания, особенно у детей первого года жизни.

Осложненное течение кори в сравниваемых группах больных выявлено достоверно ($P<0,05$) чаще во 2-й группе (20,7%; 74,0%), что коррелирует с возрастом детей ($r=-3$). Спектр осложнений был представлен пневмонией, крупом, ангиной, пневмотораксом, лимфаденит (Рис. 2).

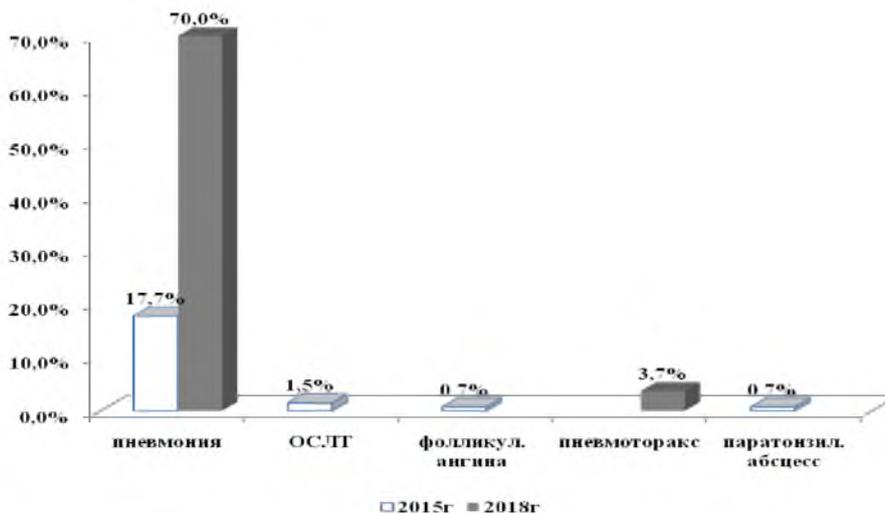


Рис. 2. Спектр осложнений при кори в 2015 и 2018 гг.

Проведен расчет относительного риска развития осложнений и тяжелых форм кори у детей (табл. 1).

Интерпретация полученных результатов показала, что относительный риск развития тяжелой

формы кори у детей был связан с такими показателями, как наличие осложнений, в том числе лимфаденита, анемией.

Каждый второй (54,0%; 51,8%) ребенок, больной корью был выписан с улучшением состояния.

Таблица 1

Диагностическая таблица риска развития тяжелых форм болезни у детей, больных корью за период 2017-2018 гг.

Показатели	Тяжесть болезни	(+/-)
Возраст, дети до 1 года жизни	1,7	+
Мужской пол больных корью детей	0,7	-
Ребенок неорганизованный	0,7	-
Наличие осложнений/пневмония	1,0	+
Наличие лимфаденита	1,0	+
Анемия	1,2	+
Ребенок не вакцинированный	0,6	-

«+» – возникновение осложнения возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более (возможность развития болезни).

Выводы:

1. Генотипирование вируса кори выявило в 2015г. наличие серотипа D8, а в 2018 году – серотипа В3.

2. В возрастной структуре больных корью в 2017-2018 гг. преобладали дети первого года жизни (63,0%), которые не привиты в 74,0% случаев.

3. В 2018 г. у детей преобладала (59,2%) тяжелая форма кори. Риск развития тяжелой формы кори у детей был связан с наличием осложнений, в том числе пневмонии (20,7%; 74,0%).
4. Необходимо усилить эпидемиологическую настороженность врачей первичного звена, для предотвращения распространения кори среди населения.

Литература

1. **Астапов, А.А.** Корь у новорожденного ребенка / В.Н. Мельникова, Е.Ю. Свирчевская // *Здравоохранение (Минск)*. - 2013. - №2. - С. 62-63.
2. **Внутрибольничная корь [Текст] / Д.К. Чыныева, М.М. Баялиева, Г.А. Карамурзаева и др. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.** - 2015. - №2. - С. 116-119.
3. **Григорьев, К.И.** Корь: что впереди – ликвидация инфекции или эпидемия? // *Медицинская сестра*. - 2012. - №7. - С. 9-13.
4. **Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015гг. [Текст] / А.Ш. Джумагулова, А.К. Саркина, Н.В. Фесенко и др. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.** - 2015. - №2(1). - С. 15-17.
5. **Корь [Текст] / Г.К. Аликеева, Н.Д. Ющук, А.В. Сундуков и др. // Лечащий врач.** - 2011. - №6. - С. 82-85.
6. **Мазанкова, Л.Н.** Корь у детей / Л.Ф. Нестерина, С.Г. Горбунов // *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* - 2012. - №3. - С. 12-15.
7. **Нестерина, Л.Ф.** Особенности кори у детей на современном этапе. // *Детские инфекции.* - 2004. - №2. - С. 54-58.
8. **Специфическая дифференциальная диагностика кори, краснухи, цитомегаловирусной инфекции и лихорадки Денге у российских туристов [Текст] / С.А. Пьянков, Е.В. Иванова, В.А. Тернова и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни.** - 2014. - Т. 19. - №6. - С. 16-19.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РОЖДЕНИЯ НЕДОНОШЕННОГО РЕБЕНКА

Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева, З.Э. Абдылдаева, Сабыр к. А.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики детских болезней.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучены медико-биологические факторы риска рождения недоношенного ребенка. Исследовано 61 недоношенных новорожденных. Группу контроля составили 30 здоровых новорожденных детей. Полученные данные показали наличие множества модифицирующих факторов риска развития заболевания: старший возраст матерей (старше 35 лет), экстр- и урогенитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности.

Ключевые слова: преждевременные роды, факторы риска, патологическая беременность, недоношенность.

БАЛДАРДЫН АРА ТӨРӨЛҮШҮНДӨГҮ КООПТУУ ФАКТОРЛОРДУ АНАЛИЗДӨӨ

Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева, З.Э. Абдылдаева, Сабыр к. А.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдардын ооруларынын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Балдардын ара төрөлүшүндөгү медико-биологиялык кооптуу факторлор каралды. Ара төрөлгөн 61 ымыркай изилдөөгө алынды. Контролдук группаны дени сак жаны төрөлгөн 30 ымыркай бала түздү. Алынган маалыматтарда оорунун пайда болушуна көп модификациялуу кооптуу факторлор табылды: төрөгөн эненин жашы жогору (35 жаштан өйдө), эненин экстра же урогениталдык оорулары, начар акушердик анамнез, кош бойлуулуктун патологиялык өөрчүсү.

Негизги сөздөр: мезгилинен мурда төрөө, кооптуу факторлор, патологиялык кош бойлуулук, ара төрөлүү.

ANALYSIS OF RISK FACTORS FOR THE BIRTH OF A PREMATURE BABY

T.M. Bektursunov, S.T. Nurzhanova, A.A. Kakeeva, E.Sh. Ishayeva, Z.E. Abdyldaeva, Sabyr k. A.
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Propaedeutics of Childhood Illnesses.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Medical-biological risk factors for the birth of a premature baby were studied. 61 preterm infants were examined. The control group consisted of 30 healthy newborns. The obtained data showed the presence of a number of modifying risk factors for the development of the disease: the older age of mothers (over 35 years), extra- and urogenital diseases of mothers, a burdened obstetric anamnesis, the pathological course of pregnancy.

Key words: premature birth, risk factors, pathological pregnancy, prematurity.

Введение. Преждевременные роды (ПР) являются ведущей причиной перинатальной заболеваемости и смертности в мире [1, 2, 3]. Преждевременными, согласно классификации ВОЗ, считаются роды, произошедшие с 22 до 37 полных недель беременности с массой плода от 500 г (I ст. – 34-36, II ст. – 31-33, III ст. – 28-30, IV ст. – <28). Среди них выделяют группы: дети с низкой массой тела при рождении (2500-1500 г), дети с очень низкой массой тела при рождении (1500-1000 г), дети с экстремально низкой массой тела при рождении (<1000 г). Этиология ПР остается неизвестной и методы предотвращения отсутствуют. Наиболее значимыми факторами риска развития

идиопатических ПР являются социально-демографические и медицинские. К социально-демографическим относятся следующие факторы: низкое социально-экономическое положение, психоэмоциональный стресс, курение, возраст младше 17 и старше 34 лет, национальная принадлежность. Медицинские факторы, существующие до беременности: ПР в анамнезе, привычное невынашивание, отягощенный акушерский анамнез, высокий паритет родов, экстрагенитальные заболевания [4,5]. Многоплодная беременность (около 30% ПР), маловодие, патология плаценты, преэклампсия, анемия, инфекции. Эффек-

тивность предотвращения преждевременных родов невелика, несмотря на большое количество научных исследований в этой области. Данная проблема заслуживает всестороннего изучения и совершенствования диагностических и лечебных мероприятий, направленных на снижение количества ПР. Частота ПР в развитых странах колеблется от 6% до 12% и за последние 10 лет имеется тенденция к повышению [1, 6, 7, 8].

Материалы и методы

Проведено ретроспективное исследование историй болезни за 2017 год на базе Городского перинатального центра г. Бишкек. Выделены 2 группы: в основную группу вошли недоношенные дети (n=61), в сроках 28-36 недель гестации; контрольную группу составили доношенные новорожденные (n=30) с физиологическим течением беременности. Изучались следующие риск факторы: количество родов, возраст матери, пол ребенка, акушерский анамнез, течение данной

беременности, заболеваемость матери. Статистический анализ данных проведен с использованием программ «SPSS 16». Достоверность разности относительных показателей закодирована следующими кодами:

- * – p<0,05 (95,0%);
- ** – p<0,01 (99,0%);
- *** – p<0,001 (99,9 %).

Отношение шансов риска (OR) считался положительным при показателе выше 1,0.

Результаты и их обсуждение

При изучении возрастного фактора риска было установлено, что во всех группах преобладали матери активного репродуктивного возраста. Однако в основной группе достоверно больше (p<0,01) были матери старшей (более 35 лет) возрастной группы. По половой принадлежности детей достоверных отличий не наблюдалось. В обеих группах, в основном, дети рождались от повторнобеременных матерей (табл. 1).

Таблица 1

Социально-биологические факторы риска преждевременных родов

Матери		Осн.гр. абс.	%	Конт.гр Абс.	%
Число беременностей	первая	25	40,0	10	33,3
	повторная	36	60,0	20	66,6
Пол ребенка	мальчик	26	42,6	16	53,3
	девочка	35	55,7	14	46,6
Возраст рожавших	21-35 лет	52	85,2	28	93,3
	36-45 лет	9	14,7**	2	3,3
Всего:		61		30	

При изучении состояния здоровья матерей было выявлено, что больные женщины чаще преобладали в основной группе (p<0,01), чем в контрольной. У матерей контрольной группы заболеваемость представлена лишь анемией (33,3%).

Остальные заболевания, такие как, артериальная гипертензия, урогенитальная патология наблюдались только в основной группе матерей (p<0,05) (рис.).



Рис. Материнская заболеваемость и ее структура в исследованных группах.

Осложненное течение беременности как фактор риска в обеих группах не имело достоверных различий ($p > 0,05$) по ОРВИ и по частоте раннего гестоза беременных. В то же время, в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной отмечалась анемия ($p < 0,05$) и тяжелая патология

беременности: преэклампсия, хориоамнионит, кольпит ($p < 0,05$), угроза прерывания беременности и патология околоплодных вод (табл. 2).

Таблица 2

Течение данной беременности

Течение беременности	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Анемия	38	62,2*	10	33,3
Гестоз	21	34,4	7	23,3
ОРВИ	24	39,3	8	26,6
Преэклампсия	8	13,1*	1	3,3
Хориоамнионит	8	13,1*	-	-
Кольпит	8	13,1*	2	6,6
Угроза прерывания	6	9,8	-	-
Отслойка плаценты	3	4,9	-	-
Маловодие	3	4,9	1	3,3

Анализ акушерского анамнеза матерей недоношенных детей достоверно ($p < 0,05$) был отягощен в основной группе матерей. В обеих группах отмечался медицинский аборт: в основной группе у 7 (11,4%) женщин, в контрольной группе у 2-х

(6,6%) женщин. В основной группе матерей ($p < 0,05$) отмечалась такая тяжелая патология, как самопроизвольный выкидыш на ранних сроках гестации и преждевременные роды в анамнезе (табл. 3).

Таблица 3

Акушерский анамнез матерей

Отягощен	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Выкидыш на ранних сроках гестации	9	14,7*	1	3,3
Медицинский аборт	7	11,4*	2	6,6
Ранние преждевременные роды	5	8,1	1	3,3

При изучении степени недоношенности преобладали ($p < 0,05$) новорожденные со II степенью недоношенности (57,3%) (табл. 4).

Таблица 4

Степень недоношенности

I степень	34-36	12 (19,6%)
II степень	31-33	35 (57,3%)*
III степень	28-30	14 (22,9%)
IV степень	<28	-

Анализируя диагноз заболевания детей, на первом месте стоял бактериальный сепсис (78,6%), из сопутствующей патологии: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (88,5%), ателектаз легких (26,2%), врожденные пороки

развития (19,6%), внутриутробная инфекция (9,8%), из осложнений преобладала постателектатическая пневмония (14,7%), язвенно-некротическая энтероколит (3,2%) (табл. 5).

Таблица 5

Анализ основного и сопутствующего заболеваний у недоношенных детей

Основной:	
1. Бактериальный сепсис	48 (78,6%)
2. Первичный ателектаз новорожденного	10 (16,3%)
3. Гемолитическая болезнь новорожденных	3 (6,5%)
Сопутствующий:	
1. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия, синдром угнетения.	54 (88,5%)
2. Первичный ателектаз	16 (26,2%)
3. Врожденные пороки развития	12 (19,6%)
4. Внутриутробная инфекция	6 (9,8%)
Осложнения:	
1. Постателектатическая пневмония	9 (14,7%)
2. Язвенно-некротический энтероколит	2 (3,2%)

Проведен сравнительный анализ ранговой значимости каждого из медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей по

основному и самому доказательному показателю – отношению шанса риска (OR) развития заболевания (табл. 6).

Таблица 6

Ранговая значимость медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей

Риск фактор	Показатели	OR
Биологические факторы риска	Мальчики	1,5
	Девочки	1,4
	Старший возраст матерей	1,3
Акушерский анамнез	Преждевременные роды	2,58
	Выкидыш на ранних сроках гестации	2,2
	Медицинский аборт	2,0
Течение беременности	Гестоз	4,4
	Преэклампсия	4,4
	Кольпит	2,1
	Маловодие	1,5

В ранговой значимости медико-биологических факторов риска преобладал «старший возраст матерей». В отягощенном акушерском анамнезе: преждевременные роды, самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, медицинский аборт. При изучении течения беременности в ранговой значимости высокие доказательные характеристики в порядке убывания преобладали: гестоз, преэклампсия, кольпит, маловодие.

Выводы: Таким образом, анализируя вышеизложенное, следует констатировать, что имеется множество значимых медико-биологических факторов риска рождения недоношенных детей:

1. Комплексное изучение влияния факторов риска рождения недоношенных детей с оценкой ранговой значимости показало, что группой возрастного риска являлись матери старшей возрастной группы.
2. По состоянию здоровья матерей больных детей было выявлено высокая экстрагенитальная заболеваемость, в частности, сердечно-со-

судистая, такие как артериальная гипертензия, анемия, что указывало на хроническую гипоксию. Урогенитальная патология было чаще ($p < 0,05$) в группе матерей недоношенных детей.

3. В акушерском анамнезе матерей недоношенных детей было установлено, что достоверно чаще ($p < 0,05$) выявлялся отягощенный акушерский анамнез в виде: преждевременных родов самопроизвольные выкидыши и медицинские аборты.
4. Анализ течения данной беременности выявило множество факторов риска в виде: гестоз преэклампсия, хориоамнионит, кольпит, маловодие.

Литература

1. Сидельникова В.М., Антонов А.Г. Преждевременные роды. Недоношенный ребенок: руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2006. – С. 447.
2. Lamont Ronald F. Looking to the future // I International Preterm Labour Congress, Montreux, June, 2002 // BJOG: Int. J. Obstet. and Gynaecol. – 2003. – Vol. 110. – P.131-135.
3. McGrath S., Smith R. Prediction of preterm delivery using plasma corticotropin releasing hormone and other biochemical variables // Ann. Med. – Gr. Brit. – 2002. – Vol. 34, № 1. – P.28-36.
4. Деев И.А., Куликова К.В., Куликов Е.С. Анализ факторов риска рождения ребенка с очень низкой и экстремально низкой массой тела при рождении // Журнал мать и дитя в Кузбассе. – 2016. - №2(65). – С. 10-14.
5. Yi, S.W. Anemia before pregnancy and risk of preterm birth, low birth weight and small for gestational-age birth in Korean women /Yi S.W., Han Y.J., Ohrr H. //Eur. J. Clin. Nutr. – 2013. – V. 67 (4). – P. 337-342.
6. Шалина Р.И., Плеханова Е.Р. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – Т. 6, №1. – С. 33-40.
7. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Вып. 2 / Под ред. В.И. Кулакова – М.: ГЭОТАР. Медиа, 2006. – С. 35-71, 112-129.
8. Ткаченко Л.В., Костенко Т.И., Углова Н.Д., Шкляр А.Л., Невынашивание беременности // Вестник ВолгГМУ, Выпуск. - 2015.- Т. 1, №53. – С. 3-9.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ

**Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева,
З.Э. Абдылдаева, А.М. Ырсалиева**

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра пропедевтики детских болезней.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены медико-биологические факторы риска рождения ребенка с врожденными пороками развития (ВПР). Проанализировано 49 случаев рождения новорожденных с ВПР. В контрольную группу вошли 30 здоровых новорожденных детей. Выделены наиболее значимые факторы риска развития заболевания: старший возраст матерей (старше 35 лет), урогенитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности.

Ключевые слова: врожденные пороки развития, пренатальная диагностика, факторы риска.

ТУБАСА КЕМТИКТЕРДИН КЕЛИП ЧЫГЫШЫНДАГЫ КООПТУУ ФАКТОРЛОР

**Т.М. Бектурсунов, С.Т. Нуржанова, А.А. Какеева, Э.Ш. Ишаева,
З.Э. Абдылдаева, А.М. Ырсалиева**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдардын ооруларынын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Тубаса кемтик менен төрөлгөн балдардын медициналык-биологиялык кооптуу факторлору көрсөтүлдү. Тубаса кемтик менен төрөлгөн 49 ымыркай анализденди. Контролдук тайпаны дени сак 30 ымыркай түздү. Оорунун өрчүшүндө эц маанилүү кооптуу факторлор бөлүнүп көргөзүлдү: жашы жогору энелер (35 жаштан жогору), энелердин урогениталдык оорулары, өтө жагымсыз акушердик анамнез, кош бойлуулуктун патологиялык өтүшү.

Негизги сөздөр: тубаса кемтиктер, пренаталдык диагноздоо, кооптуу факторлор.

RISK FACTORS FOR CONGENITAL MALFORMATIONS

**T.M. Bektursunov, S.T. Nurzhanova, A.A. Kakeeva, E.Sh. Ishayeva,
Z.E. Abdyl daeva, A.M. Yrsaliev a**

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Propaedeutics of Childhood Illnesses
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Medical and biological risk factors for the birth of a child with congenital malformations (VLF) are presented. 49 newborns with CDF were analyzed. The control group included 30 healthy newborns. The most significant risk factors for the development of the disease are identified: the older age of mothers (over 35 years), urogenital diseases of mothers, the burden of obstetrical anamnesis, the pathological course of pregnancy.

Key words: congenital malformations, prenatal diagnostics, risk factors.

Введение: Врожденные пороки развития (ВПР) представляют одну из актуальных проблем здравоохранения и государства в целом, т.к. занимают значительный удельный вес в структуре причин младенческой смертности, детской инвалидности и относятся к числу наиболее серьезных отклонений в состоянии здоровья детей. Выявление ранних негативных тенденций и принятие срочных мер в регионе по минимизации последствий роста аномалий развития, оперативное решение тактических задач с одновременным формированием органов здравоохранения явля-

ются действенным инструментом в решении данной проблемы [1, 2]. Однако, во многих регионах отсутствует стройная система пренатальной диагностики, эффективного лечения и профилактики. Для определения ранней диагностики и оптимизации программы профилактики и коррекции врожденных аномалий развития необходимо знать этиологию ВПР. Точной причиной развития ВПР нет, но существует ряд факторов риска [3].

Именно поэтому ВПР представляют важнейшую медицинскую и социальную проблему, в настоящее время, несмотря на высокий уровень развития медицинской науки и практики, тем не

менее, отмечаются высокие показатели рождения детей с ВПР [4, 5].

Цель исследования: Провести сравнительный анализ для реализации профилактических мероприятий, направленных на устранение факторов риска ВПР.

Материал и методы

Проведено ретроспективное исследование историй болезни за 2017 год на базе ГДКБ СМП отделений реанимации новорожденных и патологии новорожденных, а также на базе Городского перинатального центра г. Бишкек. Выделены 2 группы: в основную группу вошли дети с ВПР (n=49), контрольную группу составили здоровые новорожденные (n=30). Изучались следующие риск факторы: количества родов, пол ребенка, акушерский анамнез, течение беременности, заболеваемость матери. Статистический ана-

лиз данных проведен с использованием программ SPSS 16. Достоверность разности относительных показателей закодирована следующими кодами:

* – p<0,05 (95,0%);

** – p<0,01 (99,0%);

*** – p<0,001 (99,9%).

Отношение шансов риска (OR) считался положительным при показателе выше 1,0.

Результаты и их обсуждение

Изучены социально-биологические факторы риска рождения детей с ВПР. По возрасту матерей установлено, что в обеих группах преобладают матери в активном репродуктивном возрасте. Однако в основной группе достоверно чаще (p<0,01) матери старше 35 лет. По числу беременностей матерей и половой принадлежности детей с ВПР, достоверный различий не выявлено (p>0,05) (табл. 1).

Таблица 1

Социально-биологические факторы риска рождения детей с ВПР

Матери		Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Число беременностей	Первая	17	34,6	10	33,3
	Повторная	32	65,3	20	66,6
Пол ребенка	Мальчик	22	44,8	16	53,3
	Девочка	27	55,1	14	46,6
Возраст рожавших	21-35 лет	44	89,7	28	93,3
	36-45 лет	5	10,2	2	3,3
Всего:		49		30	

Осложненное течение беременности такие как ОРВИ, анемия, кольпит и ранний гестоз беременных в обеих группах не имеет достоверных различий (p>0,05). В то же время, в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной отмечалась

патология околоплодных вод в частности многоводие 24,4%(p<0,001), пиелонефрит 14,2%, преэклампсия 12,2% и угроза прерывания беременности 12,2% (p<0,05) (табл. 2).

Таблица 2

Течение данной беременности

Течение беременности	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
ОРВИ	18	36,7	8	26,6
Анемия	14	28,5	10	33,3
Многоводие	12	24,4***	-	-
Гестоз	9	18,3	7	23,3
Пиелонефрит	7	14,2*	-	-
Преэклампсия	6	12,2*	1	3,3
Угроза прерывания	6	12,2*	-	-
Кольпит	4	8,16	2	6,6
ФПН	4	8,16	-	-
Маловодие	1	2,0	1	3,3

При изучении акушерского анамнеза матерей детей с ВПР достоверно ($p < 0,05$) отягощен в основной группе, так медицинский аборт в основной группе у 10 (20,4%) женщин, в контрольной

группе у 2-х (6,6%) женщин. А выкидыш на ранних сроках гестации в основной группе 16,32%, против 3,3% в контрольной группе ($p < 0,05$), который чаще всего указывает на наличие внутриутробной инфекции (табл. 3).

