

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)

Батыралыев 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, КазҮОМУхирургия 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, Женева университети (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 Medial 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: drmamatov@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

Brinkulov 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.

Mamyrov 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)

Batyrallyev 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)

Djumaliyeva 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 (Switzerland)

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

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

Satyrganov 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

Usupbaev A.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

- Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Алымкулов А.Т.**
Мониторинг антибиотикорезистентности *Haemophilus Influenzae*, циркулирующих в Кыргызской Республике 10
- Камал к. А., Капаров Б.М., Торобеков Ш.Ж.** Анализ лечебных свойств цветков бессмертника самаркандского, произрастающего на территории Кыргызской Республики 16
- Тургумбаев Д.Д., Мурзалиев А.М., Токтомушев Ч.Т.** Патоморфология микроциркуляторного русла при прогрессирующем течении ишемического инсульта 19

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

- Акылбеков А.И., Мадемилов М.Ж., Сооронбаев Т.М.**
Оценка эффективности сиропа Вайфлекс у пациентов с острым и подострым кашлем 25
- Бородулина Д.В., Цой Т.В., Медетова Э.А., Саркина А.К., Джумагулова А.Ш.**
Клиническая характеристика тяжелых форм пищевого ботулизма 32
- Джангазиева А.А., Джакыпбекова Г.З., Бектурдиев К.Б., Окенаева А., Касымова Б., Нурланбек к. Н.** Влияние вакцинации мелкого рогатого скота в Кыргызской Республике на клинико-эпидемиологическое течение бруцеллеза у людей 37
- Джангазиева А.А., Кочкорбекова С.К., Рачинский В.П., Аширова А.М., Зикиряева А.М., Карыпбаева А.Ж.** Этиологическая структура и анализ клинического течения тяжелых форм вирусных гепатитов (по материалам отделения реанимации и интенсивной терапии Республиканской клинической инфекционной больницы) 43
- Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., Махмануров А.А.** Использование горного климата Кыргызстана в лечении больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой 48
- Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Тургумбекова Р.Э., Эсенгелдиева Н.М.**
Новые направления в лечении сахарного диабета 2-типа в Кыргызстане 52
- Полотов И.И., Логинов Е.Е., Муқанбеткеримова Г.М., Джумагулова А.Ш.**
Клинико-лабораторная характеристика иерсиниозной инфекции 58
- Фесенко Н.В., Абдубалиева А.А.** Клинический случай безжелтушной формы лептоспироза 62
- Чекеева Н.Т., Жусупова А.Т.** Анализ показателей гемостазиограммы и нейровизуализационных данных острейшего и острого периодов ишемического инсульта у жителей низкогорья 65
- Шуленин В.А., Шабалина Э.Ю., Эргешова А.Б., Шолпанбай у. М., Джумагулова А.Ш.**
Клинико-эпидемиологические особенности паротитной инфекции у взрослых 70

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

- Кадыров М.М., Шаршенбекова А., Эшболот к. Н.**
Методика формирования стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани 75
- Мадаминов Э.М., Манасов М.Ш., Исаев Э.Б., Макеева М.Н.**
Результаты органосохраняющих операций при эхинококкозе печени 79
83

Мукашев М.Ш., Дукендер у. Н., Турганбаев Ж.Т., Токонов Т. Синдром «влажного легкого». Судебно-медицинская оценка (секционная практика)	
Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О. Анализ результатов лечения больных с кишечными анастомозами	87
Мусаев А.И., Ниязов Б.С., Ибраимов Д.С., Сайфулаев Б.О., Ибраимов Н.У. Оперативное лечение больных с инфицированным панкреонекрозом	91
Ниязов Б.С., Алиев М.Ж., Гапуров К.А., Калыбеков Т.А. Радикальные и органосохраняющие операции при эхинококкозе печени и их эффективность	96
Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Аvasов Б.А., Маманов Н.А., Кушубеков Д.К. Результаты хирургического лечения ахалазии кардии	100
Шамшиев А.Т., Абдрасулова М.С., Качиев Н.Т. Метастатические поражения головного мозга в Кыргызской Республики. Клиническая эпидемиология, оценка эффективности хирургического лечения	106
АКУШЕРСТВО И ПЕДИАТРИЯ	
Аскеров А.А., Алтынбекова А.А., Муталипова Ж.М. Эффективная малоинвазивная профилактика массивных кровопотерь при послеродовых гипотонических кровотечениях	109
Ахметханова А.А., Урумбаева Р.Р., Борякин Ю.В. Мониторинг питания детей грудного и раннего возраста с острой бронхолегочной патологией	114
ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Ешиев Д.А., Ешиев А.М. Усовершенствованная костная пластика дефектов альвеолярного отростка верхней челюсти	119
Исаков Э.О., Абдумомунов А.О., Кулукеева А.Т. Исследование адаптационно-компенсаторных возможностей зубочелюстной системы при дефектах зубных рядов методом гнатодинамографии	122
Токторалиева Э.Б., Калбаев А.А., Акбураева А.А. Факторы риска возникновения стоматологических заболеваний, у детей и подростков, играющих на духовых инструментах (г. Бишкек)	127
Шайымбетова А.Р. Лечение хронического деструктивного апикального периодонтита с применением наночастиц золота	131
ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНЕ	
Дюшекеева А.К., Сыдыкова Ж.Ж. Преподавание элективных курсов по латинскому языку в КГМА им. И.К. Ахунбаева	135
Молдокулова Л.Д. Новые педагогические методы в обучении иностранным языкам: «обучение в сотрудничестве»	138