Таблица 3

Акушерский анамнез матерей

Отягощен	Осн. гр. абс.	%	Конт. гр. абс.	%
Медицинский аборт	10	20,4	2	6,6
Выкидыш на ранних сроках гестации	8	16,32	1	3,3
Замершая беременность	1	2,04	1	3,3
Внематочная беременность	1	2,04		

При изучении ВПР по системам преобладают пороки развития со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) 32,7%, далее ВПР сердечно-сосудистой системы (ССС) 22,5%. Дыхательная система и ЦНС одинаково встречаются в 20,4% (табл. 4).

Из ВПР ЖКТ по частоте заболеваемости на первом месте стоит атрезия ануса у 5 детей (10,2%), далее – атрезия пищевода у 4 новорожденных, что составило 8,1%. Также отмечалась патология кишечника, как гастрошизис у 3 детей (6,1%) и

кишечная непроходимость – 2 (4%). Атрезия кишечника и изолированный заворот средней кишки встречались по одному случае, что составило по 2% каждый из них.

Со стороны ССС встречались такие патологии, как: полная транспозиция магистральных сосудов у 2 новорожденных (4%), ДМЖП, ДМПП, ОАП и легочная гипертензия отмечалось у 9 детей (18,3%).

Таблица 4

ВПР по системам

ВПР по системам	Абс.	%
ЖКТ	16	32,7
ССС	11	22,5
ЦНС	10	20,4
Дыхательная система	10	20,4
Костно-мышечная система	2	4,0
Всего:	49	100

По порокам развития со стороны ЦНС, спинномозговая грыжа наблюдалась у 4 детей (8,1%). Врожденная гидроцефалия – 3 (6,1%), кисты головного мозга – 2 (4%), аномалия развития сосудов головного мозга у 1 (2%).

Что касается ВПР дыхательной системы, на 1-ом месте стоит ВПР-Диафрагмальная грыжа – 7 (14,2%). Лобарная эмфизема, первичный ателектаз легких и атрезия хоан наблюдались у 3-х детей (по 2%).

Летальный исход заболеваний ВПР по системам составило по ЖКТ – 24,4%, Дыхательная система – 16,3%, ССС – 12,2%, ЦНС-4%.

Проведен сравнительный анализ ранговой значимости каждого из медико-биологических факторов риска рождения детей с ВПР по основному и самому доказательному показателю – отношению шанса риска (OR) развития заболевания (табл. 5).

Таблица 5

Ранговая значимость медико-биологических факторов риска рождения детей с ВПР

Фактор риска	Показатели		OR
	Девочки		
Биологические факторы риска	Старший возраст матерей 36-45		3,3
	Выкидыш на ранних сроках		5,7
Акушерский анамнез	Медицинский аборт		3,6

Течение беременности	ОРВИ	1,6
	многоводие	31,9
	пиелонефрит	16,3
	Угроза прерывания беременности	13,7
	ФПН	8,7
	преэклампсия	4,0
	Кольпит	1,2

В ранговой значимости медико-биологических факторов риска преобладает «старший возраст матерей», отягощенный акушерский анамнез: самопроизвольный выкидыш на ранних сроках, медицинский аборт. При изучении течения беременности в ранговой значимости высокими доказательными характеристиками в порядке убывания: ОРВИ, многоводие, пиелонефрит, угроза прерывания беременности, преэклампсия, кольпит.

В заключении надо отметить, что риск развития ВПР во многих случаях обусловлен внутренними и внешними факторами, такими как:

- старший возраст матерей ($p < 0,05$) из социально-биологических факторов,
- ОРВИ, многоводие, пиелонефрит, угроза прерывания беременности, преэклампсия, кольпит из анамнеза течения беременности,
- медицинский аборт и самопроизвольный выкидыш ($p < 0,05$) из акушерского анамнеза.

По частоте встречаемости ВПР ЖКТ стоит на первом месте, далее следуют пороки развития со стороны ССС, ЦНС, дыхательной и костно-мышечной систем.

Литература

1. Черненко Ю.В., Нечаев В.Н., Каткова Е.В. Врожденные пороки развития плода и новорожденного по данным Перинатального центра Саратовской области // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2016. – 12 (3) – С. 393-398.
2. Шалина Р.И., Плеханова Е.Р. Врожденные пороки развития плода и новорожденного по данным перинатального центра саратовской области. Комплексная терапия беременных с угрозой преждевременных родов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2007. – №1. – С. 33-40.
3. Медведева, С.В. Анализ факторов риска врожденных пороков сердца у детей и подростков Амурской области / С.В. Медведева, Т.В. Заболотских, Н.Б. Данилова // Дальневосточный медицинский журнал - 2015. - № 1. - Ст. 7. - С. 26-29.
4. Неонатология/ под ред. Н.П. Шабалова/М: «МЕДпресс_информ»,-3-е изд., испр. и доп. 2004. - С. 81-86.
5. Неонатология: национальное руководство / под ред. Н.Н. Володина. – М: ГОЭТАР-Медиа, 2009. – 848 с.

**АНАЛИЗ ПРИЧИН ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ДЕТЕЙ,
ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ В РЕСПУБЛИКАНСКУЮ КЛИНИЧЕСКУЮ
ИНФЕКЦИОННУЮ БОЛЬНИЦУ**

**Г.Ш. Закирова¹, М.К. Мамбетова¹, О.С. Буханцева¹, К.А. Алмамбетова¹, Равшанбек к. А.¹,
Абдилатип к. А.¹, Р.М. Давузова¹, Г.К. Арыкбаева²**

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней;

² Республиканская клиническая инфекционная больница
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен клинико-лабораторный анализ 52 историй умерших детей от инфекционных заболеваний, получавших лечение в РКИБ за период 2017г. В структуре клинических диагнозов преобладали ОКИ и ОРВИ. В возрастной структуре умерших больных преобладали дети раннего возраста (90,3%). Каждый второй умерший ребенок поступил в поздние сроки болезни в ОРИТ, где находился на лечении в течение $2,9 \pm 0,7$ дней. Анализ частоты и длительности неотложных синдромов у умерших детей показал, что ведущим и фатальным неотложным синдромом был ОГМ.

Ключевые слова: дети, неотложные состояния, отек головного мозга, ДВС-синдром, летальность.

**РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУУ ООРУЛАР КЛИНИКАЛЫК БЕЙТАПКАНАСЫНА
ЖАТКЫРЫЛГАН БАЛДАРДЫН ӨЛҮМҮНҮН СЕБЕПТЕРИН ТАЛДОО**

**Г.Ш. Закирова¹, М.К. Мамбетова¹, О.С. Буханцева¹, К.А. Алмамбетова¹, Равшанбек к. А.¹,
Абдилатип к. А.¹, Р.М. Давузова¹, Г.К. Арыкбаева²**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдардын жугуштуу оорулары кафедрасы;

² Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык ооруканасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык ооруканасында 2017-жылы дарыланган 52 бейтаптын өлүмгө дуушар болгон тарых баянына клиникалык-лабораториялык изилдөө жүргүзүлгөн. Клиникалык диагноздун түзүмүндө көбүнчө жугуштуу ичеги карын оорулары жана курч кармаган жугуштуу вирус чакырган дем алуу органдарын оорулары болгон. Каза болгон бейтаптардын арасында ымыркай балдар көбүрөөк кездешкен (90,3%). Жандандыруу бөлүмүнө түшкөн ар бир экинчи каза болгон бала кеч кайрылган, алар $2,9 \pm 0,7$ күн дарыланышкан. Кечиктирилгис синдромдордун узактыгы жана кездешүүсү каза болгон балдардын эц негизги кечиктирилген синдром мээнин шишүүсү болгон.
Негизги сөздөр: балдар, кечиктирилгис абал, мээнин шишүүсү, ДВС-синдрому

**THE ANALYSIS OF LETHAL OUTCOMES IN CHILDREN HOSPITALIZED
IN THE REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL**

**G.Sh. Zakirova¹, M.K. Mambetova¹, O.S. Buhanceva¹, K.A. Almambetova¹, Ravshanbek k. A.¹,
Abdilatif k. A.¹, R.M. Davuzova¹, G.K. Arykbaeva²**

¹ Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of children's infectious diseases

² Republican clinical hospital of infectious diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: A clinical-laboratory analysis of 52 stories of deceased children from infectious diseases treated in the Republican Clinical Infectious Disease Hospital for the period of 2017 was conducted. In the structure of clinical diagnoses, acute intestinal infections acute respiratory infections and prevailed. The age structure of the deceased patients was dominated by young children (90.3%). Every second child entered the late period of illness in the intensive department, where he was on treatment for 2.9 ± 0.7 days. Analysis of the frequency and duration of emergency syndromes in deceased children showed that the leading and fatal urgent syndrome was cerebral edema.

Key words: children, urgent conditions, cerebral edema, DVS-syndrome, lethality.

Введение. Инфекционные болезни являются ведущей причиной возникновения неотложных состояний у детей, требующих госпитализации в реанимационные отделения, в этиологической структуре которых доминируют как вирусы, так и бактерии, вирулентность которых определяет развитие тяжелых форм болезни и осложнений, в том числе неотложных состояний [1, 2, 3]. Немаловажную роль при этом играют внутрибольничные инфекции.

В возрастной структуре детей больных инфекционными заболеваниями, при которых развиваются неотложные состояния, преобладают (60,0%) дети раннего возраста с отягощенным преморбидным фоном [4]. Частыми неотложными синдромами при инфекционных заболеваниях у детей раннего возраста являются обструкция верхних и нижних дыхательных путей, ДВС-синдром, токсическое поражение почек и др. Наиболее опасным осложнением, приводящий к фатальным нарушениям функций организма и его гибели, является отек головного мозга (ОГМ). Что способствует нарушению ауторегуляции мозгового кровообращения, гипоксии и ишемии клеток, тяжелым метаболическим нарушениям, проницаемости гематоэнцефалического барьера и неблагоприятному исходу болезни [5].

Целью данного исследования явилось изучение причин развития неотложных синдромов и летального исхода у детей, поступивших в отделения реанимации и интенсивной терапии с различными инфекционными заболеваниями.

Материалы и методы исследования.

Нами проведен анализ 52 историй болезни детей, умерших в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) за период 2017 г.

Критериями включения были: умершие дети в возрасте от 0 мес. до 12 лет, получавшие лечение в ОРИТ с диагнозами ОКИ, ОРВИ, ОБМ, ОВГ.

Применялись общеклинические, биохимические, бактериологические, ИФА и инструментальные (рентген, УЗИ, КТ головного мозга) методы исследования. Патологоанатомическое исследование умерших детей проведено лишь в 2-х случаях, в связи с отказом (96,1%) родителей от вскрытия по религиозным убеждениям. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение

Возрастной состав умерших больных был представлен следующим образом: дети до года – 28 (53,8%), 1-3-х лет – 19 (36,5%), 4-7 лет – 2 (3,9%), 11-12 лет – 3 (5,8%) (Рис. 1).

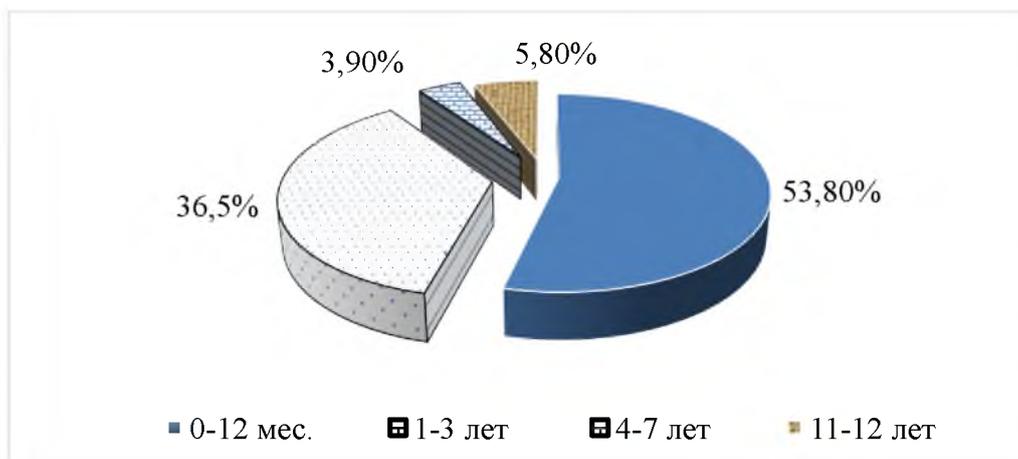


Рис. 1. Возрастная структура умерших детей.

Преобладали мальчики (57,7%), по сравнению с девочками (42,3%).

В основном умершие дети были жителями Чуйской области (75,0%), из них городские составили – 34,6%. Остальные (25,0%) умерших детей были из других регионов республики. Из малообеспеченных семей были 32,7%, где родители не имели постоянного места работы.

Другими стационарами города (ГДКБСМП, НЦОМИД) были перенаправлены в инфекцион-

ный стационар – 40,3% больных детей, самостоятельно обратились – 32,8%, доставлены врачами скорой помощи – 15,4%, из ЦСМ – 11,5%. Это свидетельствует о том, что родители одинаково часто обращались за медицинской помощью в ближайшие детские больницы, в том числе РКИБ из-за тяжести состояния ребенка. Так, каждый второй умерший ребенок в поздние сроки болезни (на 3 день и позже), в крайне тяжелом и угрожаемом состоянии, обратился в РКИБ, где

был сразу госпитализирован в отделение реанимации, минуя приемное отделение. Уже при поступлении в стационар 80,8% детей имели неотложные состояния, где у каждого второго диагностировали развитие ОГМ, пневмонию с ДН. Развитие ДВС-синдрома в 38,4% случаях, полиорганная недостаточность – 17,3%, шок септический/ИТШ – 9,6%, тяжелое обезвоживание – 7,7%, отечно-асцитический синдром – 1,9% и поступил в состоянии клинической смерти – 1,9%. Досуточно умерли в 46,1% случаев. В профильное отделение были госпитализированы 48,0% детей, которые в последующем переведены в РИТ, по тяжести состояния. Таким образом, поздняя обращаемость и госпитализация, недооценка тяжести состояния заболевших детей в ЦСМ способствовали развитию осложнений и неотложных состояний уже на догоспитальном этапе.

Отягощенный акушерский анамнез (гестоз беременности, угроза выкидыша, анемия у матери, перенесенные ОРИ, нефропатия) выявлен в 36,5% случаев, осложненные роды (асфиксия) – в 44,2%. Положительный гнойно-септический анамнез был выявлен в 15,3% случаев.

У большинства (82,7%) умерших детей, выявлен отягощенный преморбидный фон: анемия у 56,0% детей, ГИЭ/ВЧГ – 50,0%, ВПС – 25,0%, нарушение питания – 17,3%, синдром Дауна – 9,6%, недоношенность – 9,6%, ВУИ (ЦМВИ) – 5,8%, детский церебральный паралич (ДЦП) – 3,8%, ЭКД – 3,8%, различные пороки развития 11,4% (врожденная деформация грудной клетки, гипоплазия зрительных нервов, spina bifida) (Рис. 2). Необходимо отметить, что отягощенный акушерский анамнез, и сопутствующая фоновая патология оказывали негативное влияние на течение и исход болезни.

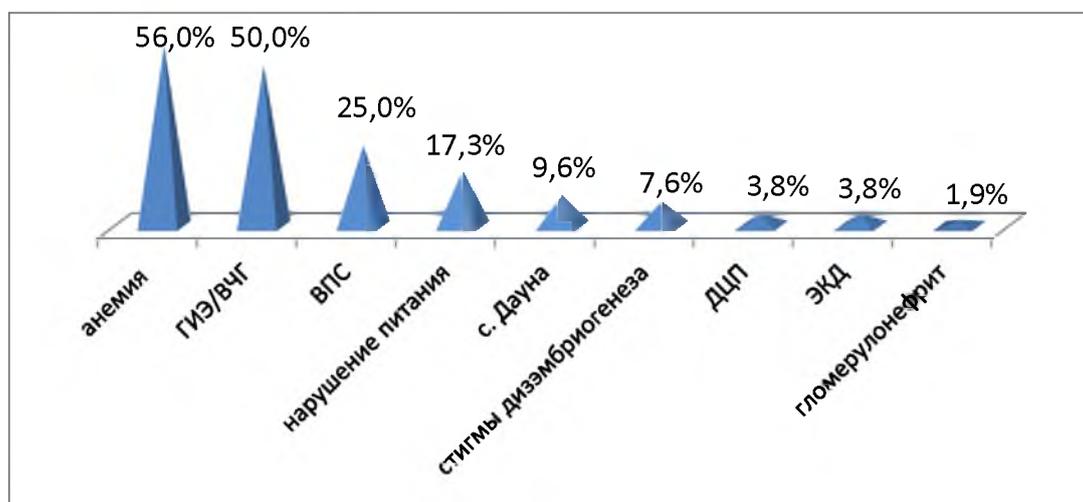


Рис. 2. Структура сопутствующих диагнозов.

Из перенесенных заболеваний регистрировались ОРВИ (53,8%) и ОКИ (17,3%). Каждый второй (48,1%) умерший ребенок не был привит по календарю по медицинским показаниям (состоял на учете у невролога, кардиолога). Вид вскармливания на исход заболевания не влиял, так среди умерших – 42,3% детей получали грудное, 30,8% – смешанное, и лишь 26,9% были на искусственном вскармливании.

При формулировке диагноза врачами приемного отделения РКИБ чаще регистрировались ОКИ у 32,7% больных и ОРВИ с обструктивным синдромом, пневмонией – у 27,0% детей. Микст-инфекция (ОРВИ и ОКИ) у 19,2% детей, ОБМ – 5,7%, энтеровирусная инфекция – 5,7%, вирусный гепатит – 1,9%, геморрагический васкулит +

ветряная оспа – 1,9%. Эти данные свидетельствуют о преобладании ОКИ и ОРВИ.

Анализ спектра клинических диагнозов, с которым дети находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, также свидетельствовал о преобладании ОКИ (32,7%), ОРВИ (23,0%) и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекция (25,0%) (рис. 3). Диагноз острый бактериальный менингит был установлен у 5,8% умерших детей, вирусный гепатит – 1,9%, ВИЧ инфекция IV клиническая стадия – 1,9%. Умершие от неинфекционной патологии составили 5,7% (сепсис, острое нарушение мозгового кровообращения, острый тромбоз бедренных сосудов, геморрагический васкулит), что требует дифференцированной диагностики неотложных состояний при госпитализации в инфекционный стационар.

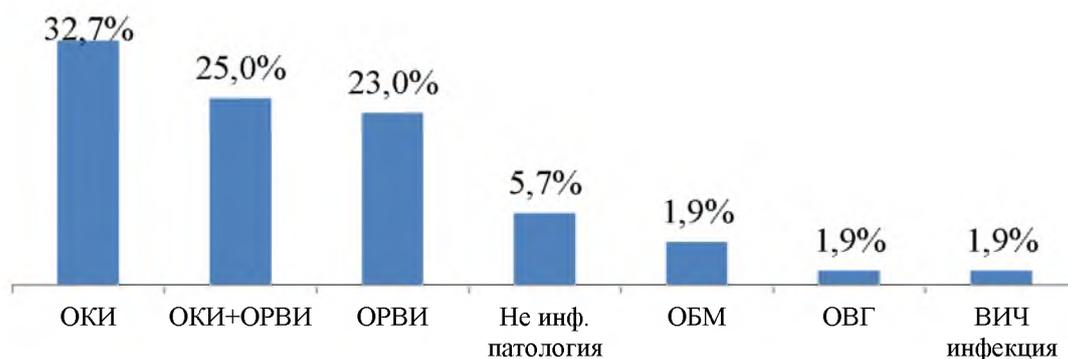


Рис. 3. Структура клинических диагнозов умерших больных.

У всех умерших детей в ОРИТ было острое начало болезни, с повышения температуры тела до высоких ($38,8 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$) цифр и выраженные симптомы интоксикации, и неотложные синдромы. Так как в структуре клинических диагнозов у умерших детей преобладали диагнозы ОКИ, ОРВИ и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекция, сделан детальный анализ частоты неотложных синдромов (табл. 1).

У всех умерших детей, было острое начало болезни, с повышения температуры тела до высоких ($38,8 \pm 1,0^{\circ}\text{C}$) цифр и выраженные симптомы интоксикации. У каждого второго умершего ребенка пневмония не была подтверждена

рентгенологическим методом исследования из-за досуточной летальности.

По данным таблицы у больных с ОКИ достоверно ($P_{1-2} < 0,05$) чаще наблюдались рвота, что вероятно обусловлено диспепсическими проявлениями этой инфекции, ИТШ. У умерших с ОКИ и микст (ОКИ+ОРВИ) инфекции ДВС-синдром был достоверно ($P_{1-2}, P_{1-3} < 0,05$) чаще ($41,7 \pm 6,3; 70,6 \pm 9,4; 71,4 \pm 7,9$). Судорожный синдром ($58,3 \pm 9,4; 52,9 \pm 7,3; 28,6 \pm 3,6$) и ОПП ($33,3 \pm 9,1; 64,7 \pm 11,3; 14,3 \pm 0,9$) также достоверно ($P_{1-3}, P_{2-3} < 0,05$) и чаще развивались больных ОРВИ и ОКИ.

Таблица

Частота неотложных синдромов у умерших в сравниваемых группах %

Клинические признаки и синдромы	ОРВИ (n=12)	ОКИ (n=17)	ОРВИ+ОКИ (n=13)	P
Рвота	41,7±9,1	76,5±11,3*	57,1±9,6	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Судороги	58,3±9,4*	52,9±7,3*	28,6±3,6	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ОГМ	91,7±9,2	94,1±9,2	94,7±7,6	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Пневмония с ДН	91,7±7,9	88,2±6,7	71,4±8,4	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
ДВС синдром	41,7±6,3	70,6±9,4*	71,4±7,9*	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ОПП	33,3±9,1*	64,7±11,3*	14,3±0,9	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} < 0,05$
ИТШ	16,7±0,4	35,3±0,9*	14,3±0,3	$P_{1-2} < 0,05$ $P_{2-3} < 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$
Пребывание на ИВЛ	100,0±0,7	88,2±12,3	85,7±9,2	$P_{1-2} > 0,05$ $P_{2-3} > 0,05$ $P_{1-3} > 0,05$

Длительность следующих неотложных синдромов: ОГМ ($3,2 \pm 1,0$; $4,5 \pm 1,5$; $4,4 \pm 1,1$ дней), ДВС синдрома ($3,3 \pm 1,0$; $2,1 \pm 0,4$; $2,1 \pm 0,7$ дней), ОПП ($4,1 \pm 1,0$; $3,3 \pm 1,0$; $4,4 \pm 1,1$ дней) не имела достоверных различий в сравниваемых группах умерших детей. Тогда как длительность лихорадки была достоверна ($P < 0,05$) короче, чем умерших с ОРВИ ($2,6 \pm 0,8$; $5,1 \pm 0,9$; $4,3 \pm 1,1$ дней) и длительность пребывания в ОРИТ – была дольше у больных с микст инфекцией ($3,26 \pm 1,2$; $4,8 \pm 1,3$; $7,4 \pm 1,4$ дней).

Выявлена положительная корреляционная связь между показателем гемоглобина крови и возрастом ребенка: чем младше был ребенок, тем выше досуточная летальность ($r=0,3$), между показателями лейкоцитов крови и сроками поступления: чем позже были сроки госпитализации, тем высокие показатели лейкоцитов ($r=0,3$).

Таким образом, частота и длительность осложнений и неотложных состояний (пневмония с ДН, ДВС, ОПП) у умерших больных способствовали развитию ОГМ и неблагоприятному исходу болезни.

Исследование периферической картины крови показало наличие анемии НВ ($104,9 \pm 21,4$ г/л) уже при поступлении в инфекционный стационар с последующим снижением его уровня в динамике ($57,3 \pm 17,4$ г/л), количество эритроцитов соответственно от $3,2 \pm 0,9$ до $1,7 \pm 0,5 \times 10^{12}$, что косвенно свидетельствовало о развитии ДВС-синдрома. Высокие показатели прокальцитонина от 1,5 до 25,0 ммоль/л, указывает на микробную этиологию инфекционного агента. Изменения со стороны лейкоцитарной формулы были у 63,5% при поступлении несмотря на достаточную антибактериальную терапию ($4,6 \pm 0,5 \times 10^9$ до $16,3 \pm 0,5 \times 10^9$), что связано с внутрибольничным инфицированием, так как дети длительно находились на ИВЛ ($3,8 \pm 1,1$ дней).

Биохимические исследования крови выявило низкий уровень средних показателей общего белка ($59,3 \pm 9,4$ г/л), протромбинового индекса ($77,4 \pm 16,7\%$), фибриногена ($151 \pm 42,7$ г/л), что свидетельствует о развитии ситуационного ДВС-синдрома. Повышение показателей уровня мочевины в крови отмечено у 21,5% ($9,1 \pm 0,3$ ммоль/л), остаточного азота – у 42,3% ($27,1 \pm 2,3$ ммоль/л) и креатинина – у 36,5% (до 323 мкмоль/л) умерших больных, что свидетельствует о глубоких обменных нарушениях, острого повреждения почек с неблагоприятным исходом.

Положительный результат бактериологического исследования кала был лишь в 6,7% случаях, что свидетельствует о низкой этиологической расшифровке ОКИ, что обусловлено недостаточной оснащенностью бактериологической лаборатории средами, отсутствием методов экспресс диагностики ОКИ.

Ультразвуковое исследование головного мозга, внутренних органов проведено у 38,5% больным, где были обнаружены признаки внутричерепной гипертензии, гидроцефалии, ВУИ и токсические изменения почек. Всем больным проводили антибактериальное ($5,2 \pm 0,9$ дней), дезинтоксикационное, симптоматическое лечение. Спектр назначаемых антибиотиков был разнообразным: цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды, карбонепемы, противомикробные препараты последнего поколения. Монотерапию получили 42,3%, комбинированную – 34,6%, последовательную смену – 19,2%, не получали – 3,8% из-за кратковременного пребывания в ОРИТ (до 20 мин). Средняя продолжительность пребывания умерших детей в отделении РИТ инфекционного стационара составила $5,5 \pm 1,3$ койко-дней.

Выводы:

1. В структуре клинических диагнозов у 80,7% умерших детей преобладали ОКИ, ОРВИ и микст инфекция (ОКИ+ОРВИ).
2. Возрастная структура умерших детей представлена детьми раннего возраста (90,3%), у которых преморбидный фон был отягощен (82,7%).
3. Поздние сроки госпитализации (60,0%), частота развития осложнений и неотложных состояний (80,8%) уже на догоспитальном этапе, способствовали развитию ОГМ и неблагоприятному исходу болезни

Литература

1. Джолбунова, З.К. Неотложные синдромы у детей с ОКИ / З.К. Джолбунова // Биомедицина. – 2012. – №3. – С. 30-33.
2. Мельникова, Н.И. Причины летальности и тяжести состояния новорожденных детей с пороками развития / Н.И. Мельникова, И.Ф. Острейков, И.А. Строгонов // Анестезиология и реаниматология. – 2014. – №5. – С. 70-73
3. Stefanie G., Workman, Jennifer K. Journal of the pediatric infectious diseases. – 2017. – V. 6 (1). – P. 80-86.
4. Молочный В.П. Неотложные состояния у детей: Справочник / В.П. Молочный, М.Д. Рязанина. – М., 2010. – 115 с.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ

Р.М. Кадырова, Р.А. Надирбекова, С.В. Чечетова, З.К. Джалбунова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Обследовано 384 детей в возрасте от 0 до 7 лет, поступивших в детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице. Ведущим этиологическим фактором дизентерии у детей раннего возраста была Sh. Flexneri. На основании клинико-эпидемиологических данных с помощью регрессионного анализа рассчитывали относительный риск вероятности развития тяжелой формы дизентерии.

Риск развития тяжелых форм дизентерии высок как у детей от 3-х месяцев жизни до года, так и у детей 3-6 лет. Повышается вероятность тяжелых форм болезни при позднем поступлении, длительности симптомов интоксикации и гемоколита на фоне отягощенного преморбидного фона, развитии суперинфекций, осложнений и неотложных синдромов.

Ключевые слова: дети, возраст, дизентерия, относительный риск, тяжелые формы.

ЖАШ БАЛДАРДА ДИЗЕНТЕРИЯНЫН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН ӨӨРЧҮСҮНҮН САЛЫШТЫРМАЛУУ ТОБОКЕЛДИГИ

Р.М. Кадырова, Р.А. Надирбекова, С.В. Чечетова, З.К. Джалбунова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Жаш балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ош шаардык жугуштуу оорулар бейтапканасына жаткырылган 0-7 жашка чейинки 384 бейтап текшерилген. Дизентерия менен ооруган балдардын оорусунун негизги козгогучу Shigella Flexneri болгон. Регрессиялык анализдин жардамы менен клиникалык-эпидемиологиялык маалыматтар боюнча дизентериянын оор түрлөрүнүн салыштырмалуу тобокелдик ыктымалдыгы эсептелген. 3 айдан 3 жашка жана 3-6 жашка чейинки балдарда дизентериянын оор түрлөрү көбүрөөк кездешет. Ууландыруу белгилеринин жана гемоколиттин көп убакытка созулганы, преморбиддик фонунун кесепети, суперинфекциянын өнүгүшү, кабылдоосу жана кечиктирилгис синдромдордун бейтаптардын кеч түшкөн убагында оорунун оор түрлөрүнүн ыктымалдыгын жогорулатат.

Негизги сөздөр: балдар, жашы, дизентерия, ыктымалдык, оорунун оор түрү.

RELATIVE RISK OF DEVELOPING SEVERE FORMS OF DYSENTERY IN INFANTS

R.M. Kadyrova, R.M. Nadirbekova, S.V. Chechetova, Z.K. Dzholbunova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of infants infectious disease
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: were observed 384 infants from 0 to 7 years old received to infant infectious disease department in Osh citizien clinical hospital. Sh.Flexneri was leading in etiological structure acute intestinal infections in infants. By using regressive analysis we calculated relative risk of developing severe forms of dysentery based on clinical epidemiological datas. Risk of development severe forms of dysentery is high in infants from 3 months to 1 year and in children 3-6 years old. Probability of severe forms of dysentery increases at late arrival, duration of intoxication symptoms and hemocolitis at refracted premorbid background, development of super infection, complications and emergency syndromes.

Key words: infants, age, dysentery, relative risk, severe forms.

Введение. Ведущее место среди расшифрованных кишечных инфекций у детей в течение многих лет принадлежит дизентерии [1]. В связи с ухудшением социально-экономических условий жизни населения, изменением свойств патогенности микроорганизмов отмечается отчетливая

тенденция к росту заболеваемости шигеллезом, утяжелению их клинических проявлений, увеличению частоты затяжных форм заболевания и осложнений, которые обуславливают сохранение летальности на достаточно высоком уровне [2, 3].

Повреждение, вызванное патогеном, кроме местных изменений сопровождается развитием общей реакции организма на инфекционный стресс. У детей шигеллезная инфекция нередко сопровождается развитием инфекционного токсикоза, дегидратации и электролитными нарушениями, что в острый период заболевания обуславливает особую тяжесть состояния ребенка [3, 4]. Именно тяжелые формы инвазивных диарей, с развитием нейротоксикоза, инфекционно-токсического шока, токсикоза с эксикозом, гемолитико-уремического синдрома и являются причинами летальных исходов, регистрирующихся преимущественно у детей раннего возраста [2].

Цель исследования – представить факторы риска развития тяжелой формы дизентерии у детей для предупреждения неблагоприятного исхода болезни.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 384 детей в возрасте от 0 до 7 лет, поступивших на лечение в детский инфекционный стационар при Ошской городской клинической больнице (ДИС ОГКБ). Возрастная структура детей в ДИС ОГКБ распределялась следующим образом: от 0-12 месяцев – 138 (36,0%), от 1-3 лет – 182 (47,4%), от 4-7 лет – 64 (16,6%).

Изучался эпидемиологический анамнез, где выясняли контакт с больными острыми кишечными инфекциями (ОКИ). При объективном исследовании больных дизентерией детей выявлялись симптомы общей интоксикации, признаки обезвоживания, кишечного синдрома.

Одновременно с общеклиническими методами исследования по показаниям проводились биохимические исследования крови. Диагноз дизентерии подтверждался бактериологическим и микроскопическим исследованием кала. Для улучшения этиологической расшифровки дизентерии у детей использовали метод полимеразной цепной реакции (ПЦР) – диагностики кала.

Относительный риск развития тяжелой формы дизентерии рассчитывали с помощью регрессионного анализа. Для этого необходимо знать основные понятия этого метода:

Риск – это вероятность появления определенного исхода болезни. Риск может принимать значения от 0 до 1. В медицинской статистике, как правило, изучаются изменения риска наступления исхода в зависимости от какого-либо фактора. Пациенты условно разделяются на 2 группы, на одну из которых фактор влияет, на другую – нет.

Относительный риск это отношение частоты исходов среди исследуемых, на которых оказывал влияние изучаемый фактор, к частоте исходов среди исследуемых, не подвергавшихся влиянию этого фактора. Относительный риск применяется при *проспективных исследованиях*, когда исследуемые группы формируются по признаку наличия или отсутствия фактора риска. При исследованиях по принципу "*случай-контроль*" вместо относительного риска должен использоваться показатель отношения шансов.

Для расчета относительного риска необходимо:

- построим четырехпольную таблицу сопряженности, исходя из количества исследуемых, имеющих определенные факторные значения.

	Исход есть (1)	Исхода нет (0)	Всего
Фактор риска есть (1)	A	B	A + B
Фактор риска отсутствует (0)	C	D	C + D
Всего	A + C	B + D	A+B+C+D

- Находим значение относительного риск по следующей формуле:

$$RR = \frac{\frac{A}{A+B}}{\frac{C}{C+D}} = \frac{A \cdot (C + D)}{C \cdot (A + B)}$$

где A, B, C, D – количество наблюдений в ячейках таблицы сопряженности.

- Находим значения границ доверительного интервала – 95% ДИ (или 95% CI – от англ. "confidence interval").
- Проводим интерпретацию показателей относительного риска тяжелой форм болезни:
- Если ОР равен 1, можно сделать вывод, что исследуемый фактор не влияет на вероятность исхода

- При значениях более 1 делается вывод о том, что фактор повышает частоту исходов
- При значениях менее 1 – о снижении вероятности исхода при воздействии фактора.

Результаты и их обсуждения

На основании этио-эпидемиологических и клинико-лабораторных данных составлена диагностическая таблица вероятности развития тяжелой формы дизентерии у детей (табл. 1).

Таблица 1

Вероятность развития тяжелой формы дизентерии у детей

ПОКАЗАТЕЛИ	Относительный риск	Возможность развития болезни (+/-)
<i>Возраст:</i>		
до 3-х мес.	0,9	-
3-6 мес.	1,2	+
6-9 мес.	1,2	+
9-12 мес.	1,1	+
1-3 года	0,8	-
3-6 лет	1,0	+
>6 лет	0,6	-
Осложнения	1,6	+
Городской житель	0,8	-
Сельский житель	1,2	+
Находился в др. стационаре до госпитализации в РКИБ	1,2	+
<i>День болезни при поступлении:</i>		
1-й	0,8	-
2-й	1,0	+
3-й	1,0	+
Суперинфекция	1,4	+
Умеренное обезвоживание	1,3	+
Тяжелое обезвоживание	1,4	+
1	2	3
Токсикоз	1,2	+
Парез кишечника	1,3	+
Выпадение слизистой прямой кишки	1,4	+
Безбелковые отеки	1,4	+
ДВС-синдром	1,4	+
Дисбактериоз кишечника	1,4	+
<i>Преморбидный фон</i>		
Анемия	0,9	-
Нарушение питания	1,1	+
ГИЭ	1,3	+
Анемия+нарушение питания	1,1	+
Недоношенность	1,1	+
ВУИ	1,2	+
<i>Сопутствующие заболевания</i>		
Пневмония	1,4	+
ОРВИ	1,3	+

ПРОБЛЕМЫ ПЕДИАТРИИ

1	2	3
<i>Эпидемиология:</i>		
контакт с ОКИ	1,3	+
заражение через пищу	0,8	-
заражение через воду	0,8	-
семейный очаг	1,2	+
коллективный очаг	0,8	-
<i>Вскармливание:</i>		
грудное	0,8	-
смешанное	1,0	+
искусственное	1,2	+
Амбулаторное лечение до госпитализации	0,9	-
Самостоятельное лечение до госпитализации	1,1	+
Возбуждение	1,4	+
Западение глазных яблок	1,2	
Сухость слизистых	1,3	+
Жажда	1,0	+
Медленное расправление кожной складки	1,2	+
Снижение диуреза	1,1	+
Западение большого родничка	1,2	+
Вздутие живота	1,1	+
Втянутый живот	1,0	+
Парез кишечника	1,4	+
Слизь в стуле	1,0	+
Кровь в стуле	1,1	+
Тенезмы	1,2	+
Стул по типу «ректального плевка»	1,1	+
Спазмированная сигмовидная кишка	1,1	+
Зияние ануса	1,2	+
сфинктерит	1,3	+
<i>Частота стула:</i>		
до 5 раз	0,8	-
до 10 раз	0,97	-
10-20 раз	1,1	+
без счета	1,4	+
<i>тах температура тела:</i>		
38,0° С	0,9	-
38,5° С	1,0	+
39,0° С	1,0	+
40,0° С	1,3	+
<i>Длительность лихорадки:</i>		
1-2 дня	0,9	-
3 дня	1,1	+
4 дня	1,1	+
5 дней	1,3	+
Множественная рвота	1,1	+
Нарушение гемодинамики	1,3	+
Токсикодистрофия	1,4	+

1	2	3
<i>ОАК:</i>		
Нв<110	1,0	+
эр.<3,5	1,0	+
лейк.>10,0	0,9	-
с/я>50	1,0	+
п/я>5	0,9	-
эоз.>5	0,8	-
СОЭ>10	0,6	-
Общий белок в крови <65	1,3	+
<i>Копрограмма:</i>		
нейтральный жир	1,0	+
жирные кислоты	1,1	+
слизь	1,0	+
лейкоциты	1,0	+
эритроциты	1,0	+
простейшие	1,1	+
Sh. Flexneri	1,1	+
Sh. Sonne	0,91	-

«+» – возникновение тяжелого обезвоживания у больных ОКИ возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более.

Таким образом, интерпретация показателей таблицы вероятности риска развития тяжелой формы дизентерии у детей позволяет сделать следующее заключение, что тяжелые формы дизентерии могут развиваться, как у детей от 3-х месяцев жизни до года, так и у детей 3-6 лет, чаще у сельских жителей. Сроки болезни особо не влияют на вероятность развития тяжелой формы, а наличие суперинфекции, развитие осложнений (выпадение слизистой прямой кишки, парез кишечника, безбелковые отеки, ДВС-синдром, развитие неотложных синдромов и сопутствующих заболеваний) повышает риск развития тяжелой формы дизентерии. Отягощенный преморбидный фон (ГИЭ, нарушение питания), наличие положительного контакта с больными ОКИ, самолечение в домашних условиях, выраженность и длительность симптомов интоксикации, а также развитие синдрома гемоколиты с характерными изменениями в копрограмме и высевам шигеллы Флекснера из фекалий увеличивает риск вероятности развития тяжелой формы болезни, а также неблагоприятного исхода.

Литература

1. **Маржохова, М.Ю.** Характеристика синдрома эндогенной интоксикации при острых кишечных инфекциях [Текст] / М.Ю. Маржохова, М.А. Башиева, Ж.М. Желихажбаева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2011. - № 1. – С. 49-52.
2. **Эралиев, Э.** Этиологическая структура острых кишечных инфекций у детей г. Ташкента [Текст] / Э. Эралиев // Детские инфекции. – 2016, Том 15. - №3. - С. 63-65.
3. **Afroze, F.** Risk factors and outcome of Shigella encephalopathy in Bangladeshi children [electronic resource] / F. Afroze, T. Ahmed, M. Sarmin, et al. // Plos Neglected Tropical Diseases. – 2017. – V. 11 (4). <https://apps.webofknowledge.com/>
4. **Tickell, K.D.** Identification and management of Shigella infection in children with diarrhoea: a systematic review and meta-analysis [Text] / K.D. Tickell, R.L. Brander, H. E. Atlas, et al // Lancet Global Health. – 2017. V. 5 (12). - P. 1235-1248.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГАЛЯЦИЙ АДРЕНАЛИНОМ ПРИ ОРВИ С РАЗВИТИЕМ ОСТРОГО СТЕНОЗИРУЮЩЕГО ЛАРИНГОТРАХЕИТА У ДЕТЕЙ

З.Э. Эмилбекова¹, Т.К. Аякеев¹, А.Т. Тилекова¹, Д.К. Чыныева¹, Н.О. Мамбетова²

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детских инфекционных болезней

² Республиканская клиническая инфекционная больница,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: проведен сравнительный клинико-лабораторный анализ 64 историй болезней детей в возрасте от 0 до 6 лет, поступивших в РКИБ с ОРВИ и острым стенозирующим ларинготрахеитом (ОСЛТ), которые получали в лечении ингаляции с адреналином. Больные были разделены на 2 группы: I группа – 32 ребенка с ОСЛТ, которые получали ингаляции соляно-щелочные и с гидрокортизоном, II группа – 32 больных с ОСЛТ, получавшие ингаляции с адреналином. При ингаляции с адреналином положительный эффект наступал быстрее, чем при других видах ингаляции. Также развитие пневмонии у детей I группы отмечалось реже, сократились сроки пребывания в стационаре.

Ключевые слова: дети, ОРВИ, ОСЛТ, адреналин, лечение.

БАЛДАРДА КУРЧ КАРМАГАН ДЕМ АЛУУ ОРГАНДАРЫНДАГЫ ВИРУС ЧАКЫРГАН ООРУНУН ТАМАГЫ БУУЛГАН ТҮРҮ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ТҮРҮНДӨ АДРЕНАЛИН ИНГАЛЯЦИЯСЫНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

З.Э. Эмилбекова¹, Т.К. Аякеев¹, А.Т. Тилекова¹, Д.К. Чыныева¹, Н.О. Мамбетова²

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдар жугуштуу оорулар кафедрасы,

² Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: курч кармаган дем алуу органдарындагы вирус чакырган оорунун тамагы буулган түрү (круп) менен, адреналин дармеги менен дем алган (ингаляция) жугуштуу оорулар бейтапканасында дарыланган 0-6 жашка чейинки курактагы 64 бейтаптын бейтап баяны салыштырмалуу клиникалык лабораториялык анализденген. Бейтаптар 2 топко бөлүндү: I топ – туздуу-щелочтук ингаляция жана гидрокортизон менен алган круп синдрому менен 32 бала жана гидрокортизон, II топ – адреналин менен ингаляция алган менен 32 бейтап. Адреналин менен ингаляция алган бейтаптарда ылдамыраак өзгөрүш болгон, башка ингаляция алгандарга караганда. I топтун бейтаптарында өпкөйүн сезгениши азыраак кездешкен жана ооруканада болуу мөөнөтүнүн узактыгы азайган.

Негизги сөздөр: балдар, курч кармаган вирус чакырган дем алуу органдарындагы жугуштуу оорулары, круп синдрому, адреналин, дарылоо.

EFFICACY OF INHALATION WITH ADRENALINE IN ACUTE VIRAL RESPIRATORY INFECTIONS WITH THE DEVELOPMENT OF ACUTE STENOSING LARYNGOTRACHEITIS IN CHILDREN

Z.E. Emilbekova¹, T.K. Ayakeev¹, A.T. Tilekova¹, D.K. Chynyeva¹, N.O. Mambetova²

¹ Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Children's Infectious Diseases

² Republican Clinical Infectious Diseases Hospital
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: A comparative clinico-laboratory analysis of 64 case histories of children, aged 0 to 6 years, entered the RKIB with ARVI, accompanied by acute stenosing laryngotracheitis (ASLT), which were received in the treatment of inhalation with adrenaline. The patients were divided into 2 groups: Group I - 32 children with LSLT who received inhalation saline-alkaline and hydrocortisone, Group II - 32 patients with LSLT who received inhalations with epinephrine. With inhalation with adrenaline, the positive effect was more rapid than with other types of inhalation. Also, the development of pneumonia in children of Group I was less frequent, and the length of stay in the hospital was reduced.

Key words: children, ARVI, LSLT, adrenaline, treatment.

Введение. Обструктивные состояния верхних дыхательных путей на фоне острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) у детей встречаются достаточно часто и могут быть проявлением многих патологических состояний, самым распространенным из которых является синдром крупа [1, 2]. Острый стенозирующий ларинготрахеит (ОСЛТ) один из частых неотложных синдромов, который встречается у детей до 6 лет при ОРВИ. Синдром крупа характеризуется лающим кашлем, осиплостью голоса, стенотическим дыханием, и может привести к развитию гипоксического отека головного мозга ребенка.

ОСЛТ – потенциально жизнеугрожающее состояние, его рациональная фармакотерапия должна быть известна педиатрам и врачам скорой медицинской помощи. Поражения органов дыхания у детей, вызванные респираторными вирусами, являются наиболее актуальной проблемой педиатрии и инфекционной патологии. В этиологической структуре заболеваний с поражением респираторного тракта доминируют как вирусы, так и бактерии, (69,4%), вирулентность которых определяет развитие тяжелых форм болезни и неотложных состояний, в том числе острый стенозирующий ларинготрахеит [3, 4]. Распространенность синдрома крупа на фоне ОРВИ достаточно высока, особенно у детей первых 6 лет жизни. Это связано с анатомо-физиологическими особенностями респираторного тракта: большое количество лимфоидной и рыхлой соединительной ткани в подвязочном пространстве, малые абсолютные размеры гортани, относительно узкий ее просвет, мягкость хрящевого скелета, рыхлый и вытянутый надгортанник. Все это создает особые предпосылки для компонентов стеноза: спазма и отека.