НЕГИЗГИ МЕДИЦИНА

- Джумаев А.М., Адамбеков Д.А., Альджамбаева И.Ш., Алымкулов А.Т.**
Кыргыз Республикасындагы Haemophilus Influenzae таякчасынын антибиотикке туруктуулугу боюнча мониторинги 10
- Камал к. А., Капаров Б.М., Торобеков Ш.Ж.** Кыргыз Республикасынын аймагында өскөн самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиеттерин аныктоо 16
- Тургумбаев Д.Д., Мурзалиев А.М., Токтомушев Ч.Т.** Мээ инсульту күч алып өткөндө кичи кан айланма нугунун патоморфологиясы 19

ИЧКИ МЕДИЦИНА

- Акылбеков А.И., Мадемиллов М.Ж., Сооронбаев Т.М.** Курч жана курчуп бара жаткан жөтөлдү дарылоодо Вайфекс сиробунун эффективдүүлүгүн баалоо 25
- Бородулина Д.В., Цой Т.В., Медетова Э.А., Саркина А.К., Джумагулова А.Ш.**
Тамак аркылуу ууланган ботулизмдин оор түрлөрүнүн клиникалык мүнөздөмөсү 32
- Джангазиева А.А., Джакыпбекова Г.З., Бектурдиев К.Б., Окенаева А., Касымова Б., Нурланбек к. Н.** Кыргыз Республикасындагы кой жана эчкилердин эмдөөсүнүн адамдардын бруцеллезунун клиникалык-эпидемиологиялык багытына таасири 37
- Джангазиева А.А., Кочкорбекова С.К., Рачинский В.П., Аширова А.М., Зикиряева А.М., Карыпбаева А.Ж.** Вирустук сарыктардын оор түрлөрүнүн этиологиялык түзүлүшү жана клиникалык анализдери (РКЖонун реанимация бөлүмүнүн материалдары боюнча) 43
- Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., Махмануров А.А.** Идиопатикалык тромбоцитопеникалык пурпурасы менен ооруларды дарылоо учун Кыргызстандын тоолуу климатын колдонуу 48
- Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Тургумбекова Р.Э., Эсенгелдиева Н.М.**
2-типтеги кант диабетин дарылоодогу Кыргызстандагы жаңы багыттар 52
- Полотов И.И., Логинов Е.Е., Муканбеткеримова Г.М., Джумагулова А.Ш.**
Иерсиниоз оорусунун клиникалык-лабораториялык мүнөздөмөсү 58
- Фесенко Н.В., Абдубалиева А.А.** Лептоспироздун сарыксыз формасынын клиникалык окуясы 62
- Чекеева Н.Т., Жусупова А.Т.** Бөксө тоолуу тургундарынын ишемиялык инсульттун курч жана өтө курч мезгилинде гемостазиограмма жана нейронсйровизуалдык көрсөткүчтөрүн талдоосу 65
- Шуленин В.А., Шабалина Э.Ю., Эргешова А.Б., Шолпанбай у. М., Джумагулова А.Ш.**
Чоң кишилер арасындагы тепке жугуштуу оорусунун клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү 70

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Кадыров М.М., Шаршенбекова А.Ш., Эшболот к. Н.**
Сакталган кекиртекте туруктуу түтүксүз трахеостомасын түзүү ыкмасы 75
- Мадаминов Э.М., Манасов М.Ш., Исаев Э.Б., Макеева М.Н.** Боор эхинококкозунун аз жабыркатуучу операциялардан кийинки натыйжалары 79

Мукашев М.Ш., Дукендер у. Н., Турганбаев Ж.Т., Токонов Т. «Нымдуу өпкө» синдрому. Соттук-медициналык баа берүү (секциялык практика)	83
Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О. Ичеги-карын анастомозу менен ооруган бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктарын талдоо	87
Мусаев А.И., Ниязов Б.С., Ибраимов Д.С., Сайфулаев Б.О., Ибраимов Н.У. Ирицдөө панкреонекроз дарты менен оруган бейтаптарды операция жолу менен дарылоо	91
Ниязов Б.С., Алиев М.Ж., Гапуров К.А., Калыбеков Т.А. Боордун эхинококкоз дартын дарылоонун радикалдуу жана мүчөсактоочу операциялык жолдору, алардын баалуулугу	96
Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Аvasов Б.А., Маманов Н.А., Кушубеков Д.К. Ахалазия кардияны хирургиялык дарылоонун натыйжалары	100
Шамшиев А.Т., Абдрасулова М.С., Качиев Н.Т. Кыргыз Республикасында мээнин метастазалык бузулуусу клиникалык эпидемиология, хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугун баалоо	106
АКУШЕРДИК ЖАНА ПЕДИАТРИЯ	
Аскеров А.А., Алтынбекова А.А., Муталипова Ж.М. Төрөттөн кийинки массивдүү гипотониялык кан ачылып агууларга караштуу натыйжалуу кичи инвазивдик алдын алуусу	109
Ахметханова А.А., Урумбаева Р.Р., Борякин Ю.В. Катгуу кармаган өпкө-бронх патологиясынан жабыркаган эмчектеги жана наристе курагындагы балдардын тамактануусун мониторинги	114
СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ	
Ешиев Д.А., Ешиев А.М. Үстүңкү жаактын альвеолярдык өсүндүсүнүн кемтигин, сөөк пластикасы менен толуктоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы	119
Исаков Э.О., Абдумомунов А.О., Кулукеева А.Т. Тиштердин катарынын бузулушундагы тиш-жаак системасынын көнүгүү-калыбына келүү мүмкүнчүлүктөрүн гнатодинамография ыкмасы менен изилдөө	122
Токторалиева Э.Б., Калбаев А.А., Акбураева А.А. Үйлөмө аспаптарда ойногон жаш жана өспүрүм балдардын стоматологиялык ооруларга дуушар болуу коркунучу (Бишкек ш.)	127
Шайымбетова А.Р. Алтындын наноаралашмасын апикалдык периодонтит өнөкөт турунун бузулушунда колдонуу	131
МЕДИЦИНАДА ТИЛ АСПЕКТИЛЕРИ	
Дюшекеева А.К., Сыдыкова Ж.Ж. И.К. Ахунбаев атындагы КММАда латын тили боюнча тандалма сабагын окутуу	135
Молдокулова Л.Д. Чет тилдерине окутуудагы жаны педагогикалык ыкмалар: «кызматташтыкта окутуу»	138

FUNDAMENTAL MEDICINE

- Djumaev A.M., Adambekov D.A., Aldjambaeva I.Sh., Alymkulov A.T.**
Monitoring of antibiotic resistance of Haemophilus Influenzae, circulating in the Kyrgyz Republic 10
- Kamal k. A., Kaparov B.M., Torobekov Sh.J.** Analysis of medicinal properties of immortelle samarkand flowers growing on the territory of the Kyrgyz Republic 16
- Turgumbaev D.D., Murzaliev A.M., Toktomushev Ch.T.** Pathomorphology of the microcirculatory bed with a progressive course of ischemic stroke 19

INTERNAL MEDICINE

- Akylbekov A.I., Mademilov M.J., Sooronbaev T.M.** Evaluation of efficacy of Vifex syrup in patients with acute and subacute cough 25
- Borodulina D.V., Tsoy T.V., Medetova E.A., Sarkina A.K., Djumagulova A.Sh.**
Clinical characteristic of severe form of food botulism 32
- Dzhangazieva A.A., Dzhakypbekova G.Z., Bekturdiyev K.B., Okenaeva A., Kasymova B., Nurlanbek k. N.** The impact of small-horned cattle vaccination in the Kyrgyz Republic on clinical and epidemiological course of brucellosis in people 37
- Dzhangazieva A.A., Kochkorkbekova S.K., Rachinski V.P., Ashirova A.M., Zikiryayeva A.M., Karypbaeva A.J.** Etiological structure and analysis of the clinical course of severe forms of viral hepatitis (based on materials of intensive care unit of the Republican clinical infectious diseases hospital) 43
- Marishbek k. E., Esengeldi k. A., Machmanurov A.A.** Using the mountain climate of Kyrgyzstan for treatment the patients with idiopathic thrombocytopenic purpura 48
- Moldobaeva M.S., Vinogradova A.V., Turgumbekova R.E., Esengeldieva N.M.**
New directions in the treatment of diabetes mellitus 2 in Kyrgyzstan 52
- Polotov I.I., Loginov E.E., Mukanbetkerimova G.M., Djumagulova A.S.**
Clinico-laboratory characteristics of yersiniosis infections 58
- Fesenko N.V., Abdubalieva A.A.** Clinical case of unicteric form of leptospirosis 62
- Chekeeva N.T., Jusupova A.T.** Analysis of hemostaisograms and neuroisualization data of the acute and pre acute periods of the ischemic stroke in low-mountain residents 65
- Shulenin V.A., Shabalina E.Y., Ergeshova A.B., Sholponbai u. M., Djumagulova A.Sh.**
Clinical and epidemiological features of mumps in adults 70