Лечение ОРВИ у детей с синдромом крупа должно быть комплексным и индивидуальным. В него, как правило, входят муколитические, от-

харкивающие, противовирусные, антигистаминные, противоотечные и бронхолитические препараты [1, 5]. Традиционное лечение ОРВИ сводится в основном к симптоматической и посиндромной терапии. До 2012 года для лечения ОСЛТ использовали традиционно соляно-щелочные ингаляции, в последнее время стали применять адреналин ингаляционно.

Целью данного исследования является сравнение эффективности применения ингаляций с адреналином и соляно-щелочным раствором у детей, больных ОРВИ с ОСЛТ.

Материалы и методы

Нами проведен ретроспективный анализ 64 историй болезни детей с ОРВИ и ОСЛТ, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2009 г. и 2017 г. Был проведен сравнительный анализ клинико-лабораторных показателей между двумя группами детей в возрасте до 6 лет, больных ОРВИ и ОСЛТ: I группа – 32 человека, госпитализированных в 2009 г., которые в лечении получали соляно-щелочные ингаляции и ингаляции с гидрокортизоном, II группа – 32 человека, пролеченных в 2017 г., в лечении которых использовали ингаляции с адреналином. В работе использовали эпидемиологические, общеклинические, инструментальные (рентген органов грудной клетки, УЗИ головного мозга) методы исследования. Статистическая обработка полученных результатов проводилась по программе SPSS.

Результаты и их обсуждение

Анализ возрастной структуры детей в сравниваемых нами группах показал, что количество детей до одного года жизни (43,7%;50,0%) и в возрасте от 1 до 3-х лет (56,3%;50,0%) в обеих группах было приблизительно одинаково (рис.1).

По половому распределению в сравниваемых группах преобладали мальчики (67,2%). Анализ места проживания показал, что преобладали городские жители (75,0%;71,9%).

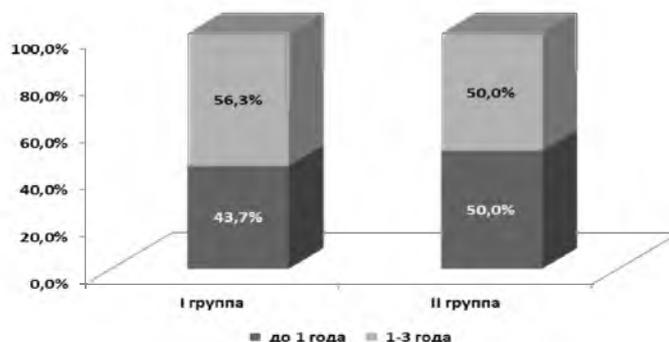


Рис. 1. Возрастная структура детей в сравниваемых группах.

В основном (72,0%), дети из сравниваемых нами групп поступали в первые 3 дня болезни.

Эпидемиологический анамнез показал, что контакт с больным ОРВИ был установлен лишь в

18,8% случаев, у 25,0% больных детей заболевание связывали с переохлаждением. Преморбидный фон у 43,8% больных детей был отягощен анемией. Поступление детей с явлениями ОСЛТ в ранние сроки заболевания, было связано с быстрым прогрессированием признаков стеноза гортани и симптомов дыхательной недостаточности. До поступления в стационар некоторые (25,0%; 37,5%) пациенты из сравниваемых нами групп получали антибактериальную терапию.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела, грубый лающий кашель, осиплость голоса и затрудненное стенотическое дыхание.

В первой группе больных преобладали (рис. 2) дети со среднетяжелой формой (56,3%; 18,8%) болезни, в то время, как во второй группе – тяжелой (43,8%; 81,3%).



Рис. 2. Тяжесть заболевания в изучаемых группах больных детей.

По тяжести состояния 6,0% детей с поступления получали лечение в ОРИТ в связи с развитием дыхательной недостаточности и гипоксического отека головного мозга.

Симптомы интоксикации были в основном выражены умеренно (73,4%), слабо выраженные катаральные явления отмечались у 34,4% больных детей и умеренно выраженные у – 43,8%.

Длительность лихорадочного периода в основном (79,3%) составляла 1-3 дня. Однако, развитие пневмонии (80,%; 46,9%) повлияло на сроки лечения и длительное пребывания детей в стационаре.

Как правило, признаки дыхательной недостаточности (ДН) у больных детей с ОСЛТ появлялись в первые 2 дня от начала болезни. Признаки ДН были отмечены как в I, так и во II группе больных (43,8%; 62,5%). Степень развития ДН

определялась не только выраженностью стеноза гортани, но и присоединением синдрома бронхиальной обструкции, который был выявлен в 12,5% случаев у больных в обеих сравниваемых группах.

Терапия у всех больных включала антибактериальное, патогенетическое и симптоматическое лечение. Антибиотики были назначены большинству (94,0%) больных детей уже с поступления.

Назначение кортикостероидных препаратов зарегистрировано в 73,5% случаев, что было обусловлено тяжестью клинических проявлений стеноза.

Проведена сравнительная характеристика эффективности лечения ОСЛТ с использованием соляно-щелочных ингаляций и ингаляций с адреналином (табл.).

Таблица

Сравнительная характеристика эффективности лечения в изучаемых группах больных детей

Показатели	I группа	II группа	P
Длительность сохранения стеноза (дни)	3,5±1,1	1,5±0,3	P<0,05
Осложнения / пневмония	80,0±7,1%	46,9±8,8%	P<0,05
Дыхательная недостаточность (ДН)	62,5±8,5%	43,8±8,7%	P<0,05
Койко-дни	4,5±1,1	2,5±0,8	P<0,05
Исход болезни: Выздоровление	64,0±8,4%	80,0±7,1%	P<0,05

Анализ полученных данных показал, что длительность сохранения клинических проявлений ОСЛТ у детей с ОРВИ на фоне использования ингаляций с адреналином (3,5±1,1; 1,5±0,3 дней), пребывания в стационаре (4,5±1,1; 2,5±0,8 дней) были достоверно (P<0,05) меньше по сравнению с использованием традиционных соляно-щелочных ингаляций. Также, частота развития таких осложнений, как пневмония (80,0±7,1;

46,9±8,8%) и дыхательная недостаточность (62,5±8,5; 43,8±8,7%), была достоверно (P<0,05) меньше при использовании ингаляций с адреналином. Тогда, как достоверная разница (P<0,05) частоты выздоровления (64,0%; 80,0%) при использовании в лечении ОСЛТ у детей ингаляций с адреналином была выше (рис. 3).



Рис. 3. Исход болезни в изучаемых группах.

Таким образом, применение ингаляций с адреналином в лечении детей, больных ОРВИ с ОСЛТ способствует сокращению длительности клинических проявлений, уменьшению частоты развития осложнений и неблагоприятных исходов, длительности пребывания в стационаре, а также выздоровлению.

Литература

1. Лобушкова, И.П. Синдромальная диагностика дыхательной недостаточности у детей с острым стенозирующим ларинготрахеитом / И.П. Лобушкова, Е.А. Спиридонова // *Детские инфекции*. - 2009. - №3. - С. 59-61.

2. Бакрадзе, М.Д. Рациональная терапия крупа у детей / М.Д. Бакрадзе // *Вопросы современной педиатрии*. - 2007. - №5. - С.32-36.

3. Клиника и диагностика острых стенозирующих ларинготрахеобронхитов у детей при ОРВИ различной этиологии / [В.Ф. Суховецкая и др.] // *Детские инфекции*. - 2007. - №1. - С.10-15.

4. Практическое руководство по детским болезням. Неотложная педиатрия. Под ред. проф. Б.М. Блохина. - М.: Медпрактика, 2005. - 61 с.

5. Клиническая эффективность Кагоцелла при ОРВИ со стенозирующим ларинготрахеитом у детей / [Ф.С.Харламова и др.] // *Детские инфекции*. - 2008. - №4. - С. 28-34.

**ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ДЕТЕЙ
В УКРЕПЛЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ**

Г.С. Чолокова, А.Ш. Камчыбекова

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

Резюме. В статье отражены все ранее изученные материалы на тему гигиенического воспитания детей в организованных коллективах, по материалам отечественных и зарубежных источников.

Ключевые слова: гигиеническое воспитание, уроки здоровья, обучение гигиене полости рта.

**БАЛДАРДЫН ТИШ ДЕН СОЛУГУН БЕКЕМДӨӨ ҮЧҮН
БАЛДАРДЫН ГИГИЕНАЛЫК БИЛИМ БЕРҮҮ**

Г.С. Чолокова, А.Ш. Камчыбекова

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

Кортунду. Макалада ал ички жана тышкы булактардын негизинде, уюшкан топтордун балдардын гигиеналык билим берүү боюнча буга чейин окуган материалдарды чагылдырат.

Негизги: гигиеналык билим берүү, саламаттык сактоо сабактар оозеки гигиенасын үйрөнүү.

**HYGIENIC EDUCATION OF CHILDREN IN STRENGTHENING
THE DENTAL HEALTH OF CHILDREN**

G.S. Cholokova, A.Sh. Kamchybekova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article reflects all the previously studied materials on the topic of hygienic education of children in organized collectives, based on materials of domestic and foreign sources.

Keywords: hygienic education, health lessons, oral hygiene education.

Гигиеническое воспитание – это система привития полезных навыков и на основе знания правил здорового образа жизни и убежденности в необходимости их соблюдения [1].

В стоматологии гигиеническое воспитание играет очень важную роль, так как этиология и патогенез кариеса зубов в значительной мере обусловлены отрицательными привычками человека, связанными с неправильным потреблением сахара, нарушением самоочищения полости рта, недостаточным уровнем гигиены. Гигиеническое воспитание включает два направления – санитарно-просветительскую работу и обучение, и контроль за гигиеной полости рта.

Санитарно-просветительская работа складывается из двух направлений – пропаганды медицинских знаний о здоровом образе жизни, путях и методах сохранения здоровья и агитации населения в необходимости соблюдения правил и методов здорового образа жизни и профилактики болезней [2].

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им

групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают население несмотря на то, что вопросы санитарно-просветительской работы постоянно находятся в поле зрения стоматологов, знания и навыки населения в вопросах физиологии, патологии, профилактики все еще находятся на низком уровне [3, 4, 5, 6, 7]. Это обуславливает нарушение элементарных гигиенических норм и правил ухода за полостью рта и, как следствие, повышение поражаемости кариесом и заболеваемости тканей пародонта [8]. Так, анкетированием было доказано, что значение гигиены полости рта недооценивается не только детьми, но и родителями и педагогами [9, 10, 11, 12]. Вместе с тем, дети стоматологов чаще чистят зубы, реже употребляют сладости, в этих семьях чаще говорят о здоровом образе жизни и значении ухода за зубами [13].

Это, в свою очередь, отражается на более низком уровне поражения их зубов кариесом. В настоящее время положение со стоматологической профилактикой находится в неудовлетворительном состоянии в основном из-за нерешенности организационных проблем [14,15].

Имеющиеся сведения уже на современном этапе позволяют утверждать, что эффективность профилактики кариеса зубов существенно повышается в результате проведения рациональных методов санпросветработы. Так, проведение пяти уроков гигиены в сочетании со специальными методами профилактики позволили авторскому коллективу, возглавляемому профессором Ю.А. Федоровым (1984), снизить у школьников прирост кариеса на 40-50%, однако у учащихся техникума с другим уровнем усвоения – редукция почти в два раза ниже. Реализация с 1962 года гигиенической программы в итальянских школах и дошкольных учреждениях, еженедельное выступление представителя Комитета по государственному радиовещанию и телевидению, подготовка и деятельность 21400 гигиенистов – дали ощутимые профилактические результаты [16]. Причем, участие в воспитательной программе родителей и педагогов дает наилучшие результаты. Доказано, что уже после 2,5 лет планомерной работы у дошкольников вырабатываются тесные связи между знаниями, уровнем гигиены полости рта, привычками в рациональном питании и снижении стоматологической заболеваемости [17]. Сочетание устной информации при проведении санитарно-просветительной работы с видеозаписью, фильмами, слайдами, магнитной записью улучшает клинико-гигиенические результаты [18].

Организации профилактики стоматологических заболеваний среди детского населения посвящены многочисленные работы. Обязательным компонентом любой профилактической программы, ее базисом, является гигиеническое обучение и воспитание населения [19]. Следует отметить тот факт, что большинство отечественных исследователей разрабатывало вопросы и программы по санитарному просвещению и гигиеническому воспитанию среди школьников. Однако вся практика профилактической работы подтверждает тезис – воспитывать в том возрасте, когда воспитание дает наибольший эффект, то есть, как можно раньше. Вопросы гигиенического воспитания детей дошкольного возраста освещены в трудах Г.Л. Кадниковой (1981), В.Г. Сунцова (1984), Н.А. Букреевой (1989), Е.А. Бриль (1995), В.Г. Васильева, Г.В. Саблиной, В.Ю. Лебединского, В.Г. Изатулина (1990), Е.Ш. Мухаметовой (1992). Большой интерес представляют исследования уровня гигиенической культуры взрослых и детей [20, 21, 22, 23, 24, 25].

На основе исследования «Мотивация подростков к повышению уровня здоровья полости рта», результат мотивации к гигиене полости рта зависел от участия в образовательных программах. Среди старшеклассников, не участвовавших в подобных программах, только 25,8% осознавали недостаточность своих санитарно-гигиенических знаний, необходимость их расширения и обновления. Участие в образовательной стоматологической программе с 1 по 3 классы повышало уровень мотивации к профилактике в 2,4 раза (63,2%), участие в программах с 1 по 9 классы – в 3,8 раза (97,2%) [26].

Среди программ профилактики основных заболеваний полости рта образовательные программы становятся основными для повышения мотивации детского и взрослого населения к сохранению и укреплению стоматологического здоровья на протяжении всей жизни [27].

Наиболее удобным для проведения образовательных стоматологических программ является школьный возраст. Установлен, несмотря на позитивные изменения в течение десятилетнего периода наблюдений, низкий уровень санитарно-гигиенических знаний и навыков в области профилактической стоматологии у родителей школьников. В семье родители не могут передать детям модель здоровьесберегающего поведения [28].

В ходе исследования Мусиной Н.Н. также было установлено, что в результате проведения образовательных программ у стоматологических пациентов повысились поведенческие привычки ведения здорового образа жизни и приверженности к выполнению медикаментозных и немедикаментозных рекомендаций по профилактике и лечению заболеваний. Комплексное лечение с применением образовательной программы в условиях стоматологической клиники у пациентов улучшило состояние полости рта. Улучшились гигиенические индексы полости рта ИГР-У, пародонтальные индексы РІ и РМА, а также положительно изменились гигиенические мероприятия по уходу за полостью рта [29]. В странах, где осуществляются программы профилактики, стоматологическая заболеваемость снизилась в 2-4 раза, и дети в возрасте 12 лет имеют индекс КПУ, не превышающий 1,0-2,0.

Так же о немаловажном значении гигиенического воспитания, упоминается в диссертации Е.А. Коростылевой «Медико-социальные аспекты совершенствования амбулаторной стоматологической помощи студенческой молодежи»: Наиболее значимыми факторами риска развития

стоматологических заболеваний являются: низкий уровень гигиенических знаний (показатель относительного риска (ОР) равен 6,36), наличие стоматологических заболеваний у родителей (ОР=2,16), избыточное потребление рафинированных углеводов (ОР=1,87), курение (ОР=1,7) [30].

Немаловажную роль также играет неграмотность населения в отношении стоматологического здоровья. Исходя из результатов исследования нашего соотечественника Баширова М.Б. услугами стоматологических учреждений население пользуется редко. Мотивами обращения к стоматологу в 72,4% является зубная боль, для 39,5% пациентов она носит неотложный характер, поэтому минимальный бюджет гарантированного бесплатного обслуживания должен составлять не менее 40% от общих затрат на лечение [31]. То есть можно сделать вывод, что внедрение занятий по стоматологическому здоровью населения может помочь в грамотности по уходу за полостью рта и приведет к своевременному обращению за первичной стоматологической помощью.

Заключение.

На основе изученных работ, можно сделать вывод, что гигиеническое воспитание населения играет огромную роль в формировании стоматологического статуса у человека и наиболее эффективно внедрение стоматологических образовательных программ в дошкольные и школьные учреждения. К сожалению, литературы касающейся внедрения образовательных программ в сельские местности не удалось найти, поэтому мы считаем, что вопрос остается открытым и необходимым для дальнейшего исследования.

Литература

1. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта первый шаг в профилактике стоматологических заболеваний // «Труды VII Всероссийского съезда стоматологов». - М., 2001. - С. 353-355.
2. Сунцов В.Г., Дистель В.А., Леонтьев В.К. и др. Гигиеническое воспитание населения в системе первичной стоматологической профилактики у детей. Омск, 1992. 124 с.
3. Федоров Ю.А. Гигиенические средства для ухода за полостью рта. Л.: Медицина, 1984. 96 с.
4. Федоров Ю.А. Профилактика заболеваний зубов и полости рта. Л.: Медицина, 1979. 144 с.
5. Федоров Ю.А., Букреева Н.М., Медведевская Н.М., Григорьев В.А. Организация и проведение стоматологической профилактики в условиях крупного города // Компл. лечение и профилактика стом. заболеваний. Киев, 1989. С. 336-337.
6. Федоров Ю.А., Корень В.Н. Основы гигиены полости рта. Л.: Медицина, 1973. 216 с.
7. Федоров Ю.А., Кошовская В.А. Опыт профилактики кариеса зубов у детей школьного возраста // Стоматология. 1979, №4. С. 63-65.
8. Cahen L. Social expectations for oral health: Response of the dental care system // J. Publ. Health Dent. - 1988. - Vol.48. - P. 83.
9. Антонова А.А. Стоматологическая заболеваемость детей Хабаровского края и разработка региональной программы профилактики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1997. 22 с.
10. Бахтурин Г.И. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста Красноярск. Метод. Рекомендации для врачей-стоматологов Красноярск: КрасГМА, 2004. - 21 с
11. Боровский Е.В., Кузьмина Э.М., Васина С.А. и др. Распространенность и интенсивность кариеса зубов и болезней пародонта среди школьников различных регионов страны // Стоматология. 1987. Т.66, №5. С. 82-84.
12. Семенюк Т.Н., Сегень И.Т. Организация первичной профилактики кариеса зубов среди детей раннего возраста новых социально-экономических условиях // Стоматология. 1996. (спец. вып.) С. 18-19.
13. Евстигнеева И.Л., Лукиных Л.М. Эффективность применения контролируемых гигиенических мероприятий полости рта у школьников // Болезни пародонта и слизистой полости рта: Сб. науч. тр. М., 1988. С. 36-88.
14. Живанкова У.Ф., Орехова Л.А., Саленков В.Г. Эффективность уроков здоровья у детей младшего школьного возраста // Вестник Смоленской медицинской академии. Смоленск: СГМА. 2003. - №3. - С. 128-129.
15. Живанкова У.Ф., Лапина Н.Н., Рековец С.В. Особенности гигиенического воспитания школьников // Вестник Смоленской медицинской академии. - Смоленск: СГМА, 2003. №3. - С 138-140.
16. Набатова Т.А. Роль стоматологического просвещения родителей в поддержании здоровья полости рта детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук., Москва 2000, 24 с.
17. Klirnek J., Prinz H., Hellwing E. Effect of a preventive program based on professional teeth cleaning and fluoride applications on caries and gingivitis // Ibid. 1985. P. 295-298.
18. Улитовский С.Б. Гигиена полости рта первый шаг в профилактике стоматологических заболеваний // «Труды VII Всероссийского съезда стоматологов». - М., 2001.-С. 353-355.
19. Разумеева Г.И., Удовицкая Е.В., Букреева Н.М. Первичная профилактика стоматологических заболеваний у детей. Киев: Здоровье, 1987. 150 с.
20. Кадникова Г.И. Внедрение комплексной системы профилактики стоматологических заболеваний у беременных, дошкольников и школьников г. Риги / Г.И. Кадникова, Э.П. Гравите, Л.Х. Барон и др. // Диагностика и лечение болезней зубов и челюстей. 1983. - С. 109-112.

21. Сунцов В.Г., Леонтьев В.К., Дистель В.А. и др. Подходы и пути совершенствования первичной профилактики и лечения начального кариеса зубов у детей // Патогенез, профилактика кариеса зубов и его осложнений: Сб. науч. тр. Омск, 1987. С. 57-85.
22. Букреева Н.М. Организация гигиенического обучения и воспитания детей и подростков в программах комплексной профилактики стоматологических заболеваний: метод. рекомендации.
23. Гигиеническое воспитание детей различного возраста: метод. рекомендации / В.Г. Васильев, Г.И. Саблина, В.Ю. Лебединский, В.Г. Изатулин. - Иркутск, 1990. - 43 с.
24. Мухаметова Е.Ш. Обоснование комплексной профилактики стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста, проживающих в городе с развитой нефтехимической промышленностью: автореф. дис. канд. мед. наук. Казань, 1992. - 21 с.
25. Клементьева И.Ю. Организация первичной профилактики стоматологических заболеваний у детей в Свердловской области: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1994. 16 с.
25. Антонова А.А. Стоматологическая заболеваемость детей Хабаровского края и разработка региональной программы профилактики. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Омск, 1997. - 22 с.
26. Ашевцева С.В. Эффективность индивидуальной гигиены полости рта с использованием различных паст в лечении болезней пародонта. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Минск, 1996. - С.18.
27. Бахтурина Г.И. Организация и проведение профилактики кариеса зубов у детей дошкольного возраста Красноярск. Метод. Рекомендации для врачей-стоматологов Красноярск: КрасГМА, 2004. - 21 с.
28. Лунёва Н.А. Социальный смысл и медицинский эффект стоматологических образовательных программ для школьников. Науч.диссерт. Санкт-Петербург, 2009. - 20 с.
29. Мусина, Н.Н. Повышение эффективности комплексной профилактики соматических и стоматологических заболеваний с использованием образовательных программ: дисс. канд. мед. наук. Уфа, 2007. - 152 с.
30. Коростылева Е. А. Медико-социальные аспекты совершенствования амбулаторной стоматологической помощи студенческой молодежи: дисс. канд. мед. наук. Екатеринбург, 2009. - 202 с.
31. Баширов М.Б. Организационные аспекты профилактики заболеваний зубочелюстной системы стоматологическими учреждениями разных форм собственности: дисс. канд. мед. наук. Душанбе, 2004. - 128 с.

ПОКАЗАТЕЛИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ШКОЛЬНИКОВ ОТ 7 ДО 18 ЛЕТ г. БИШКЕК

Г.С. Чолокова, Д.М. Тыналиева, Р.А. Масаева, Р.С. Абыкеева,
А.Ш. Камчыбекова, С.Т. Абдылдаев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детской стоматологии
(Зав. каф. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено определение показателей стоматологического статуса у школьников г. Бишкек. Дети были распределены по возрасту от 7 до 18 лет. Распространенность кариеса составила $95,5\% \pm 0,98$, интенсивность кариеса постоянных зубов увеличивается с возрастом от $1,81 \pm 0,17$ в 7 лет до $6,64 \pm 1,08$ в 18 лет.

Ключевые слова: кариес, распространенность, интенсивность, прирост интенсивности, школьники.