QUESTIONS OF SURGERY

- Kadyrov M.M., Sharshenbekova A.Sh., Eshbolot k. N.** The formation method of persistent cannula free tracheostome in preserved larynx 75
- Madaminov E.M., Manasov M.Sh., Isaev E.B., Makeeva M.N.** Results of organ-preserving operations in echinococcosis of the liver 79

Mukashev M.Sh., Dycender U.N., Turganbaev J.T., Tokonov T. Syndrome of “wet lung”. Forensic medical evaluation (sectional practice)	83
Musaev A.I., Zhamankulova M.K., Sayfulaev B.O. Analysis of the results of treatment of patients with intestinal anastomosis	87
Musaev A.I., Niyazov B.S., Ibraimov D.S., Sayfulaev B.O., Ibraimov N.U. Surgical treatment of patients with pancreonecrosis	91
Niazov B.C., Aliev M.J., Gapurov K.A., Kalybekov T.A. Radical and organ-preserving operations in liver echinococcosis and their effectiveness	96
Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Avasov B.A., Mamanov N.A., Kushubekov D.K. The surgery treatment results of achalasia cardia	100
Shamshiev A.T., Abdrasulova M.S., Kachiev N.T. Metastatic lesions of the brain in the Kyrgyz Republic. Clinical epidemiology, estimation of efficiency of surgical treatment of metastasys in the brain	106
OBSTETRICS AND PEDIATRICS	
Askerov A.A., Altynbekova A.A., Mutalipova J. Effective minimally invasive prophylaxis of massive blood loss in postpartum hypotonic bleeding	109
Akhmethanova A.A., Urumbaeva R.R., Boriakin J.V. Food monitoring of the breast and early age children with the acute bronchopulmonary pathology	114
QUESTIONS OF DENTISTRY	
Eshiev D.A., Eshiev A.M. Improved bone plastic defects of alveolar upper jaw	119
Isakov E.O., Abdumomunov A.O., Kulukeeva A.T. Research of adaptive-compensatory possibilities of the dentoalveolar system in the case of the defects in the dentition by the method of gnathodynamography	122
Toktoralieva E.B., Kalbaev A.A., Akburaeva A.A. Risk factors for the occurrence of dental diseases, in children and adolescents playing on wind instruments (Bishkek)	127
Shayymbetova A.R. Treatment of chronic destructive apical periodontitis with application of gold nanoparticles	131
LINGUISTIC ASPECTS IN MEDICINE	
Duishekeeva A.K., Sydykova J.J. Teaching elective course of latin at KSMA named after I.K. Akhunbaev	135
Moldokulova L. New pedagogical methods of foreign languages training: «training in collaboration»	138

**МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НАЕМОПHYLUS INFLUENZAE,
ЦИРКУЛИРУЮЩИХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

А.М. Джумаев, Д.А. Адамбеков, И.Ш. Альджамбаева, А.Т. Алымкулов
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В исследовании приведена частота встречаемости гемофильной инфекции (Hib) в республике в период 2013-2018 гг. Показано, что в результате проводимых профилактических мероприятий заболеваемость Hib инфекцией имеет тенденцию к снижению. При изучении резистентности Hib к антибиотикам выявлены проявления устойчивости Hib к некоторым β-лактамным антибиотикам. Отмечено, что в связи с особенностями развития Hib инфекции необходимо применять антибиотики в отношении всех представителей выделенной микробной ассоциации.

Ключевые слова. Haemophilus influenza, заболеваемость, антибиотикорезистентность, стафилококки, стрептококки.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ НАЕМОПHYLUS INFLUENZAE ТЯКЧАСЫНЫН
АНТИБИОТИККЕ ТУРУКТУУЛУГУ БОЮНЧА МОНИТОРИНГИ**

А.М. Джумаев, Д.А. Адамбеков, И.Ш. Альджамбаева, А.Т. Алымкулов
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2013-2018-жж. аралыгында Кыргыз Республикасында Hib-инфекциясынын кездешкендиги маалым болгон. Hib-инфекциясына каршы алдын алуу чараларды колдонгондон кийин бул өнөкөт оорунун азайганы аныкталган. Hib таякчасынын антибиотикке каршы касиетин изилдөөдө бир β-лактамык антибиотиктерге туруктуулугу аныкталган. Бирок, Hib-өнөкөтүнүн таркалышынын өзгөчөлүгүнө байланыштуу антибиотиктерди колдонууда бүткүл микробдук топторго берген таасирин эске алыш керек.