БИШКЕК ШААРЫНЫН 7-18 ЖАШКА ЧЕЙИН МЕКТЕП ОКУУЧУЛАРЫНЫН
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК АБАЛЫНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Г.С. Чолокова, Д.М. Тыналиева, Р.А. Масаева, Р.С. Абыкеева,
А.Ш. Камчыбекова, С.Т. Абдылдаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдар стоматология кафедрасы
(каф. баш. – м.и.д., доц. Чолокова Г.С.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Коротундуу. Бишкек шаарынын мектеп окуучулар арасында стоматологиялык абалынын көрсөткүчтөрү изилденген. Окуучулар жашы боюнча топтолгон, 7ден 18 жашка чейин. Кариестин таралышы $95,5\% \pm 0,98$ түздү, туруктуу тиштердин кариес интенсивдүүлүгү бойго жеткен сайын көбөйүүдө $1,81 \pm 0,17$ ден 7 жашында $6,64 \pm 0,8$ чейин 18 жашында.

Негизги сөздөр: кариес, таралуусу, интенсивдүүлүгү, интенсивдүүлүктүн өсүшү, мектеп окуучулары.

INDICATORS OF DENTAL STATUS
AMONG SCHOOLCHILDREN FROM 7 TO 18 YEARS OLD IN BISHKEK

G.S. Cholokova, D.M. Tynaliev, R.A. Masaeva, R.S. Abykееva,
A.Sh. Kamchybekova, S.T. Abdylidaev

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Pediatric Dentistry
(Head of the Department, Associate Prof. G.S. Cholokova)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The determination of indicators of dental status among schoolchildren was conducted in Bishkek. Children were distributed by age from 7 to 18 years old. The prevalence of dental caries was $95,5\% \pm 0,98$, the intensity of dental caries of permanent teeth increases with age from $1,81 \pm 0,17$ at 7 years old to $6,64 \pm 0,8$ at 18 years old.

Keywords: Dental caries, Prevalence, Intensity, Gain of intensity, schoolchildren.

Проблема кариеса зубов является одной из наиболее обсуждаемых как среди стоматологов всего мира в целом, так и в Кыргызской Республике. К сожалению, в Кыргызстане заболеваемость кариесом стабильно сохраняется на высоком уровне [1]. В первую очередь это связано с недостатком мер в области профилактики стоматологических заболеваний. В статье рассматривается проблема распространенности и интенсивности кариеса зубов детей г. Бишкек.

Методология проведения работы состоит в статистическом анализе распространенности и интенсивности кариеса зубов у школьников, проживающих в г. Бишкек. В ходе общепринятых клинических методов обследования пациентов мы получили данные, которые были объединены, систематизированы и для наглядности были приведены в виде графиков и диаграмм.

Цель исследования: определение стоматологического статуса у учеников г. Бишкек, в возрасте от 7 до 18 лет.

Материал и методы

Мы провели обследование 946 учеников в возрасте 7-18 лет г. Бишкек. Школьники были распределены на 3 группы: 1 группа – дети в возрасте 7-10 лет, 2 – в возрасте 11-14 лет, 3 – в возрасте 15-18 лет. Для осмотра полости рта использовали обычный набор инструментов: стоматологическое зеркало, зонд и пинцет. Оценку статуса проводили по индексам ВОЗ [2].

Результат фиксировали в «Карте для регистрации данных стоматологического обследования» разработанной ВОЗ. В карту вносили стандартную информацию: пол, возраст, место проживания, время проживания, национальность. А также данные клинической части исследования: внешний осмотр, состояние слизистой оболочки рта, пародонта, некариозные поражения, состояние зубов, челюстно-лицевые аномалии, необходимость в лечении. Распространенность и интенсивность кариеса зубов определяли по индексам КПУ (постоянные), кп (временные), КПУ+кп (постоянные+временные). Анализировали струк-

туры индекса кп по компонентам «к», «п» и индекса КПУ – по «К», «П», «У». Активность кариозного процесса определяли по Чолоковой Г.С. [1].

Гигиену полости рта определяли с помощью индекса Грина-Вермиллиона ОНI-S, признаки заболевания пародонта с – помощью индекса СРI [2]. Регистрировали зубочелюстные аномалии: скученность зубов, наличие промежутков, нарушение прикуса.

Анализ данных исследования проводили на персональном компьютере с использованием программ Microsoft Excel / XP. Исходная информация карт эпидемиологического исследования для анализа результатов была внесена в простые таблицы в формате Excel / XP. Последующий анализ осуществлялся с помощью статистических и математических программ.

Результаты и обсуждение

Обследование учеников 7-18 лет показало следующую распространенность и интенсивность кариеса. Интенсивность кариеса зубов всех обследуемых составила в среднем $6,7 \pm 0,12$, т.е. у каждого ученика по 6-7 зубов поражено кариесом, распространенность кариеса – $95,5 \pm 0,98\%$ и оценивается как высокая

Таблица 1

Интенсивность кариеса зубов у учеников в возрасте от 7 до 18 лет

№	К M±m	П M±m	У M±m	КПУ M±m	к M±m	п M±m	кп M±m	КПУ+кп M±m
946	3,4±0,41	1,6±0,32	0,4±0,15	5,2±0,72	2,1±0,52	0,6±0,11	3,0±0,63	6,7±0,43

Показатель индекса интенсивности временных зубов (кп) намного меньше, чем таковой (КПУ) постоянных зубов (табл. 1). Изучение структуры индекса интенсивности также показало, что «к» ($2,1 \pm 0,52$) и «п» ($0,6 \pm 0,11$) меньше, чем «К» ($3,4 \pm 0,41$) и «П» ($1,6 \pm 0,32$). Это можно объяснить тем, что до 12-13 лет идет родительский контроль и происходит физиологическая смена временных зубов на постоянные.

Из 946 детей в первой группе было 388, во второй – 365, в третьей – 193 школьника. I степень активности кариеса или компенсированная форма была выявлена у 354 (37,4%) детей, II степень активности кариеса (субкомпенсированная форма) – у 491 (51,9%) и III степень активности кариеса (декомпенсированная форма) – у 101 (10,7%) детей (табл. 2).

Таблица 2

Распределение детей по степени активности кариеса

Возраст (лет)	Группа	I степень активности кариеса (кол-во детей)	II степень активности кариеса (кол-во детей)	III степень активности кариеса (кол-во детей)	Всего
7-10	1	129	220	39	388
11-14	2	164	163	38	365
15-18	3	61	108	24	193
		354 (37,4%)	491 (51,9%)	101 (10,7%)	946

Важную роль в профилактике кариеса и болезней пародонта играет гигиена полости рта. Определение индекса гигиены у учеников показало, что в среднем он составляет $1,15 \pm 0,02$, т.е. уровень гигиены удовлетворительный. Цифровые показатели индекса гигиены в зависимости от возраста имеют значения от $0,59 \pm 0,12$ до $1,22 \pm 0,05$.

При изучении состояния пародонта у детей выявлено, что у них в основном определялись секстанты с мягким белым налетом $3,88 \pm 0,07$ и кровоточивостью $6,0 \pm 0,18$. В среднем состояние пародонта по индексу КПИ равнялось $0,98 \pm 0,02$.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что показатель индекса интенсивности временных зубов (кп) намного меньше, чем таковой (КПУ) постоянных зубов, распространенность кариеса высокая $95,5\% \pm 0,98$,

компенсированная форма кариеса выявлена у 37,4%, самая многочисленная субкомпенсированная форма – у 51,9% и декомпенсированная форма у 10,7%, неудовлетворительно проводится санация полости рта у школьников, приводящая к осложненному кариесу.

Литература

1. Чолокова, Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование Национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике / Г.С. Чолокова. – Бишкек, 2014. - 151 с.
2. Леус, П.А. Профилактическая коммунальная стоматология / П.А. Леус. - М.: «Медицинская книга», 2008. - 445 с.

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИСТОПИРОВАННЫХ ЗУБОВ
СРЕДИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

Г.С. Чолокова, Т.В. Насыров, Р.Я. Усманджанов, Ж.Б. Болотбекова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детской стоматологии
(Зав.каф. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье рассмотрена встречаемость дистопии зубов среди детей и подростков в сравнении с другими заболеваниями зубочелюстной системы. Из обследованных 946 школьников дистопия выявлена в 12,06%.

Ключевые слова: дистопия, прорезывание зубов, аномалии.

**БАЛДАР МЕНЕН ӨСПҮРҮМДӨРДҮН АРАСЫНДА
ДИСТОПИЯ ТИШ ПАЙДА БОЛГОН ЖАШТЫК**

Г.С. Чолокова, Т.В. Насыров, Р.Я. Усманджанов, Ж.Б. Болотбекова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдар стоматология кафедрасы
(каф. баш. – м.и.д., доц. Чолокова Г.С.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада тиш системасынын башка ооруларга салыштырмалуу балдар жана өспүрүмдөр арасында дистопия тиш пайда менен байланыштырган. 946 студент сурамжылоого дистопия 12,06% аныкталган.

Негизги сөздөр: дистопия, тиш атылуу, тиш түзүлүшүнүн аномалиялары.

**FREQUENCY OF MEETING OF DISTOTHEDED TEETH
AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS**

G.S. Cholokova, T.V. Nasyrov, R.Ya. Usmanjanov, Zh.B. Bolotbekova
Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Pediatric Dentistry
(Head of the Department, Associate Prof. G.S. Cholokova)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article considers the occurrence of tooth dystopia among children and adolescents in comparison with other diseases of the dentoalveolar system. Of the 946 schoolchildren surveyed, dystopia was detected at 12.06%.

Key words: dystopia, eruption, abnormalities.

Дистопия отдельных зубов встречается в 12-30% наблюдений и составляет 40-60% от числа всех зубочелюстных аномалий [1, 4, 7]. Частоту встречаемости дистопии зубов у детей и подростков изучали многие авторы: [3, 6, 10, 8, 2, 5, 11]. На сегодняшний день дистопия зубов является достаточно распространенной аномалией развития зубочелюстной системы: на 100 детей, обратившихся за ортодонтической помощью, 15-20 имеют аномалию прикуса, осложненную дистопией одного или более зубов [3, 9].

Как правило, дистопия отдельных зубов протекает бессимптомно и диагностируется случайно в результате стоматологического обследования пациента [11].

К дистопии зубов могут приводить эмбриональные, генетические, либо экзогенные факторы. Чаще всего наличие дистопированных зубов обусловлено атипичным формированием зачатков зубов в эмбриональном периоде. Дистопия зубов может быть связана с макродентией, наличием сверхкомплектных зубов в зубном ряду, резкой диспропорцией размеров молочных и постоянных зубов, преждевременным удалением временных зубов, нарушением сроков и последовательности прорезывания некоторых зубов, частичной адентией. Диагностика и лечение пациентов с дистопией зубов является одной из актуальных проблем стоматологии. Это связано, прежде всего с морфологическими функциональными и эстетическими изменениями, возникающими при

отсутствии зуба в зубном ряду, ведущими к нарушению социальной адаптации личности. Для получения хорошего результата лечения требуется комплексный подход, включающий хирургические, ортодонтические и терапевтические этапы.

По результатам исследования д.м.н. Чолоковой Г.С. было выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалий у детей и подростков по Кыргызстану составила 46%, из них аномалии положения зубов 32,4%, аномалии прикуса 3,2% [12].

Из имеющих ЗЧА школьников, получают лечение лишь 0,7%, 0,8% нуждаются в ортопедическом лечении. С возрастом ЗЧА увеличивается, наибольшее число наблюдается в возрасте 17 лет – 63,6%.

Несмотря на многочисленные работы по лечению этой патологии, целый ряд вопросов остается недостаточно изученным и слабо освещенным в литературе.

Цель работы. Учитывая актуальность проблемы, целью настоящего исследования явилось изучение распространенности дистопии зубов у детей и подростков в школе-гимназии №37 г. Бишкек.

Материалы и методы исследования. Нами было осмотрено 946 детей в возрасте от 7 до 18 лет с информированного согласия родителей. Из них мальчиков было 446, девочек – 499, в ортодонтическом лечении нуждалось 446 человек (47,09%).

Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов: 6-9 лет – ранний сменный прикус; 10-12 лет – поздний сменный прикус; 13-15 лет – начало формирования прикуса постоянных зубов; 16-18 лет – постоянный прикус (таблица 1).

Исследование проводилось с применением специально разработанных нами индивидуальных клинико-статистических карт.

Таблица 1

Распределение детей по группам

Группа	Возраст (л)	Количество детей
I	6-9	318
II	10-12	269
III	13-15	183
IV	16-18	176
Итого:		946

Результаты собственных исследований. По данным исследований в первой группе детей от 6-9 лет было осмотрено 318 детей, из которых 151 с ЗЧА, во второй группе 10-12 лет ЗЧА имеют 127

детей из 269, в третьей группе 13-15 лет из 183 выявлено у 83 детей с ЗЧА и в четвертой группе из 176 детей ЗЧА наблюдались у 85 детей (рис. 1).

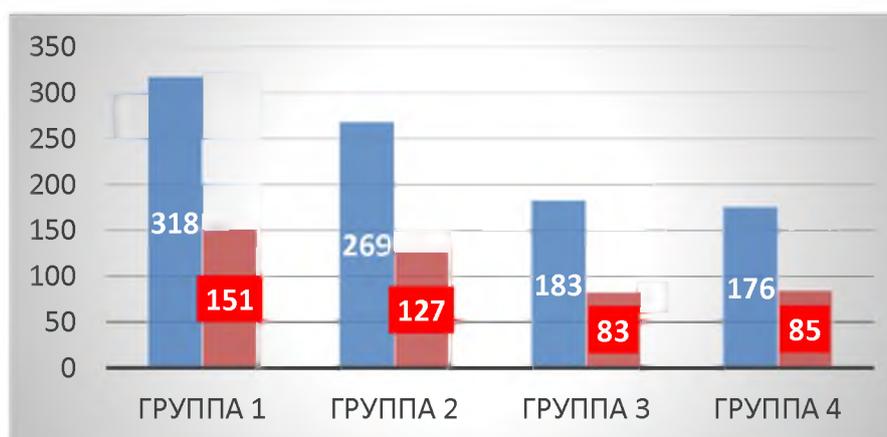


Рис. 1. Распределение ЗЧА по группам.

Возраст детей с дистопией был различным. Наибольшая распространенность отмечалась в возрасте 10-12 лет (15,24%) и в 13-15 лет – 27 детей (14,75%) (табл. 2). Причинами дистопии зубов по данным анамнеза и клинического обследования являлись: сужение зубных рядов (47%), наличие сверхкомплектных зубов (22%), раннее

удаление молочных зубов, без последующего ортодонтического лечения (29%), у 21% причину установить не удалось.

Также дистопированные зубы могут вызвать неправильное положение соседних зубов (прогнатию, ретрузию).

Таблица 2

Распространенность дистопии в разных возрастных группах

группа	кол-во детей с дистопией	девочки	мальчики
I	21 (6,6%)	13	8
II	41 (15,24%)	19	22
III	27 (14,75%)	15	12
IV	25 (14,2%)	12	13
Итого:	114 12,06%	59	55

Все выше перечисленные факторы определяют необходимость профилактических и лечебных мероприятий, обеспечивающих создание условий для нормального и своевременного прорезывания комплектных зубов.

Исследование показали, что среди детей и подростков ШГ №37 города Бишкек аномалии зубочелюстной системы довольно частое явление.

Выводы. Результаты наших исследований показали высокую частоту распространенности зубочелюстных аномалий (47,09%), из них дистопии (12,06%). Исследование показывает, что проблема дистопии зубов занимает одно из ведущих мест среди зубочелюстных аномалий, что требует своевременного посещения врача. Выявление и лечение данной патологии способствует предотвращению развития осложнений и вторичных деформаций. В настоящее время необходимость в своевременной профилактике и лечении аномалий зубочелюстной системы сильно возросла. Ранняя диагностика зубочелюстных аномалий и их своевременное лечение предупреждают стойкие нарушения прикуса и изменения лица, а также общие расстройства организма.

Таким образом, проведенное исследование указывает на высокую потребность в ортодонтической помощи детям и подросткам.

Литература

1. Андерсон, Х.А. Аномалии положения отдельных зубов и методы их лечения /Х.А. Андерсон // Вопросы ортодонтии. - Рига, 1961. - С. 169-181.
2. Вакушина, Е.А. Распространенность нарушений окклюзии /Е.А. Вакушина // Новое в теории и практике стоматологии: Сб. научных трудов. - Ставрополь, 2007. - С. 244-248.

3. Жигурт, Ю.Л. План и прогноз лечения при ретенции зубов: Автореф. дис. канд. мед. наук / Ю.Л. Жигурт. - АО «Стоматология». -М., 1994. - 23 с.
4. Каламкар, Х.А. Возможности, прогноз и планирование ортодонтического лечения зубочелюстных аномалий /Х.А.Каламкар //Стоматология-1976. - №5. - С. 52-58.
5. 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.
6. Степанов Г.В. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта / В.Г. Степанов. - М., 2000. - 328 с.
7. Хорошилкина, Ф.Я. Основы конструирования и технология изготовления ортодонтических аппаратов / Ф.Я. Хорошилкина, Ю.М. Малыгин. - Медицина, 1982. – 264 с.
8. Хорошилкина, Ф.Я. Показания к частичному шлифовыванию эмали зубов при ортодонтическом лечении / Ф.Я. Хорошилкина //Новое в стоматологии. - 1997. -Вып. 1 (51). - С.147-155.
9. Шук, М. Клинико-рентгенологическая диагностика и аппаратно-хирургическое лечение ретенции клыков: Автореферат дисс.канд. мед.наук /М Шук. - Тверь. - 2004. - 21 с.
10. Darendeliler, M. Treatment of an impacted canine with magnets /M. Darendeliler, J. Friedli // JCO. - 1994. - Vol. 28. - №11. - P. 639-643
11. Kim, K. Personal computer-based three-dimensional computer tomographic images of the teth for evaluation supernumerary of ectopically impacted teeth / K. Kim, A. Ruprecht // Angle Orthod. - 2003. - Vol. 73. - №5 - P. 614-621
12. Морфологическая и функциональная характеристика периодов развития прикуса детей и подростков: методические рекомендации / [Г.С. Чолокова и др.]. – Бишкек: КГМА. -2017. - 26 с.

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ АНОМАЛИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ
И ПОДРОСТКОВ ШКОЛЫ-ГИМНАЗИИ №37 ГОРОДА БИШКЕК**

И.М. Юлдашев, Т.В. Насыров, Р.Я. Усманджанов, Ж.Б. Болотбекова

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

Кафедра детской стоматологии

(Зав. каф. – д.м.н., доц. Чолокова Г.С.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье проведен сравнительный анализ зубочелюстных аномалий, выявленных у детей и подростков школы-гимназии (ШГ) №37 города Бишкек. Отмечается тенденция к росту зубочелюстных аномалий в зависимости от возраста пациента. Выявлено, что наименьшее число аномалий наблюдается у детей во временном прикусе, а наибольшее в постоянном прикусе. Сделаны выводы о необходимости совершенствования профилактической работы, а для этого включение врача-ортодонта в профилактические осмотры, проводимые в детских коллективах, а так же формирование и ведение диспансерных групп на ортодонтическом приеме, с целью снижения роста зубочелюстных аномалий.

Ключевые слова: Зубочелюстные аномалии, временный прикус, ранний сменный прикус, постоянный прикус, профилактическая работа, распространенность, дети.

**БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ № 37 МЕКТЕП-ГИМНАЗИЯСЫНЫН БАЛДАР ЖАНА
ӨСПҮРҮДӨР АРАСЫНДА ТИШ АНОМАЛИЯЛАРДЫН ЖАЙЫЛТЫЛЫШЫ**

И.М. Юлдашев, Т.В. Насыров, Р.Я. Усманджанов, Ж.Б. Болотбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

балдар стоматология кафедрасы

(каф. баш. – м.и.д., доц. Чолокова Г.С.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Бишкек шаарындагы № 37 мектеп-гимназиядагы балдар жана өспүрүмдөр арасында орто аныкталган тиш түзүлүшүнүн аномалияларынын салмыштырмалуу анализи өткөрүлгөн. Пациенттин жашына жараша тиш түзүлүшүнүн аномалияларынын көбөйүү тенденциясы бар. Бул кичине убактылуу тиштөө-жылы балдардын аномалиялар саны, ошондой эле туруктуу тиштөө ири экендиги кийинки жылдарда ачыкка чыккан. алдын алуу иштерин жакшыртуу зарылдыгы жөнүндө тыянак жана балдар топтору жүргүзүлгөн алдын ала текшерүү боюнча кошуу ортодонт, ошондой эле тиш түзүлүшүнүн аномалиялардын өсүшүн кыскартуу максатында диспансердик топторду түзүү жана жүргүзүү, кабыл алуусуна эм.

Негизги сөздөр: Тиш түзүлүшүнүн аномалиялары, убактылуу кылуулар, алгачкы аралаш билүү, туруктуу билүү, алдын алуу иштери, балдардын таралышы.

**PREVALENCE OF DENTAL ANOMALIES AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS AT
SCHOOL-GYMNASIUM №37 IN BISHKEK**

I.M. Yuldashev, T.V. Nasyrov, R.Y. Usmandjanov, J.B. Bolotbekova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,

Department of Pediatric Dentistry

(Head of the Department, Associate Prof. G.S. Cholokova)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The results of the study of patients with, dentoalveolar anomalies applied to the orthodontist in anomalies detected in children and adolescents of school №37 in Bishkek.

There is a tendency to growth of dentoalveolar anomalies depending on the age of the patient. It is revealed that the children during the period of temporary occlusion have the least number of dentoalveolar anomalies and the largest number in the permanent dentition period. The need to include a visit to the orthodontist in the preventive examinations for children and to make the dispensary groups were identified for reduce the number of dentoalveolar anomalies.

Key words: Dentofacial anomalies, temporary bite, early bite, constant bite, preventive work, prevalence, children.

Актуальность работы. Зубочелюстные аномалии способствуют ухудшению стоматологического здоровья граждан, нанося медицинский, социальный и экономический ущерб обществу [1, 2, 4]. Раннее удаление временных и постоянных зубов является этиологическим фактором формирования деформаций зубных рядов, а также наряду с развитием морфологических и функциональных нарушений ведет к изменениям речевой эстетики и артикуляции [3, 5, 6, 7, 8].

В условиях высокого и всевозрастающего уровня ортодонтической заболеваемости населения особую актуальность имеет целенаправленное снижение уровня патологии и решение задач совершенствования ортодонтической помощи детям.

Однако, несмотря на всеобщее признание необходимости профилактики, раннего выявления и лечения зубочелюстных аномалий многие вопросы в организации ортодонтической службы остаются нерешенными.

Данные о распространенности и структуре зубочелюстных аномалий и дефектов зубных рядов определяют показания к лечению и объем лечебно-профилактических мероприятий в исследуемом регионе.

По результатам исследования д.м.н. Чолоковой Г.С. было выявлено, что распространенность зубочелюстных аномалий (ЗЧА) у детей и подростков по Кыргызстану составило 46%, из них ано-

малии положения зубов 32,4%, аномалии прикуса 3,2%. Из имеющихся ЗЧА школьников, получают лечение лишь 0,7%, 0,8% нуждаются в ортопедическом лечении. С возрастом ЗЧА увеличивается, наибольшее число наблюдается в возрасте 17 лет – 63,6% [10].