Негизги сөздөр: Haemophilus influenza, ооруга чалдыгуу, антибиотикке туруктуулук, стафилококктор, стрептококктор.

**MONITORING OF ANTIBIOTIC RESISTANCE OF HAEMOPHYLUS INFLUENZAE,
CIRCULATING IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

A.M. Djumaev, D.A. Adambekov, I.Sh. Aldjambaeva, A.T. Alymkulov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The study shows the incidence of H. infection in the republic presents during 2013-2018 years. It presents as a result of preventive measures, the incidence of Hib infection tends to decrease. The study of the resistance of the Hib antimicrobials identified resistance to some B-lactam antibiotics. But in connection with the features development of the Hib infection, antibiotics should be applied against all representatives of the isolated microbial association.

Key words: Haemophilus influenza, sickness, antibiotic resistance, staphylococcus, streptococcus.

Актуальность проблемы. Возбудителями гемофильной инфекции являются мелкие грамотрицательные бактерии Haemophilus influenza (Hib). Согласно существующей классификации они относятся к семейству Pasteurellaceae и насчитывают около 20 видов. Одним из факторов патогенности Hib является капсула. Образование капсулы не является постоянным признаком, но ее наличие является маркером патогенности микроорганизма. Основными антигенами Hib является соматический O-антиген и при наличии кап-

сулы – K-антиген. По K-антигену различают 6 серотипов Hib (α, b, c, d, e, f). По культуральным свойствам у микробов наблюдается одна особенность. Известно, что гемофильные бактерии при культивировании нуждаются в факторах роста, присутствующих в крови: X-фактора, который представляет собой протопорфирин IX в составе гематина или гемина и V-фактор никотинамиддениндинуклеотид (НАД) или НАД-фосфат. Необходимость в наличии факторов X и V связана с тем, что сами гемофилы не способны синтезировать гем, входящий в состав ферментов

дыхательной цепи, поэтому *in vitro* для гемофилов характерен, так называемый, «феномен кормушки» или «феномен сателлита». Этот феномен можно наблюдать при культивировании микробов на кровяном агаре вокруг колоний стафилококков или стрептококков, вызывающих α -гемолиз, тем самым продуцирующих НАД, тогда как сами гемофилы гемолиз не вызывают. Подобный эффект наблюдается и *in vivo*, именно в присутствие стафилококков или стрептококков на слизистых оболочках дыхательных путей создаются благоприятные условия для размножения *Hib* [1, 2].

В последние годы все чаще появляются публикации о росте антибиотикорезистентности *Hib*, где приводятся данные о том, что несмотря на малую устойчивость микроорганизмов во внешней среде, у *Hib* выявлена способность продуцировать β -лактамазу, что и обуславливает их устойчивость к некоторым β -лактамам антибиотикам [3,4,5,6,7]. Поэтому определение лекарственной устойчивости *Hib* и сопутствующей микрофлоры, необходимо для эффективно-комбинированного и безопасного применения антибактериальных препаратов.

Цель исследования. Оценить состояние антибиотикорезистентности *Hib*, циркулирующих в республике, для оптимизации лечебно-профилактических мероприятий.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования служило отделяемое из носоглотки, уха, мокрота, моча, раневое отделяемое. Материал доставлялся из ЛОР-отделения медицинского центра Кыргызской Государственной Медицинской Академии, ЛОР-отделения Национального госпиталя МЗ КР, ЛОР кабинета Медицинского Центра «Научдиамед», отделений Республиканской клиническо-инфекционной больницы Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики.

Первичное выделение культуры и получение чистой культуры производилось на базе бактериологической лаборатории РКИБ МЗ КР и бактериологической лаборатории «Бонецкого». Затем все чистые культуры тестировались диско-диффузионным методом на чувствительность к антибиотикам на базе кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Материал собирали стерильным тампоном, мокроту и мочу в стерильную посуду, затем делался посев на шоколадный агар. С учетом особенностей сосуществования *Hib* с культурами стафилококков и стрептококков, параллельно этот же материал засевали на желточно-солевой, кровяной и сывороточный агары для выделения микроорганизмов рода *Staphylococcus* и *Streptococcus*.

Инкубировали посеvy при 37°C 48-72 часа. Идентификацию выделенных культур проводили с помощью стандартных дисков, содержащих X и V факторы свертывания крови. Идентификацию *Staphylococcus aureus* проводили по наличию лецитиназной активности на желточно-солевой агар и наличию гемолиза на кровяном агаре, определяли наличие плазмокоагулазы. Идентификацию *Streptococcus A* проводили с помощью реакции агглютинации со специфическими сыворотками.

Статистические данные по заболеваемости *Hib* за последние 5 лет для ретроспективного анализа получены из формы годового отчета Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Кыргызской Республики (ДГСЭН КР).

Результаты и их обсуждение.