Цель работы. Учитывая актуальность проблемы, целью настоящего исследования явилось изучение распространенности зубочелюстных аномалий и дефектов зубных рядов у детей Бишкекской школы-гимназии (ШГ) №37, а также оценить состояние ортодонтической помощи населению для выявления дальнейших перспектив ее развития и разработки комплекса мероприятий по ее улучшению.

Материалы и методы исследования. Обследованные дети были разделены на 4 возрастные группы в соответствии с этапами формирования прикуса временных и постоянных зубов в связи с имеющимися рекомендациями 6-9 лет – ранний сменный прикус; 10-12 лет – поздний сменный прикус; 13-15 лет – начало формирования прикуса постоянных зубов; 16-18 лет – постоянный прикус.

Исследование проводилось с применением специально разработанных нами индивидуальных клинико-статистических карт.

Нами было осмотрено 946 детей в возрасте от 7 до 18 лет из них мальчиков 446, девочек 499, в ортодонтическом лечении нуждаются 446 человек (47,1%).

Таблица 1

Распределение детей с ЗЧА по возрастным группам

группа	Возраст (л)	Количество детей	ЗЧА
I	6-9	318	151 (47,48%)
II	10-12	269	127 (47,21%)
III	13-15	183	83 (45,35%)
IV	16-18	176	85 (48,3%)
Итого:		946	446 (47,1%)

Как видно из таблицы 2 основная часть нуждающихся в ортодонтическом лечении приходит на 16-18 лет. Наиболее часто встречающаяся патология это диастема 17,03%, затем скученность зубов нижней челюсти 15,34%. Дистопия 12,06%; глубокий прикус 11,64%; скученность зубов обеих челюстей 5,71%; скученность зубов верхней челюсти 5,296%; тораномалия 4,02%; прогения 3,7%; прикус перекрестный 2,433%; открытый прикус 2,1%; аномалии размера и формы зубов 1,69%; прогнатия 1,27%.

Результаты исследований показали высокую частоту распространения ЗЧА (47,09%). Мы счи-

таем, что профилактические мероприятия, в целях стимуляции саморегуляции зубочелюстных аномалий, должны проводиться у детей в период временного прикуса, для устранения аномалий без ортодонтической аппаратуры, так как исходя из наших данных приведенных в таблице №1, частота патологий в начале формирования постоянного прикуса снижается с 47,48% до 45,35%, а затем вновь увеличивается в постоянном сформированном прикусе до 48,3%. Полученные данные свидетельствуют о необходимости в увеличении кадрового обеспечения врачами-ортодонтами.

Распространённость ЗЧА в различные возрастные периоды

группа	Возраст (лет)	Нуждаемость в ортодонтическом лечении 47,1%	Аномалии размера и формы 1,69%	Дистопия 12,06%	Тортоаномалия 4,02%	Диастема 17,03%	Скученность верхней челюсти 5,296%	Скученность нижней челюсти 15,34%	Скученность верхней и нижней челюсти 5,71%	Прикус перекрестный 2,433%	Прогнатия 1,27%	Прогения 3,7%	Глубокий 11,64%	Открытый 2,12%
I	6-9 318	47,48% 151	1,57% 5	6,6% 21	5,34% 17	31,76% 101	8,18% 26	19,5% 62	5% 16	4,4% 14	1,88% 6	6,92% 22	14,46% 46	3,77% 12
II	10-12 269	47,21% 127	1,11% 3	15,24% 41	1,49% 4	9,66% 26	5,2% 14	12,26% 33	5,58% 15	1,11% 3	1,11% 3	2,98% 8	9,3% 25	1,48% 4
III	13-15 183	45,35% 83	3,27% 6	14,75% 27	6,55% 12	12% 22	3,27% 6	14,75% 27	3,8% 7	2,73% 5	1,1% 2	1,09% 2	11% 20	1,1% 2
IV	16-18 176	48,3% 85	1,136% 2	14,2% 25	2,84% 5	6,8% 12	4,54% 8	13,06% 23	9,1% 16	0,56% 1	0,57% 1	1,7% 3	10,8% 19	1,13% 2

Выводы.

1. Выявлен крайне низкий уровень аппаратурного лечения и профилактического протезирования, а также необходимость при проведении плановых осмотров в школах и детских дошкольных учреждениях более активно выявлять детей и подростков, нуждающихся в ортодонтическом лечении, а не работать только по обращаемости, что снизит процент перехода патологии в тяжелые формы.
2. Увеличить охват детского населения необходимой ортодонтической помощью. Именно в этом возрасте устранение причинных факторов, нормализация сменного прикуса при лечении зубочелюстных аномалий не требует использования сложных устройств, что позволяет
3. Следует также расширить санитарно-просветительную работу среди населения и в средствах массовой информации (радио, телевидение, печать) по пропаганде здорового образа жизни, своевременному выявлению и лечению аномалий зубочелюстной системы, целесообразности профилактического протезирования.

Литература

1. Недбай, А.А. Диагностика и лечение ретенции резцов / А.А. Недбай, В.А. Кукушкин, А.А. Айвазян // *Ортоденг-Инфо*. - 2001. - №2. - С. 35-37.
2. Васильев, В.Г. Взаимосвязь кариеса, преждевременного удаления временных зубов и зубочелюстных аномалий у детей 6-11 лет г. Читы /

- В.Г. Васильев, Е.А. Матвеева // *Сибирский медицинский журнал (г. Иркутск)*. - 2009. - Т. 86, №3. - С. 61-64.
3. Борчалинская, К.К. Влияние экологических факторов на эффективность профилактики стоматологических заболеваний у детей: автореф. дис.канд. мед.наук. / К.К. Борчалинская. - М., 2003. - 28 с.
4. Гонцова, Э.Г. Возрастные изменения частоты зубочелюстных аномалий у детей дошкольного возраста / Э.Г. Гонцова // *Тез.докл. XII областной конф. стом-гов. Омск, 1982*. - С. 54-56.
5. Гринин, В.М. Системные вопросы оценки качества оказания стоматологической помощи населению / В.М. Гринин, Н.Н. Преддеченский // *Стомат. для всех*. - 2004. - №1. - С. 28-29.
6. Джобирова, М.Ж. Распространенность аномалий и деформаций зубочелюстной системы у детей г. Турсунзаде / [М.Ж. Джобирова и др.] // *Материалы I съезда (конгресса) стоматологов Таджикистана. Душанбе*. - 2006. - С. 377.
7. Камышева, Л.Е. Клинико-морфологическая характеристика ретенированных резцов и клыков верхней челюсти / [Л. И. Камышева и др.] // *Новое в стоматол.* - 1994. - №3. С. 38.
8. Секлетов, Г.А. Особенности лечения тортоаномалий центральных верхних резцов, причиной которых явились сверхкомплектные зубы / Г.А. Секлетов // *Стоматология*. 2003. - Т. 82, №6. - С. 59-62.
9. Чолокова, Г.С. Клинико-эпидемиологическое обоснование национальной программы профилактики стоматологических заболеваний у детей и школьников в Кыргызской Республике / Г.С. Чолокова. - Бишкек, 2014. - С. 56-57.

К 45-летию курса усовершенствования врачей
по специальности анестезиология и реаниматология

**ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ
КАФЕДРЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ И РЕАНИМАТОЛОГИИ
КЫРГЫЗСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА
ПЕРЕПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**
А.А. Шерова¹, А.К. Молдоташова¹, М.М. Касымов¹, Г.У. Толбашиева², М.М. Акимов¹

¹ Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Статья об истории становления службы анестезиологии и реаниматологии в Кыргызской Республике.

Ключевые слова: анестезиология и реаниматология, усовершенствования врачей, переподготовка.

**КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК КАЙРА ДАЯРДОО ЖАНА
АДИСТИКТИ ЖОГОРУЛАТУУ МЕДИЦИНАЛЫК ИНСТИТУТУНУН
АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ ЖАНА КАЙРА ЖАНДАНДЫРУУ КАФЕДРАСЫНЫН ТАРЫХЫ**
А.А. Шерова¹, А.К. Молдоташова¹, М.М. Касымов¹, Г.У. Толбашиева², М.М. Акимов¹

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу медициналык институту

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада Кыргыз Республикасынын анестезиология жана кайра жандандыруу адистигинин тарыхый өөрчүшү жөнүндө жазылат.

Негизги сөздөр: анестезиология жана кайра жандандыруу, дарыгердик адистикти жогорулатуу, кайра даярдоо.

**HISTORY OF CREATING AND FORMATION OF ANESTHESIOLOGY
AND REANIMATOLOGY DEPARTMENT OF THE KYRGYZ STATE MEDICAL INSTITUTE
OF RETRAINING AND IMPROVING QUALIFICATION**

A.A. Sherova¹, A.K. Moldotashova¹, M.M. Kasymov¹, G.U. Tolbashieva², M.M. Akimov¹

¹ Kyrgyz state medical institute of retraining and improving qualification

² Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: An article about the history of the formation of the service of anesthesiology and resuscitation in the Kyrgyz Republic.

Key words: anesthesiology and resuscitation, improvements in physicians, retraining.

Прошло 45 лет с того момента как в 1973 году при Центральной научно-исследовательской лаборатории Кыргызского государственного медицинского института был организован доцентский курс усовершенствования врачей по специальности анестезиология и реаниматология на базе клиники общей хирургии РКБ МЗ КР.

Необходимость в специализации врачей анестезиологов Кыргызстана послужила возникшая потребность хирургии в современных методах обезболивания и интенсивной терапии для внедрения сложнейших хирургических операций на

различных органах (легких, сердце, ЖКТ, эндокринных органах, опорно-двигательного аппарата и др.).

Немного истории, предшествующей созданию специализированного курса по анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане.

Начало планомерного развития анестезиолого-реанимационной службы в бывшем Советском Союзе следует отнести к 1956 году – к моменту издания приказа МЗ СССР №139 от 9 июля 1956 г. и, дополнявшего его циркулярного письма №01-23/12 от 8 сентября 1958 г., в соответствии с которым в

стране были созданы первые анестезиологические отделения. В то время их организация была возможна только в крупных научно-исследовательских институтах и немногих лечебных учреждениях.

Следует отметить, что в конце 50-х и начале 60-х годов XX столетия хирурги РКБ МЗ КР Круглова Е.А., Бадалова И.П. и Филатова А.Б., темой своих научных работ избрали вопросы обезболивания. Сами они не стали анестезиологами, но своим трудом показали необходимость выделения специальных врачей, которые занимались бы вопросами защиты больных от боли во время операций.

Человеком, который дал толчок развитию анестезиологии в Кыргызстане был выдающийся хирург – академик И.К.Ахунбаев. Этому способствовало тесное сотрудничество с ведущим научным учреждением России – Институтом грудной хирургии АМН СССР, который возглавлял с 1955 по 1967 гг. крупнейший хирург, пионер сердечно-сосудистой хирургии, академик, президент АМН СССР (1953-1960) Александр Николаевич Бакулев. Кардиохирургия и современная анестезиология – две отрасли клинической медицины, которые возникли и развивались в Кыргызстане в одно время.

В 1958 году, по инициативе профессора И.К.Ахунбаева бригада врачей из клиники общей хирургии РКБ была командирована в Институт грудной хирургии АМН СССР (Москва) для освоения методов диагностики врожденных и приобретенных пороков сердца (в том числе катетеризация полостей сердца), искусственного кровообращения, гипотермии, современного обезболивания и хирургического лечения кардиологических больных. В состав этой группы вошел хирург Михаил Григорьевич Фингер, на которого легла обязанность освоения современных методов анестезии. М.Г. Фингер стал первым врачом-анестезиологом в Кыргызстане, отдавшим много сил для организации и становления службы анестезиологии-реаниматологии в том числе и для создания учебной базы для подготовки врачей этой специальности [1].

К началу 1963 года, в Кыргызстане сформировались три базы на которых вскоре стала возможной первичная специализация врачей-анестезиологов и медсестер-анестезисток на рабочем месте. Это были: клиника общей хирургии РКБ МЗ КР, онкоинститут и тубинститут г. Фрунзе.

В 1963 году по инициативе Министерства здравоохранения Кыргызской республики в РКБ МЗ КР (главный врач Рафибеков С.Д.) было органи-

зовано первое отделение анестезиологии, состоящее из 3-х врачей (Ежов В.М., Шкурова Р.Ш., Косачевская Р.Ц.). Руководителем этого отделения был назначен Фингер Михаил Григорьевич.

М.Г. Фингером и его последователями началось освоение, внедрение в практику и совершенствование современных методов хирургического обезболивания. Пионерами новой профессии были врачи: В.М. Ежов, Р.Ш. Шкурова, Р.Ц. Косачевская, А.А. Шерова, В.И. Пестов, А.И. Шевчук, А.А. Ершов, А.Я. Кагарлицкий, В.И. Бреев, А.Ш. Шаршеев, Э.М. Герасимов, Э.Ф. Орехова, К.В. Татаренко, А.Г. Ганжа, А.А. Покровский и другие. Именно эти врачи внесли огромный вклад в дело воспитания первого поколения анестезиологов страны [2].

К 1968 году в Кыргызстане количество врачей анестезиологов увеличилось до 50, а медсестер до 117 человек. Все это позволило организовать службу анестезиологии и реаниматологии в 31 лечебно-профилактическом учреждении республики.

В 1966 г. М.Г. Фингер успешно защитил диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук по теме: «О значении артериальной гипертензии во время наркоза и операции». Это была первая научная работа в Кыргызстане выполненная врачом-анестезиологом и посвященная проблемам осложнений наркоза. В 1967 г. М.Г. Фингер был избран ассистентом, а в 1969 г. доцентом кафедры общей хирургии Киргизского государственного медицинского института по специальности анестезиология и реаниматология.

1969 год можно считать годом, когда в КГМИ появился первый доцент по анестезиологии (к.м.н. М.Г.Фингер) и с этого года студентам медицинского института стала преподаваться новая наука – анестезиология и реаниматология врачом-профессионалом, имевшем к тому времени 10-летний опыт работы по специальности!

В эти годы, под руководством М.Г. Фингера, проводились научные работы анестезиологами А.А. Шеровой, Р.Ц.Косачевской, А.И. Шевчук, М.Е. Радзивилловской. Так А.А. Шерова занималась исследованием кислотно-щелочного состояния и свертывающей системы крови при алкоголь-новокаиновом наркозе. Результаты этой работы были доложены на первом заседании научного общества анестезиологов Кыргызстана, организованного в 1968 г. и опубликованы в материалах Второго Пленума Правления Всесоюзного общества анестезиологов-реаниматологов (Тбилиси 1968 г.). В этом же году (1968) анестезиологами-реаниматологами клинки общей хирургии в сборнике, изданном в честь 60-летнего

Юбилея профессора И.К. Ахунбаева, было опубликовано 12 научных статей, посвященных актуальным проблемам: геморрагическому, травматическому шоку, проблемам искусственного кровообращения, острой дыхательной недостаточности, алкогольно-новокаиновому наркозу. В 1969 году анестезиологи клиники принимали активное участие в организации и работе анестезиологической секции Первого съезда хирургов Кыргызстана [3].

Развитию научных исследований по проблемам реанимации и анестезиологии в 60-х годах способствовали организованные И.К.Ахунбаевым совместно с профессором – патофизиологом Г.Л.Френкелем экспериментальные работы на собаках. Для этих целей в подвальном помещении клиники общей хирургии была развернута и оснащена необходимой аппаратурой операционная, где отрабатывались практические и изучались теоретические вопросы, связанные с запросами клиники. Так М.М.Мухамедзиев, А.А.Шерова, Т.Д.Савранова занимались проблемами искусственного кровообращения; М.Г.Фингер, А.А.Шерова - анестезиологическим обеспечением операций на сердце; Н.И.Ахунбаева, М.Г.Фингер - гетеротрансфузионным шоком и др. Результаты этих работ, наряду с фундаментальным исследованием проблемы шока, были обобщены в монографии И.К.Ахунбаева и Г.Л.Френкеля «Очерки по шоку и коллапсу» (1967), удостоенной Государственной премии Кыргызстана. Таким образом, возникла теоретическая база, на основе которой стало возможным создание Кыргызской школы анестезиологов и реаниматологов.

Прошло 10 лет с появлением службы анестезиологии и реаниматологии. К 1969 году стало очевидным, что для дальнейшего развития новой медицинской специальности необходимы новые организационные формы и дальнейшее укрепление, и развитие материально - технической базы. Вслед за вышедшим приказом МЗ СССР № 605 от 19 августа 1969 года, в Кыргызской Республике издается приказ МЗ КР (министр здравоохранения КССР Петросьянц В.А.) №225 от 20 октября 1969 года «О мерах улучшения анестезиолога - реанимационной службы в республике». В приказе были опубликованы новые штатные нормативы: численность врачебных штатных единиц по республике увеличилось до 171,5 единиц, сестринского медперсонала до 343,5 единиц, младшего мед. персонала до 38 единиц. В результате внедрения в жизнь основных положений нового приказа в крупных боль-

ницах республики (500 коек и более) были организованы отделения интенсивной терапии, и отделения (или группы) анестезиологии в больницах меньшей мощности реорганизованы в отделения анестезиологии и этим было положено начало единой анестезиолого-реанимационной службы Кыргызстана [4].

Таким образом, в начале 70-х годов штат анестезиологов Кыргызстана значительно увеличился (до 200 человек), поэтому возникла острая необходимость не только проводить специализацию врачей по анестезиологии на рабочем месте, но решить вопрос о повышении квалификации. Кроме того, в эти годы стала быстро развиваться новая отрасль медицины – реаниматология и интенсивная терапия. Кыргызстану требовались специалисты анестезиологи-реаниматологи не только для нужд хирургических отделений, но и для оказания реанимационной помощи и интенсивной терапии больным из других отраслей медицины – терапии, неврологии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, неонатологии, инфекционных болезней и др. Все это требовало создания специальной учебной базы.

В 1973 году при Центральной научно-исследовательской лаборатории Киргизского государственного медицинского института (зав. доц. Чотоев Ж.А.) был организован доцентский курс усовершенствования врачей по специальности анестезиология и реаниматология на базе клиники общей хирургии РКБ МЗ КР.

История курса анестезиологии и реаниматологии – это прежде всего история деятельности людей, ее создававших, их научные и творческие достижения, их повседневный труд. Первым руководителем доцентского курса ФУВ стал главный специалист МЗ КР по анестезиологии-реаниматологии, председатель научного общества анестезиологов-реаниматологов Кыргызстана – доцент М.Г. Фингер. Вместе с М.Г. Фингером у истоков создания курса ФУВ, а в последствии кафедры стояли Мунькин Л.М., Зольман Г.Е., в последующие годы Абдурахманова Ш.О., Шерова А.А.

Тематикой первых обучающих циклов были общие и частные вопросы анестезиологии и реаниматологии, а также актуальные проблемы специальности. Как правило первичная специализация продолжалась 1-2 месяца. Лекции читались традиционным методом, курсанты закреплялись за операционными и участвовали при выполнении анестезиологических пособий при различных операциях. Они участвовали в обходах больных и обсуждениях историй болезней. Ассистенты курса ФУВ курировали и принимали участие в

выполнении анестезиологических пособий в различных отделениях. Так Абдурахманова Ш.О. курировала операции на сосудах, Шерова А.А. операции на сердце и легких, Зольман Г.Е и Мунькин Л.М операции на ЖКТ и т.д. Курс анестезиологии и реаниматологии ФУВ все эти годы не имел специализированной современной клинической базы, что затрудняло процесс подготовки врачей. Несмотря на это, преподаватели курса прилагали все усилия для обеспечения нормальной учебной работы [4].

В 1976 году, при непосредственном участии доцента М.Г.Фингера, в клинике общей хирургии РКБ МЗ КР было открыто отделение реанимации и интенсивного лечения на 12 коек (зав. отд. В.М. Ежов), в состав которого входила лаборатория экспресс-диагностики (зав. лаб., к.м.н. Радзивиловская М.Е.). Курсанты ФУВ и студенты получили возможность обучаться на базе, по своему оснащению не уступающей ведущим клиникам СССР. Доцент М.Г. Фингер ежедневно проводил утренние конференции по разбору историй болезни с коллективом анестезиологов РКБ и работниками доцентского курса. Он выполнял обходы, консультации больных и выполнял анестезиологические пособия. Отделение было укомплектовано современными аппаратами для искусственной вентиляции легких, гипотермии, кардиостимуляторами, дефибрилляторами, монитором «Салют», электрокардиографами, электротермометрами, вакуумными и электрическими отсосами, наркозными аппаратами, искусственной почкой и многими другими. Для обеспечения безопасности оперативного вмешательства на легких анестезиологи клиники при непосредственном участии преподавателей курса осваивали и внедряли новые методики: отдельную интубацию бронхов различными двухпросветными трубками, инъекционную бронхоскопию, различные методы ухода за трахеобронхиальным деревом и ИВЛ, высокую эпидуральную анестезию для операционного и послеоперационного обезболивания, иглорефлексотерапию для стимуляции кашля и улучшения дренажной функции легких и др. При операциях на грудной аорте стали применять наружную гипотермию, как средство защиты от гипоксии; при операциях на почечных сосудах – внутрисосудистую и регионарную гипотермию; методы эксфузии реинфузии и аутогемотрансфузии; регионарное искусственное кровообращение при ишемии нижних конечностей; при операциях резекции печени – наружную гипотермию и управляемую гипотонию. В кардиохирургии, совместно с перфузио-

логами, осваивали бескровное и гемодиллютационное искусственное кровообращение, коронарную перфузию для защиты миокарда на период асистолии при внутрисердечных этапах операций, методы фармакологической кардиopleгии и др. Одновременно внедрялись новые способы сбалансированной внутривенной анестезии (нейролептаналгезия, атаралгезия, центральную анальгезия) наркоз кетамин, оксибутиратом натрия, современными наркотическими анальгетиками (дипидолор, норфин, трамал, лексир, мардол и др.) и осваивали новые миорелаксанты (ардуан, павулон, тракриум). Таким образом, через преподавателей ФУФ курсанты на практике знакомились с современными методами анестезии и достижениями стремительно развивающейся науки об интенсивной терапии критических состояний.

В 1976 году курс анестезиологии и реаниматологии, входивший в состав кафедры общей хирургии КГМИ, выделен в самостоятельный, а в 1987 г. преобразован в кафедру анестезиологии-реаниматологии КГМИ. Заведующим курсом и кафедры был назначен доц. М.Г. Фингер (одновременно он исполнял обязанности заведующего курсом анестезиологии и реаниматологии ФУВ). Первыми ассистентами, которые работали и на ФУВ и преподавали студентам КГМИ стали кандидаты медицинских наук – А.А. Шерова, А.Ш. Шаршеев и врач Ш.О. Абдурахманова. К этому времени все ассистенты прошли школу последипломного обучения в аспирантуре или ординатуре в Москве. А.Ш. Шаршеев успешно окончил аспирантуру в лаборатории анестезиологии (зав. д.м.н. проф. Г.В. Гуляев) Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (директор академик АМН СССР проф. Н.Н. Блохин) и в 1973 г. защитил диссертацию на тему: «Управляемая гипотония комбинированным применением препаратов для нейролептаналгезии и фторотана при травматических оперативных вмешательствах в онкологии». А.А. Шерова защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук в ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР в г. Москве в 1975 г. Ш.О. Абдурахманова окончила 2-х годичную клиническую ординатуру по анестезиологии и реаниматологии в ИССХ им. А.Н. Бакулева АМН СССР. Позже в состав кафедры вошли: ассистенты Б.Н. Тартаковский, Л.В. Щербак, У.Алиев, С.А. Шапиро; совместителями работали опытные врачи – Г.Е. Зольман, Л.М. Мунькин, Б.К. Кубадаева, У.Н. Калдарбеков, В.В. Аджибекова, каждый из которых в разные годы прошёл повышение квалифи-

кации на факультетах усовершенствования врачей в Москве, Ленинграде, Минске, Новокузнецке и др. Все ассистенты, выполняя педагогическую нагрузку, вели большую лечебную и консультативную работу в клиниках города и по линии санитарной авиации, проводили анестезиологические пособия в операционных различных хирургических отделений: А.А. Шерова и С.А.Шапиро – в кардиохирургии; Ш.О. Абдурахманова в сосудистой хирургии; А.Ш. Шаршеев и Б.Н. Тартаковский в отделении реанимации [5].