По результатам ретроспективного анализа имеет место постепенное снижение заболеваемости *Hib* инфекцией среди населения Кыргызской Республики (Рис. 1).



Рис. 1. Число выявленных случаев *Hib*-инфекции.

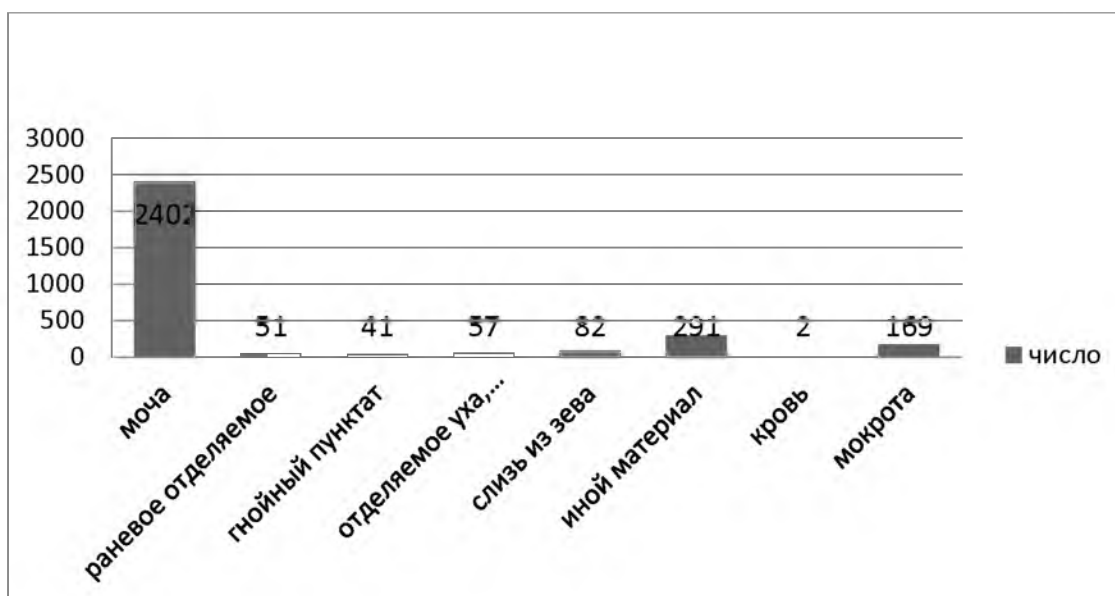


Рис. 2. Исследуемый материал и количество выделенных изолятов.

Подобная тенденция к снижению заболеваемости, по-видимому, обусловлена проводимой в стране вакцинации ((АКДС+ХИБ+НВ) детей с 2х-месячного возраста. Из представленных данных видно, что за 5 летний период заболеваемость Нib инфекцией снизилась с 858 случаев (ИП-0,014) в 2013 году до 458 случаев (ИП-0,007) в 2017 году (Рис. 1).

Отмечается, что максимальное количество патогена высевалось из мочи – 2 402 изолята, из раневого отделяемого – 51 изолят, из мокроты – 169 изолятов, из слизи из зева – 82 изолята, из гнойного пунктата – 41 изолят, иной материал – 291 изолят, кровь – 2 изолята соответственно. Всего было выделено 3095 изолятов (Рис. 2).

По представленным данным, сложно сказать какую роль играют Нib в каждом конкретном случае, можно ли их расценивать как этиологический фактор при каждом выделении, или имело место бактерионосительство. Бактериологическое выделение микробов из мочи в больших количествах может свидетельствовать о том, что при любых механизмах инфицирования Нib, процесс выделения или выведения его из организма

идет с мочой. Подобной точки зрения придерживаются и другие авторы [8,9]. Возможно, в дальнейшем индикацию Нib в моче можно расценивать как маркер наличия бактерионосительства или инфицирования Нib инфекцией.

По данным ДГСЭН КР наиболее частые заболевания, при которых был выделен Нib и сопутствующие микроорганизмы представлены в Рис. 3.

Из представленных данных видно, что Нib высеивается при различных заболеваниях. При подготовке к операции по поводу заболеваний ЛОР органов был выделен в 69% случаев стрептококк, в 70% стафилококк и 40% гемофил. При хроническом фарингите в 58% высевался стрептококк, в 61% случаев стафилококк и в 40% случаев высевался гемофил. При сердечно-сосудистых заболеваниях выделение микроорганизмов этого же спектра было 41%, 41%, 31% соответственно. При исследовании слизи из зева при кашле процент выделения микроорганизмов был 40%, случаев приходился на стрептококк, 42% на стафилококк и 20% на гемофил.

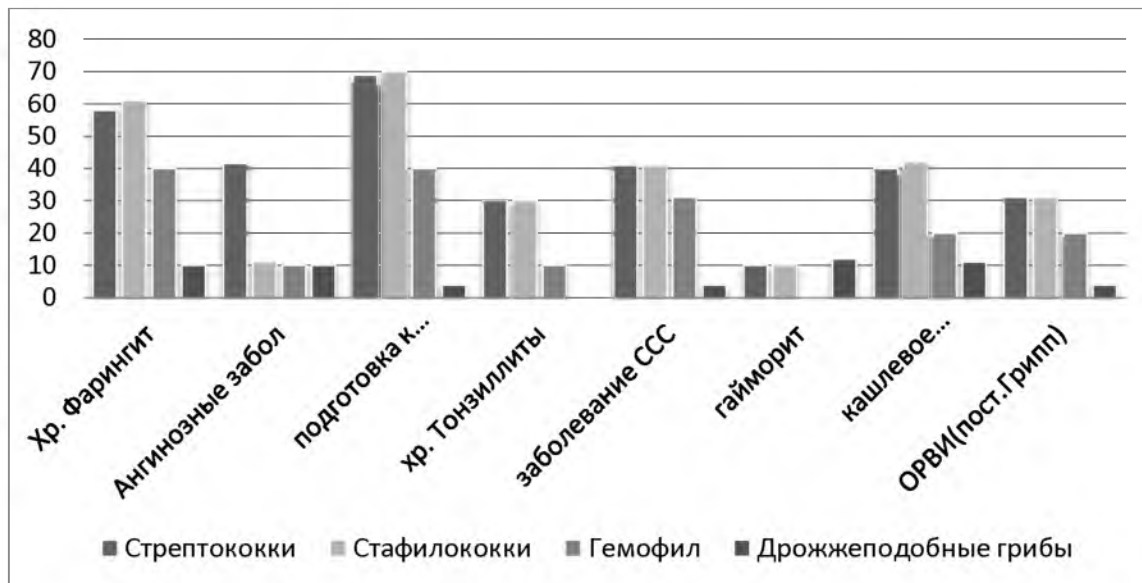


Рис. 3. Роль Нib и сателлитов в развитии различных заболеваний.

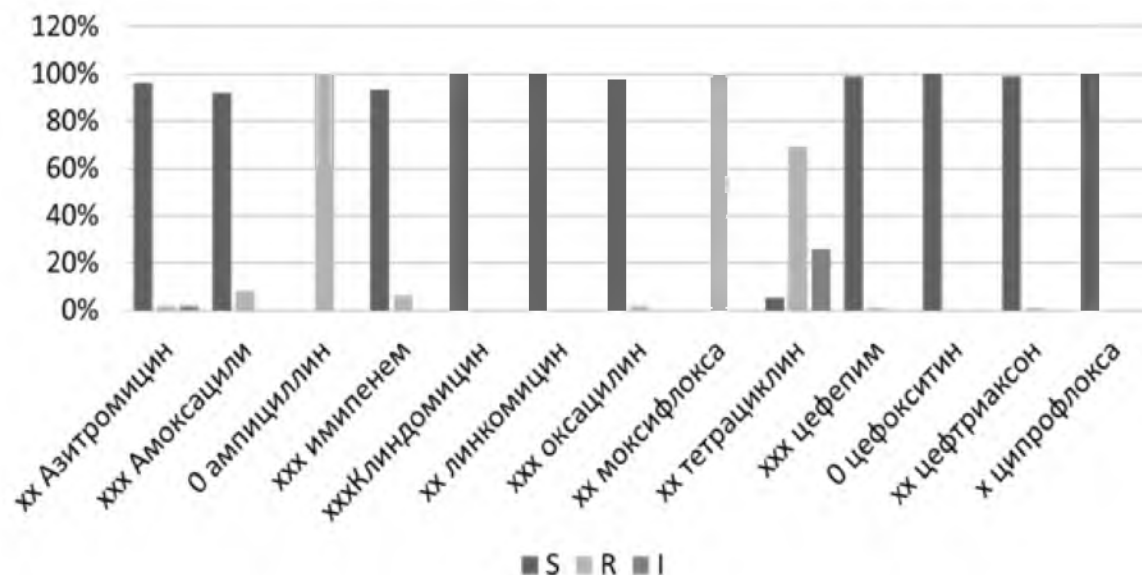


Рис. 4. Резистентность Нib к антибактериальным препаратам.

Таким образом, гемофил высевается при различных заболеваниях, но преимущественно в составе микробных ассоциаций. Именно сопутствующая, гемолизирующая эритроциты микрофлора создает необходимые для Нib условия для роста и размножения [1,2].

Результаты определения антибиотикочувствительности *Haemophilus influenzae* и ее сателлитов

к имеющим клиническое значение антибиотикам, выделенных у 1222 больных представлены в рис. 4.