Под руководством М.Г. Фингера проводились научные работы посвященные: комплексной терапии разлитых гнойных перитонитов (М.Г. Фингер, А.А. Шерова); разработке методов эпидуральной анестезии (Л.М. Мунькин, Г.Е. Зольман, А.Ш. Шаршеев); методов анестезиологической защиты при операциях на сердце (М.Г. Фингер, А.А. Шерова); интенсивной терапии (ИТ) при тяжелой черепно-мозговой травме (А.Ш. Шаршеев); изучению морфологических изменений печени в зависимости от метода анестезии (Г.Е. Зольман); высокочастотной ИВЛ (Б.Н. Тартаковский) и др.

В 1977 году, по инициативе М.Г. Фингера, при отделении реанимации клиники им. И.К. Ахунбаева было открыто отделение гипербарической оксигенации (ГБО). Кыргызские реаниматологи получили возможность лечить больных с тяжелыми гипоксическими состояниями, а курсанты ФУВ познакомится с передовым для того времени методом оксигенобаротерапии. В последствии этот метод стал применяться в больших городах Кыргызстана.

В 1989 г. доценту М.Г. Фингеру присвоено звание профессора по специальности анестезиология-реаниматология. В эти годы кафедральными работниками были выпущены методические пособия для студентов и врачей: «Современные методы активной детоксикации организма» (А.Ш. Шаршеев, 1988); «Острая дыхательная недостаточность» и «Анестезиологическое пособие при кесаревом сечении» (А.А. Шерова 1990); опубликовано более 300 научных статей; проведено пять республиканских, городских и выездных конференций по различным актуальным проблемам анестезиологии-реаниматологии. На курсе усовершенствования врачей за эти годы получили специализацию и усовершенствование более 500 врачей; клиническую ординатуру окончили более 20 врачей. Профессор М.Г. Фингер 33 года трудовой деятельности посвятил анестезиологии-реаниматологии, из них 15 лет он руководил курсом на ФУВ, а затем и кафедрой анестезиологии и реаниматологии КГМИ. Он пользовался

огромным авторитетом среди профессионалов в бывшем СССР. Он был отцом анестезиологии и реаниматологии Кыргызстана, много сил отдавшем делу воспитания первых поколений врачей анестезиологов-реаниматологов.

В 1992 году вышел приказ (постановление Правительства Кыргызской Республики от 17 ноября 1992 года №568) об организации Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (РЦНПМ и ФР). Доц. А.А. Шерова в 1993г. была проведена приказом ректора Чубакова Т.Ч. на должность заведующей доцентским курсом анестезиологии и реаниматологии РЦНПМ и ФР, который располагался на базе клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР.

90-е годы – годы перестройки были сложными для медицины, а для анестезиологии-реаниматологии особенно трудными. Наркозно-дыхательная, диагностическая аппаратура старела и приходила в негодность; остро ощущались перебои со снабжением лекарственных средств; увеличился отток квалифицированных кадров; наступил информационный голод. Однако усилиями сотрудников 2-х кафедр анестезиологии и реаниматологии КГМА (зав. каф. доц. Шаршеев А.Ш.) и РЦНПМ и ФР (зав. доц. курсом Шерова А.А.), и врачей отделения анестезиологии и реаниматологии, были внедрены методы: катетеризации подключичной, внутренней яремной и бедренных вен; катетеризации грудного лимфатического протока; лимфодренаж и лимфосорбция; катетеризации лимфатических протоков стопы и интранодулярное введение антибиотиков и др. лекарственных средств; субокципитальная пункция спинно-мозгового канала для промывания и измерения ликворного давления; эндолюмбальное и интракоротидное введение антибиотиков; методы проводниковой анестезии; пункция и катетеризация эпидурального пространства в шейном, грудном отделе; сакральная анестезия; катетеризация эпидурального пространства на двух уровнях при операциях на брюшной аорте; эпидуральная анестезия традиционными и современными наркотическими анальгетиками (морфием, морфилом, фентанилом, дипидололом); длительная эпидуральная анестезия для снятия болевого синдрома при остром инфаркте миокарда, облитерирующих эндоартериитах, множественных переломах ребер, в послеоперационном периоде и для выполнения симпатической блокады у больных с астматическим статусом и др. В эти годы изучались и внедрялись современные методы детоксикации: гемосорбция, ксеносорбция с использованием свиной селезенки, различные

виды плазмофереза, ультрафильтрация, непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия; ультрафиолетовое облучение крови, внутривенная, чрезкожная и внутриполостная лазерная терапия (А.Ш. Шаршеев, А.А. Шерова, Л.Г. Гапоян, Б.Н. Тартаковский, Ж.Б. Бошкоев) [6].

В 1996 г. заведующей доцентским курсом анестезиологии-реаниматологии Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) была назначена А.А. Шерова, а Шаршеев А.Ш. переведен на должность зав. курсом в РЦНПМ и ФР. В 1997 г., ввиду реорганизации в КГМА, доцентский курс вошел в состав кафедры общей хирургии и анестезиологии, которым руководил проф. Х.С. Бебезов. Штат курса пополнился молодыми преподавателями (ассистенты – А.С. Джуманалиева, А.Ж. Баялиева, Л.Г. Цай, позже Е.Г. Логачева, Э.А. Кутанов). В 1999 г. А.С. Джуманалиева защитила диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук на ученом совете КГМА по теме: «Применение низкоэнергетического лазерного излучения в комплексе защиты от операционного стресса в условиях высотной гипоксии».

В 1999 году к.м.н. Ж.Б. Бошкоев, после окончания в Москве очной докторантуры в НИИ клинической онкологии ОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН (Научные консультанты д.м.н. проф. А.И. Салтанов, д.м.н., проф. М.И. Давыдов), защитил диссертацию на соискание степени доктора мед. наук на тему: «Проблемы ранней постнаркозной адаптации у онкологических больных». Ассистент А.Ж. Баялиева защитила в 2001 году на Ученом совете Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН (Москва) кандидатскую диссертацию на актуальную для практической анестезиологии тему: «Акселеметрическая оценка действия миорелаксантов при операциях на щитовидной железе» (руководители Х.С. Бебезов и А.И. Салтанов).

В 1999 году доцентский курс ФУВ был преобразован в кафедру анестезиологии-реаниматологии и скорой помощи при РЦНПМ и ФР в КГМИ, руководителем которой назначен д.м.н., проф. Ж.Б. Бошкоев. Задачи кафедры расширились. Помимо последипломной специализации по анестезиологии-реаниматологии и повышения квалификации врачей, кафедра стала обучать клинических ординаторов и интернов. Ежегодно на кафедре и выездных циклах проходят специализацию и усовершенствование десятки врачей из разных регионов Кыргызстана и прилежащих районов Казахстана. Сотрудниками кафедры в разные годы были: доценты – А.Ш. Шаршеев,

Э.М. Герасимов, К.С. Сарбанова, А.Я. Кагарлицкий, А.А. Шерова; ассистенты – Л.С. Уткунчиева, И.Э. Вагимов, У.А. Исмаилова, Д.С. Мамбеталиева, З.К. Сейталиева, Р.М. Хантимеров, Е.Г. Логачева.

На кафедре проводились исследовательские работы по оптимизации анестезиологического обеспечения операций на различных органах; интенсивной терапии больных черепно-мозговой травмой, острых нарушениях мозгового кровообращения, разрабатываются методы детоксикации, внедряются безопасные методы послеоперационного обезболивания, проводниковой анестезии в микрохирургии и проктологии; новые наркотические препараты, нейропротекторы, антигипоксанты, совершенствуются методы антибактериальной терапии при сепсисе и др.

Под руководством профессоров Ж.Б. Бошкоева и И.С. Фунлоэра в 2004 году ассистент И.Э. Вагимов защитил диссертацию на соискание звания кандидата медицинских наук на тему – «Особенности анестезиологического пособия при операциях по поводу эхинококкоза лёгких». Выпущены две монографии: «Раннее посленаркозное восстановление» (Ж.Б. Бошкоев с соавторами, Москва, 2000 г.) и «О развитии анестезиологии и анестезиологах Кыргызстана» (А.А. Шерова, Бишкек, 2008 г.).

Сотрудники кафедры проводили и проводят большую работу по последипломному обучению в интернатуре (1 год) и ординатуре (2 года). Количество студентов, желающих получить специальность врача анестезиолога-реаниматолога в Кыргызстане с каждым годом растет. Кафедра столкнулась с трудностями, связанными с отсутствием в институте собственных клинических баз. На базе клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР находятся кафедры анестезиологии и реаниматологии трех ВУЗов, на которых проходят обучение в общей сложности более 60 клинических ординаторов. Кафедра вынуждена принимать совместителями опытных врачей медицинских учреждений г. Бишкека, областных и районных центров для того, чтобы обеспечить ординаторов полноценной практикой, необходимой для получения специальности. Следует отметить, что несмотря на то, что ежегодно 9-13 и более ординаторов получают сертификат врача анестезиолога-реаниматолога и от 65 до 95 врачей проходят переподготовку и усовершенствование на кафедре, отдаленные районы республики не укомплектованы штатом анестезиологов-реаниматологов.

С 2013 года помимо первичной специализации по анестезиологии и реаниматологии (продолжительность – 3,5 месяцев), организованы одномесячные циклы усовершенствования: «Избранные вопросы анестезиологии и реаниматологии»; «Неординарные ситуации в анестезиологии»; «Патофизиология критических состояний»; «Актуальные вопросы анестезиологии и реаниматологии»; «Анестезия и интенсивная терапия в педиатрии»; «Анестезия и интенсивная терапия в акушерстве и гинекологии». Последние годы на кафедре проводятся тематические двухнедельные циклы: «Актуальные проблемы нейроанестезии и нейрореанимации»; «Особенности анестезии и интенсивной терапии в неонатологии»; «Современные методы инфузионной терапии и нутритивной поддержки»; «Лечение острой и хронической боли».

В 2015 году заведующей кафедры анестезиологии и реаниматологии КГМИПиПК назначена доцент А.А. Шерова, а с 2017 года к.м.н. Молдоташева А.К. На кафедре работают: профессор Бошкочев Ж.Б., доц. Шерова А.А. и Кагарлицкий А.Я., асс. Касымов М.М., Турдушева Д.К., к.м.н. Тольбашиева Г.У., Хантемиров Р.М., Шабданова Ж.Т., Кабылов Ю.С., Мамбеталиева Д.С., Арзыкулов З.С., Кенеш уулу Казыбек, Джунусова В.Т., Исаев С.С., Бекманбетова С.А., Керимкулов Б.А., Кабулова Г.С., Садабаев Р.А., Турдалиева Б.Т.

В последние годы, согласно условиям Болонской декларации, при реализации многоступенчатой структуры послевузовского профессионального образования следует исходить из необходимости сохранения и поддержания высокого уровня фундаментальной, естественно-научной и гуманитарной подготовки специалистов медицинских факультетов. Именно с учетом этого принципа сформулирована парадигма медицинского образования XXI века как создание системы, обеспечивающей переход от принципа образования «на всю жизнь» к принципу «через всю жизнь».

Важным является развитие системы непрерывного медицинского образования, которая подразумевает непрерывное обновление знаний, умений и навыков врача. Получение новых теоретических знаний может быть оценено с помощью так называемых кредитных баллов, которые назначаются врачу при его участии в профильных научных конференциях и семинарах, выступлениях с докладами, написании научных статей и др. Основополагающая и объединяющая все прочие образовательные технологии «Концепция обучения человека в течение всей его

профессиональной жизни» получила наименование «Непрерывное профессиональное развитие (образование)» и стала одной из основных доктрин организации и развития образования XXI века.

В связи с этим, введение коротких тематических 2-х недельных тематических циклов обучения на ФУВ (72 часа или 72 кредит-часов), позволит врачу обновлять свои знания не один раз в 5 лет как было все годы, а гораздо чаще. Врач должен накопить 250 кредит-часов (приказ МЗ КР), распределенных равномерно по годам и подтвержденных документально, т.е. 50 кредит-часов в течение 1 года. Накопив этот объем кредит-часов (знаний и умений), врач-специалист анестезиолог-реаниматолог может быть допущен к экзамену для подтверждения профессиональной компетенции.

Необходимость накопления требуемых кредит-часов для разрешения аттестации на получение врачебной категории, должна стимулировать врачей к получению дополнительных знаний на кафедрах ФУВ КГМИПиПК, к участию в семинарах, симпозиумах, съездах и др. образовательных мероприятиях. Так будет выполняться переход от принципа образования «на всю жизнь» к принципу «через всю жизнь». Конечно, мы столкнемся и уже столкнулись с большими трудностями в выполнении этих принципов. Низкая зарплата врачей (нищенская по сравнению с Европой), дорогие авиабилеты, не укомплектованность рабочих мест анестезиологами не позволят врачам активно участвовать в образовательных мероприятиях, а, следовательно, и в накапливать необходимые кредит-часы. Опыт показывает, что врачи отдаленных районов республики на 2-х недельные тематические циклы практически не приезжают («желание есть, а денег нет!»), так как, хотя зарплата на время учебы сохраняется, но расходы на дорогу, проживание врач должен тратить из собственного бюджета. Что бы решить эту проблему на кафедре планируется организация дистанционных форм обучения и консультирования, выездные курсы обучения. Преподаватели кафедры проводили и проводят большую работу по чтению лекций в различных медицинских учреждениях Бишкека и в других городах страны. Поездки по республике финансируются спонсорами, которых с каждым годом все труднее найти. За последние 3 года выполнено более 25 выездов в города Кыргызстана с лекциями по актуальным вопросам анестезиологии и интенсивной терапии (г. Ош, Джалал-Абад, Кызыл-Кыя, Токмок, Кант, Кара-Кол, Сузак, Ноокен, Нарын, Балыкчы, Чолпон-Ата и др.).

Преподавателями кафедры за последние годы опубликовано более 40 статей и 2 практических пособия для врачей анестезиологов-реаниматологов. Научные направления касаются: оптимизации обезболивания во время различных операций и в переоперационном периоде; внедрению новых методов искусственной вентиляции; неотложной помощи при неотложных состояниях в акушерстве; вопросов интенсивной терапии в нейрохирургии; нутритивной поддержки хирургических больных; вопросам истории развития анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане и др. Выпущены методические пособия: «Анестезиологическая и реанимационная помощь при критических состояниях в акушерстве» (Мамбеталиева Д.С., и др., 2014 г.); «Рекомендации по ведению пострадавших вследствие тяжелых сочетанных травм» (Молдоташова А.К., 2014 г.).

Сотрудники кафедры повышают свою квалификацию, принимая участие в конгрессах, съездах, конференциях республиканского и международного значения. Доц. Шерова А.А. была участником – Международного конгресса реаниматологов (Италия, г. Рим, 2011 г.); 14-го Съезда федерации анестезиологов и реаниматологов России (г. Казань, 2014 г.); Международного конгресса анестезиологов-реаниматологов (г. Барселона, 2014 г.) и кардиохирургов (г. Астана, 2017 г.). Профессор Бошкоев Ж.Б. был участником Международного съезда анестезиологов в Корее, г. Хейм, 2014 год. Активное участие приняли преподаватели кафедры в организации и проведении Республиканских научно-практических конференций: “Актуальные вопросы анестезиологии и ИТ” (г. Чолпон-Ата, 2012 г.); Международная научно-практическая конференция анестезиологов-реаниматологов КР “Избранные вопросы анестезиологических пособий и проблемы искусственного питания в практике интенсивной терапии” (г. Ош, 2014 г.); Конференция, посвященная памяти профессора М.Г. Фингера (Бишкек, 2014 г.) и доцента А.Ш. Шаршеева (Бишкек, 2015).

Заключение: 2018 год – год 25-летнего Юбилея Кыргызского государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации и 45-летия создания сначала курса анестезиологии ФУВ при КГМИ, а затем кафедры анестезиологии и реаниматологии в КГМИПиПК, которая является главным центром подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов в Кыргызстане. За эти годы сотрудниками кафедры подготовлены тысячи врачей для здравоохранения Кыргызстана, разработаны и внедрены современные методы анестезии и интенсивной терапии, что дало возможность успешно развиваться современной хирургии и другим смежным дисциплинам. Сотрудники кафедры анестезиологии и реаниматологии КГМИПиПК всегда были инициаторами и исполнителями передовых методик, что спасло тысячи жизней тяжелых больных.

Литература

1. Фингер, М.Г. *О состоянии и перспективах дальнейшего развития анестезиологии в Кыргызстане. Сборник научных трудов, посвященных 60-летию член-корр. АМН СССР, проф. И.К. Ахунбаеву / М.Г. Фингер. - Том 67. - Фрунзе, 1970. - С. 123-127.*
2. Шерова, А.А. *Развитие анестезиологии и реаниматологии в клинике им. И.К. Ахунбаева и Национальном госпитале МЗ КР за 40 лет / А.А. Шерова, А.Ш. Шаршеев // Сборник развития хирургии в Кыргызстане. - Бишкек, 1998. - С. 350-393.*
3. Шерова, А.А. *История анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане. Хирургия Кыргызстана / А.А. Шерова. - Бишкек, 1999. - С. 20-29.*
4. Шерова, А.А. *Прошлое и настоящее анестезиологии и реаниматологии Кыргызстана / А.А. Шерова // Материалы I Республиканской научно-практической конференции анестезиологов реаниматологов Кыргызстана. - Чолпон-Ата, 2000. - С. 4-14.*
5. Шерова, А.А. *История развития анестезиологии и реаниматологии в Кыргызстане XX век / А.А. Шерова. - Бишкек, 2008. С. 100-124.*
6. Шерова, А.А. *О развитии анестезиологии и реаниматологии Кыргызстана / А.А. Шерова. - Бишкек, 2008. - С. 173.*

ИНТЕНСИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОВ-МЕДИКОВ ИНОСТРАННОМУ ЯЗЫКУ

Г.С. Замалетдинова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены современные методы обучения специалистов медиков иностранному языку. Дана специальная модель обучения.

Ключевые слова: интенсивное, иностранный язык, специальная модель.

АДИСТЕР-МЕДИКТЕРДИ ЧЕТ ТИЛГЕ ИНТЕНСИВДҮҮ ОКУТУУ

Г.С. Замалетдинова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Макалада адистер-медиктерди чет тилге окутуунун заманбап ыкмалары көрсөтүлгөн. Окутуунун атайын модели сунушталган.

Негизги сөздөр: интенсивдүү, чет тил, атайын модель.

INTENSIVE FOREIGN LANGUAGE TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS

G.S. Zamaletdinova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
(rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article deals with modern of foreign languages teaching to medical specialists. There is given special model of teaching.

Key words: intensive, foreign languages, special model.

Обучение специалистов иностранному языку в сжатые сроки (3-6 месяцев) предусматривает решение ряда важнейших психологических: лингвистических и методических проблем.

Рациональные пути и приемы, используемые нами с целью реализации многообразных компонентов указанных проблем, позволяют обучающимся практически овладеть иностранным языком.

Достижение практического овладения иностранным языком подразумевает прежде всего прочные знания, умения и навыки специалистов-медиков в области доминирующей формы устной коммуникации профессиональной диалогической речи. В пользу такой формы общения говорит и сама деятельность профессионала особенно врача. Поэтому очень важно так организовать обучение медиков по иностранному языку, чтобы оно могло полностью обеспечить как ведение расспроса больного в поликлинике, стационаре, или на дому, так и беседы со средним и младшим медицинским персоналом. Кроме того необходимо овладеть и чтением для извлечения информации из письменных иностранных источников (оригинальные медицинские журналы,

проспекты лекарств и т.д.) и в определенной степени – письмом для ведения документации, принятой в медицинской практике за рубежом.

Отрицательное влияние на усвоение иностранного языка оказывают возрастные особенности памяти и привычки опираться не на слуховое, а на зрительное восприятие учебного материала.

При организации ускоренного обучения возникают дополнительные трудности, связанные с учетом условий будущего общения врачей с пациентами, которые часто не будут в достаточной степени владеть языком-посредником. Отсюда врач должен обладать большой гибкостью при пользовании иностранным языком. В ряде случаев у нашего врача могут возникнуть трудности в понимании иноязычной речи пациента из-за различных грамматических, а главным образом, фонетических искажений, особенности в области ритма.

При общении с пациентами, врачами, средним и младшим персоналом немаловажное значение имеет умение специалистов владеть основами эмфатической интонации с тем, чтобы даже с помощью элементарных лексико-грамматических средств добиваться требуемой реакции на свое высказывание или приказание.

Таким образом, организация процесса ускоренной подготовки по иностранному языку в описанных условиях требует разработки специальной модели обучения, позволяющей, с одной стороны, успешно преодолевать трудности, связанные с психологическими особенностями обучаемых с особыми условиями их (обучения, со спецификой их будущей работы, а с другой стороны, эффективно опираться на положительные стимулы, возникающие в результате большой потребности у специалистов в практическом использовании иностранного языка.

Создание модели «обучения, охватывающего весь курс ускоренной языковой подготовки, требует:

- а) выделение наиболее типичных ситуаций общения, а именно «врач пациент», «врач мед. персонал», «врач-врач» для установления необходимого уровня владения устной речью,
- б) отбор лексико-грамматического материала, обеспечивающего общение в вычлененных типичных ситуациях;
- в) приемы ускоренного обучения диалогической речи, способствующие использованию всех положительных факторов (наличие четких установок, конкретность ситуаций и др.), и нейтрализующие отрицательные моменты (в том числе наличие состояния заторможенности, при пользовании иноязычной устной речью, отсутствие у обучаемых достаточной филологической подготовки и среды изучаемого языка);
- г) построение общей схемы организации процесса ускоренного обучения с подразделением его на соответствующие этапы, отражающие связь между тематикой, языковым материалом и развитием умений и навыков диалогической речи для профессионального общения.
- д) проверку эффективности разработанных приемов применительно к различным исходным уровням подготовки обучающихся.

В результате решения основных проблем ускоренного обучения иностранным языкам специалистом, разработаны и рекомендуются для успешного внедрения в педагогический процесс:

- 1) предварительные срезы – установление у обучающихся, уровня владения языком с целью:
 - а) определение степени умения осознанно конструировать предложения;
 - б) определения степени понимания различных вопросов и распоряжений на иностранном языке;
 - в) определения степени умения вести иноязычную профессиональную беседу.

Во время снятия срезов предварительно устанавливается и тип структуры характера обучающего в связи с установкой, а именно: цельный гармоничный с динамической установкой, конфликтный со статической установкой, переменный с переменной установкой. Полученные сведения помогают создавать благоприятную психологическую атмосферу. Последняя становится еще более эффективной при применении достижений психологии труда и психотерапии, а также основных положений общей психологии.

Корреляция между вышеперечисленными психологическими аспектами с опорой на основные требования психолингвистики, психологии речевой деятельности и теории коммуникации создаст необходимые психологические предпосылки для стройной организации обучения в ускоренные сроки

2) Типовые схемы расспроса пациентов, созданные сначала на русском языке после изучения обширной медицинской литературы, консультаций со специалистами, личного присутствия на беседах врачей в раз личных поликлиниках и больницах г. Бишкек и анализа многочисленных бесед.

Сопоставление полученных данных со сведениями, почерпнутыми из специальной, английской, американской, немецкой и др. иностранной литературы, привело к созданию следующих типовых схем расспроса пациента на английском языке

В поликлинике:

- a) Introduction (введение).
- b) Passport Dale (паспортные данные).
- c) Complaints (жалобы).
- d) Present History (анамнез заболевания).
- e) Past History (анамнез жизни).
- f) Physical Examination (физикальные исследования).
- g) Prescriptions and Instruction (назначения и рекомендации).

В больнице

- a) Introduction (введение).
- b) Complaints (жалобы).
- c) Present History (анамнез заболевания).
- d) Physical Examination (физикальные исследования).
- e) Prescriptions and Instructions (назначение и рекомендации).

При этом на дому у больного используется такая же схема расспроса, как и в больнице.

Отобранный для вычлененных профессиональных ситуаций общения материал на английском языке, включающий и необходимые добавление к общим схемам (в зависимости от того, специа-

лист какого профиля ведет расспрос) был подвергнут качественному и количественному анализу. Полученные объективные данные позволяют рекомендовать следующие основные варианты вопросов пациентов-иностранцев с некоторым учетом их возможного культурного уровня.

I. Вопросы врача для диалога “врач-пациент” в поликлинических условиях

Introduction

1. Come in, please! (Come in, come in, You may. Yes, yes).
2. How do you do! (Good morning (afternoon, evening)!)!
3. Do you speak English? (Can you speak English? Do you understand English?)
4. Would you mind sitting with your face to the window? (Do sit down! Sit down, please Sit down)
5. Next, please (Next).
6. Will you wait a minute, please? (Wait a minute, will you? Wait a moment, please. Wait in the corridor! Wait!)
7. You should not open the door! (Don't open the door, please. Don't open the door!)

Passport Data

1. What's your full name! (What's your surname? What's your Christian name?)
What's your first name? What's your second name (family name?)
2. How old are you? (Would you kindly tell me your age? Your age)
3. Will you tell me your permanent address? (Your address, please. Where do you live? Where is your house? Do you live in X? Is X. far from here? In what street do you live?)
4. Would you like to tell me about your occupation? (What is your occupation? Your occupation, please? What do you do? Where do you work? Your profession? Where is your work? You don't work, do you? Do you work?)
5. Are you married or single? (divorced, widowed)? (Have you a wife husband)? Have you family? How many children have you (have you got)? Tell me, how many people there are in your family?)
6. Would you mind telling me what your nationality, please? Your nationality? Are you Nupe or Hausa? Nupe?
7. What's your education? (Your education, please? Your education? Did you go to school? Can you read and write?)
8. If you are a minor, please, tell me, who is legally responsible for you.

Complaints

1. What are you complaining of? (What do you complain of? Your complaints, please? What troubles you? What exactly is the trouble? What's wrong? Have you had any pain? Where?)

Present History

1. Where do you feel the pain? (Is it painful here? That painful? Show me the exact point, please).
2. Have you been ill for a long time? How long? (How long have you felt pains here? How many days? A month? A week?)
3. What kind of pain? (Is your pain (cough, etc.) constant, severe, mild, etc.?) (with or without intervals?) Is your pain cramping? (burning, stabbing, etc.) Bad?
4. Does the pain occur before or after eating? (When does the pain begin? When do you feel the pain?)
5. Where does the pain radiate to? (Does the pain radiate? Where to? Where else do you feel pains?)
6. When did you first notice the symptoms? (When did you fall ill?) When did you first feel bad (unwell, dizzy, ect.)
7. How did the disease develop? (Did you begin to feel worse? In order, please.)
8. What makes you feel better? (In what position do you feel better? What helps you? Show me, please.)
9. Tell me, please, did you take any drug (medicine)? (Did you take any pills?)
10. What drug (medicine) did you take in? (What were they? Give me the name of the drug (medicine))
11. Did it relieve your symptoms? (Did you feel better after tablets (powder)? Did the drug help you? What drug (medicine helps you?)
12. Have you ever been injured, etc? [Were you injured? Were you operated on? Had you any injuries? Are you after any operation. After an operation?]
13. Did you seek medical advice (Did you consult any doctor? Did you go to see a doctor?)
What was his diagnosis? (What did he say?)

Past History

1. Were you in good health before? (Had you any illnesses before? Were you ill any time ago?)
2. How did you develop as a child? (Were you a normal child? Had you rachitis?)
3. Are you the eldest in your family? (What child are you (the first, second, third, etc.)? What diseases did you have in your childhood (when you were a child)? Had you scarlet fever (mumps, etc.?)
4. What diseases had you in your teens and later on? [What illnesses did you have at the age, say, 16, 17 ... (when you were 16, 17...)?]

5. Did you suffer from any grave diseases? (Have you ever had tuberculosis or syphilis (infectious diseases, heart attacks, fits, fainting spells, etc.))
 6. And any of your relatives?
 7. When did it happen? (When was it When?)
 8. Would you tell me about any complications you had? (Had you any complications after your illnesses? Shall I explain to you what complication means?)
 9. Did you undergo any operations? (Were you operated on?)
 10. Would you kindly tell me about your living conditions? [What living conditions have you? Have you good or bad conditions? Do you live in a good house?]
 11. You don't earn much, do you? [How much money do you earn? Your wages (salary)? How much money do you get?]
 12. You don't smoke, do you [Are you a heavy smoker? Do you smoke?]
 13. Have you a good appetite? [Is your appetite good?]
 14. What about alcohol? [Do you drink any whisky, beer, etc.?]
 15. Do you suffer from cough? [(Do you cough) Sweat, etc.?]
 16. Are you troubled with palpitations? (shortness of breath, etc.) [Do you get short of breath? Are you short of breath when you work (run, sit)?]
- Physical examination**
1. Open your mouth, will you? [Open your mouth, please. Open your mouth.]
 2. Put out your tongue. [Stick out your tongue. Show me your tongue. Just your tongue.]
 3. Your tongue is rather coated. [Your tongue is not clean]
 4. Say 'ah' please. [Say after me: ah'. Ah', please.]
 5. Turn your head, will you? [With your head to the window. Look at the door (window).]
 6. Try to swallow. [Swallow, please. Do like that, please]
 7. Follow my finger with your eyes. [Look at my finger. Don't move your head but follow my finger to the right. Now, to the left, up, down]
 8. Have you a good eyesight (hearing)? [Have you good eyes (good ear)?]
 9. Come here if you can. [Here, please.]
 10. Try to relax, please. [Be quiet].
 11. Let me feel your pulse. (Put your hand on the table, please).
 12. Will you stand still? [Stand still, please].
 13. Don't move your shoulders. [Don't move]
 14. I am going to examine you. [I'll examine you].
 15. Strip to the waist, please [Take your clothes (things) off. Undress].
 16. Unfasten your top clothes, please. [Just remove your shirt, will you? Your shirt]
 17. Would you breathe deeply? [Breathe deeper. Breathe].
 18. Try to take a deep breath, please. [Again. Breathe in]
 19. Breathe out please. [breathe out].
 20. Turn your back on me, please, [with your back to me]. Your back, please. Turn round please].
 21. Have a cough. [Cough, please. Cover your mouth when coughing!]
 22. Would your mind bending over? Bend over, please.
 23. Lie down on the couch, please. [Lie down here (there)]
 24. Try to lie down flat on your stomach (Just on your back (side))
 25. Do bend your arm (leg). Bend your arm, please.
 26. Do like this! [Stretch your arm, please.
 27. Do like this! [Stretch your arm (leg), please. Stretch your arm, (leg)].
 28. Keep your arm (leg) quite limp, will you
 29. Does this hurt you? [It hurts? Painful?]
 30. Do sit up. [Just sit up].
 31. You may put your clothes on. [You may dress. Dress, please].
 32. Let me measure your blood pressure. [Bare your arm, please. Give me your hand. Sit still].
 33. Clench your teeth, will you? [Just clench your teeth].
- Prescriptions and instructions**
1. I suspect you have... [My diagnosis is ... You have...]
 2. I'll prescribe some medicine (tablets, pills, powder, a gargle, drops, etc.) for you. [Here is a certain kind of medicine (a bottle with liquid, etc.) for you].
 3. Take (have) this drug (a teaspoonful, tablespoonful) three times a day (daily) after (before) meals. (Swallow the pills (tablets) ... times daily).
 4. Use this gargle twice a day. (This is a gargle for...)
 5. Here is a prescription for... [Here is a paper for you. Order the drug at the chemist's].
 6. You should keep on a liquid (salt less) diet. (No salt!)
 7. You 'll have to be X-rayed. [You must go to the X-ray room]
 8. You should keep fasting. [You mustn't eat during.]
 9. I'll give you a referral for X-ray (urine, stools) examination.
 10. You must collect your urine (stools, sputum) in a bottle and bring it to the laboratory.
 11. Try to keep the bed (Lie (stay) in bed).

12. The nurse will get an order to give you injections.
The nurse will give you injections... day.
13. There is nothing to worry about (be afraid of).
(Don't worry).
14. Everything will be all right [You'll soon recover.
You will feel better soon. You'll be well soon].
15. Follow all my recommendations (instructions).
(Do what I advise you)
16. You should consult a specialist [Get in touch with
a specialist]
17. You'll have to come back again on...at...o'clock.
Come back again in 5 days, please.

II. Вопросы врача для диалога «врач-пациент» в госпитальных условиях

Introduction

1. Good morning (afternoon, evening)! [How are you today? How are your spirits? Morning!]
2. Would you like a private room or a general ward?
(on admission).

Complaints

1. How are you feeling today? [How do you feel at present? Oh, I see you are better today.
How is our patient today? What are your complaints? Are there any complaints?]
2. Have you any feeling of nausea (vomiting, etc.) this morning? (this afternoon, this evening). [Do you feel sick (vomiting, etc.) Nausea (vomiting, headache, pains in the heart, etc.)?]
3. How did you sleep? Was your sleep scud (well)? [Did you sleep all night? Did you wake up with pain? Were there any nightmares (any bad dreams)?]
4. Have you a good (bad) appetite now? [How do you eat? Do you eat with pleasure?]
5. What stool (discharge) have you? [Did you move your bowels (pass water)? Do you have a regular stool? How much?]
6. Did you experience any pain while moving your bowels (passing water)?
7. [Did you feel any pain in the lavatory? Had you pain in moving bowels (passing water)?]
8. Your heart (stomach, liver, etc.) still troubles you, doesn't it? (What about your heart (stomach, etc.)? Does your heart (stomach, etc.) trouble you now?
9. Are there any other complaints or not? [Have you any other complaints? Other complaints?]
10. Let me look at the temperature chart. [What temperature have you today? Your temperature?]

Physical examination

1. Will you lie still (sit up), please [Lie still (sit up quietly, please. Lie still)]
2. Let me feel your pulse. [Your hand. Don't talk. Your pulse. Stop talking.]

3. Just remove your undershirt, will you? (Remove your undershirt, please. Remove your undershirt)
4. Try to breathe deeper, please. [Breathe deeply, please. Breathe deeply, please. Breathe, please].
5. Lie on the stomach (side), will you? [Lie on the stomach (side), please. On the stomach (side)!]
6. Hold your breath, will you? [Don't breathe, please. Don't breathe!]
7. Breathe in (out), please. [Breathe in (out). Sigh deeper!]
8. I'm going to palpate you. [Let me palpate you. I'll check your liver.]
9. Would you mind relaxing your abdomen? More, please [Relax your belly, please]
10. Would you try to stretch your hand (leg). [Try to stretch your hand (leg), please. Stretch your hand (leg) like I do it].
11. Look up (down), will you? [Look up (down), please. Look up (down)]
12. Will you show me your teeth, please. Show me your teeth.
13. Try to bend your leg (hand), please. [Bend your leg (hand), please. Bend your leg (hand)].
14. It hurts you, doesn't it? [Does it hurt you? Is this painful?]
15. The pain radiates over the (entire) left arm (leg), doesn't it? [Do you also feel pain in the left arm (hand, leg)? Is there pain also in the left hand (leg)?]
16. Can you feel (taste, smell, hear, see, etc.) that? [Do you feel (taste, etc.)? Feel (taste, etc.) that?]
17. I'd like to measure your blood pressure. [Let me measure your blood pressure. I'll measure your blood pressure]
18. Your blood pressure (skin, head, heart, etc.) is much better today, I'm glad [Your blood pressure (skin, etc.) is.
19. You follow all my instructions, don't you? [Do you follow all my instructions? Do you do as I ordered?]

Prescriptions and instructions

1. Go on taking the same drugs, fTake the drugs regularly. Have the pills (tablets, etc.)]
2. Try to sleep more, will you [Sleep more! Don't walk much! Stay in bed most of the time.]
3. You would have to collect your urine (stools, etc. I [You'll have to collect your urine (stools, etc.) You must collect your urine (sputum)]
4. I'll prescribe some medicine for your headache (heart, etc.) [I'll prescribe some tablets (pills, etc. I for you. The nurse will give you an injection to deaden the pain]
5. We must perform some major | minor) operation. [You should undergo some operation].

6. Will you sign this consent for the operation, please? [Sing this consent for the operation, please].
7. If you refuse to let us operate on (treat you), you must sign this statement [If you are against our advice, sing, please].
8. I recommend you to abstain from smoke. [I advise you to give up smoking .No smoking now.]
9. Try not to have heavy food. [Light food is advisable for you. No big food]
10. Be quiet. Don't worry. | If you follow all my instructions, you'll soon recover (feel, better, be well)].

III. Вопросы врача для диалога «врач-медицинская сестра»

1. Here is the appointment for Wednesday.
2. Write down the referral for X- ray (stool, sputum, etc.)
3. Patient A. daily urine (sputum), etc. blood for ESR (erythrocyte sedimentation rate), ECG (electro-cardiogram).
4. Patient B [must be X-raved and, besides, give him 3 injections a day of penicillin till the temperature falls.
5. No resepin, raunatin instead.
6. Don't forget, please, throat (post - nasal, wound, etc.) swabs of Patient C. for tomorrow.
7. Try to prepare Patient D. for pleural (liver, etc.) biopsy.
8. Mind Patient's E. spleen (gland, vene, etc.) puncture!
9. I suspect a venereal disease. Without any delay the Wassermann and other blood tests must be performed.
10. During the week we'll have to get the results of the examination for malignant cells (besal metabolism, prothrombin time, etc.)
11. That's all for today.
12. Prepare Patient F. for discharge, will you?

Для рациональной организации профессионального общения «врач-врач» (непосредственно или опосредовано – через больного, его родственников или мед. сестру (брата) служит разработанная нами схема –

Case report scheme

1. Passport Data
Surname,
Initials Age
Profession
Date of Admission
2. Complaints
3. Present History
4. Past History (briefly)

5. Physical Examination inspection palpation
percussion
auscultation
6. Laboratory Data blood analyses urinalyses tests
biochemistry studies
stool for ova or larve of parasites
X-ray examination
ECG, BCG, PhCG
Bacteriological Studies
Histological Studies
Swab, washing
7. Provisional (initial) Diagnosis
Clinical Diagnosis
Final Diagnosis (confirmed)
Presumptive Diagnosis
Establishment of the Diagnosis Final (confirmed)
8. Treatment given
9. Prognosis
(Instructions and Prescriptions)

Рекомендуемая схема в целом или отдельные ее части могут также широко использоваться для организации общения практически неограниченного число участников в профессиональных дискуссиях, врачебных конференциях, симпозиумах и т.д.

Интенсивное обучение английскому языку для профессиональных целей наиболее затруднительно именно на первых порах, когда влияние прошлого опыта изучения иностранного языка особенно сильно. Поэтому в самом начале работы возникает необходимость разрушить прежние установки и выработать новые в связи с новыми условиями и особенно в связи с конечной целью обучения, которая воспринимается обучающимся как очень трудно достижимая. Эти новые установки требуют психологической подготовки обучающихся не только определенному характеру, но и к весьма интенсивному темпу обучения, от реализации которого во многом зависит успех дела. Успешное овладение иностранным языком в значительной мере зависит и от индивидуальных особенностей восприятия и памяти специалистов, проходящих курс ускоренного обучения. Поэтому установка на практическое овладение иностранным языком должна подкрепляться такой презентацией учебного материала, которая учитывает и разность в возрасте врачей и индивидуальные особенности их памяти.

В методическом плане создается иерархия эффективных учебных установок. Уже на первом занятии врачам дается «генеральная» установка на практическое овладение микро языком медука, а из нее вычленяется установка на овладение диалогической речью, из которой, в свою

очередь, возникают установки на усвоение иноязычной речи профессионального и бытового характера и т.д.

Взаимосвязанные психологические и методические установки подкрепляются объективно отобранным материалом и специально разработанной системой таблиц для всех этапов ускоренного обучения специалистов. Реализация такого учебного материала не исключает и наиболее эффективные традиционные методы (прямой и обратный перевод, организация монологической речи и др.) и предусматривает широкое использование специальной системы подготовительных и речевых упражнений с применением технических средств, как в аудированных, так и лабораторных условиях.

Так, на начальном этапе – при овладении специфически организованным вводным фонетико-орфографическим курсом английского языка – усваиваются фонетические таблицы, отражающие соответствующие артикуляционные и графические требования, а также отобранный для данной ступени обучения лексический материал, примерно половина объема которого, составляет медицинская лексика, и упражнения на усвоение, главным образом, устной диалогической речи.

По мере прохождения учебного материала, когда все больше реализуется профессиональная направленность процесса ускоренного обучения медиков, – на среднем этапе – подключаются необходимые грамматические таблицы и специальная система упражнений (диалогические и монологические) в связи с конкретной тематической на базе отобранного лексико-грамматического материала, представленного в виде оригинальных текстов и диалогов по специальности.

Завершающий этап – венец владения иноязычным профессиональным общением – дает возможность достигнуть высокого уровня вербального контакта с иностранцами в различных жизненных ситуациях. Наиболее эффективные приемы овладения профессиональным иностранным материалом – это так называемые условно-естественные ситуации, занимающие весьма весомое место в системе ускоренной языковой

Регулярно проводимые тренировки целостных ситуаций (полный расспрос пациента, врачебные конференции и др.) и резюмирование обширных тем (сердечно-сосудистые заболевания, операции на брюшной полости, инфекционные болезни, пульмонологическая служба и др.) способствуют успешному закреплению усвоенного ранее вокабуляра и синтаксических структур в варьируемых ситуациях общения, оптимально напоминающих реальные жизненные условия.

Привычная обстановка, создаваемая с помощью широкого использования условно-естественных ситуаций, повышает усвоение требуемого учебного материала, устраняет психогенные факторы, тормозящие особенно развитие речевых навыков, вызывает, тормозящие особенно развитие речевых навыков, вызывает положительные эмоции у обучаемых.

При ускоренном обучении с установкой на преобладающее владение одним из видов речевой деятельности, практическое овладение проводится с учетом важности взаимодействия с другими видами речевой деятельности (чтением и письмом), а также при правильной организации взаимосвязи между отобранным языковым материалом и задачами конкретного этапа обучения в области развития умений и навыков.

Активный запас (продуктивно)

Пассивный запас (рецептивно)

I этап

Лексика

500 лекс. единиц 100 лекс. единиц

Грамматика

Present indefinite tense 'be', 'have', 'can'

Мн. Число существ.

Повелительное наклон. (2 лицо)

Структура предложений

Вопросительные предложения

(общие, альтернативные, специальные)

II этап (1¹/₂ месяца)

Лексика

1000 лекс. единиц 200 лекс. единиц

Грамматика

Степени сравнения прилагательных

Past, Future Indefinite Tenses

Present Continuous

Модальные глаголы

("can", "must", "may", "should", "have to".)

Повелительное наклонение (1 и 3 лицо)

Present Perfect Tense

Indefinite Tenses Passive

There is/are во время Indefinite

III этап

(1¹/₂ месяца)

Лексика

1000 лекс. единиц 200 лекс. единиц

Грамматика

Неличные формы глагола

Passive всех пройденных Времен

Модальные глаголы

("would", "shall", "will", "ought")

Сослагательное наклонение

Раздельные вопросы

Past и Future Continuous Tenses

Сложное предложение
Косвенная речь
Оборот “To have something done”
IV этап (2 месяца)

Лексика

1500 лекс.единиц

Грамматика

Герундиальные и инфинитивные работы

Указанный объем может варьироваться в зависимости от общей цели обучения и конкретных задач каждого этапа.

Хотя эффективность разработанной методики проверялась на материале английского и немецкого языков, все принципы отбора языкового материала по выделению ситуации общения, а также методика применения условно-естественных ситуаций в сочетании с другими эффективными приемами могут быть перенесены на подготовку любого специалиста по любому языку.

Условно-естественные ситуации, как особый методический прием, могут оказаться весьма полезными не только для ускоренного обучения, но и вообще, как более эффективный вариант ролевой игры для развития устной речи даже на начальном этапе работы над иностранным языком.

Литература

1. Китайгородская, Г.А. Методика интенсивного обучения иностранным языкам / Г.А. Китайгородская. – М., 1986. – 103 с.
2. Иностранный язык для специалистов. Психологические, методические, лингвистические аспекты. – М : Наука, 1990. – 212 с.

Успешная реализация рациональных путей и приемов ускоренного обучения иностранным языкам заключается также в последовательном выполнении преподавателем и обучающимися следующих рекомендаций: использовать иерархию срезов: в первый день или через неделю (если преподаватель не знает иностранного языка, ранее изучавшегося испытуемыми) после интенсивного обучения (см. наши рекомендации по предварительным срезам), 2-3 срез – контрольных на каждом этапе (в зависимости от отводимых на языковую подготовку часов) с обязательным финальным срезом в конце этапа (помимо предусмотренных программой зачета или экзамена).

Рекомендуем финальный срез, охватывающий наиболее важные программы контрольные моменты пройденного учебного материала, проводить за 1-2 недели до зачета или экзамена.

Такая предэкзаменационная (предзачетная) проверка знаний, позволяет снять у обучающихся напряжение, отшлифовать индивидуально требуемые детали, вселить уверенность в собственные силы и, таким образом, она превращает экзамен (зачет) из «страха» в приемлемую атмосферу демонстрации своих приобретенных знаний, умений и навыков.

3. *Learning and teaching modern languages for communication.* – Strasbourg: Council of Europe Press, 1988.
4. *Scales of Language Proficiency. A survey of some existing systems.* – Strasbourg: Council of Europe Press, 2003.