Обозначение степени чувствительности Нib и ее наиболее частых сателлитов к антибактериальным препаратам имеющим разную степень эффективности представлена в % и по данным ВОЗ: х – малая степень, хх – средняя степень и ххх – высокая степень эффективности или чувствительности.

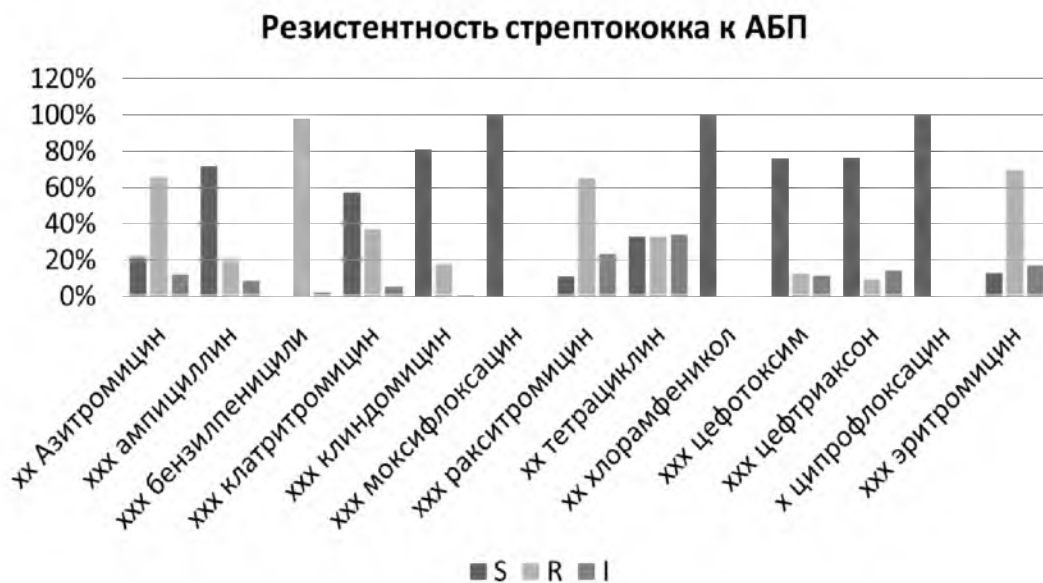


Рис. 5. Резистентность Streptococcus группы «А» к антибактериальным препаратам.

Чувствительность чистой культуры Нib к антибактериальным препаратам, где выявлено, что Нib резистентен к ампицилину – 98,8%, моксифлоксацину – 100% и тетрациклину – 69,1%. Из представленных данных видно, что Нib резистентен к ампицилину – 98,8%, моксифлоксацину – 100% и тетрациклину – 69,1%. К остальным антибиотикам, представленным, в исследовании имеется чувствительность.

На рис.5 представлены данные о чувствительности и резистентности выделенных культур Streptococcus группы «А» к антибиотикам. Отмечается резистентность к бензилпенициллину – 97,3%, азитромицину – 62%, ампициллину – 19,1%, кларитромицину – 17,8%, ракситромицину – 65,1% и эритромицину – 71,1%. К остальным антибиотикам чувствительность сохранена.



Рис. 6. Резистентность Staphylococcus aureus к антибактериальным препаратам.

Из представленных данных резистентность *Staphylococcus aureus* к антибактериальным препаратам составила к азитромицину – 61,1%, бензилпенициллину – 82%, оксациллину – 37,3% и тетрациклину – 20% (Рис. 6).

Таким образом, при проведении антибактериальной терапии больных Ніб инфекцией необходимо учитывать данные антибиотикорезистентности часто встречающейся сопутствующей патогенной микрофлоры, такой как стрептококки группы А и золотистый стафилококк. При такой комбинации микробов необходимо учитывать спектр антибиотикорезистентности одного препарата также и по отношению к группе сопутствующих бактерий. Так, из представленных данных, цефтриаксон, обладая высокой активностью к Ніб, демонстрирует более низкую активность в отношении стрептококка группы А (наличие в 15% случаев резистентности), а к стафилококку цефтриаксон проявляет высокую активность. Отмечен высокий процент резистентности 80% штаммов стрептококка группы А к эритромицину, хотя по данным ВОЗ эритромицин обладает очень высокой активностью (xxx) к стрептококку группы А. При этом у золотистого стафилококка выявлено 12% резистентных штаммов к эритромицину, хотя по данным ВОЗ эритромицин к стафилококку обладает хорошей активностью.

Выводы:

1. Заболеваемость Ніб инфекцией имеет тенденцию к снижению в Кыргызской Республике, благодаря проводимой вакцинации в стране.
2. Резистентность Ніб к антибиотикам определяется.
3. При изучении антибиотикорезистентности необходимо учитывать чувствительность основных представителей микробных ассоциаций, выделяемых из патологического очага.

4. При назначении антибактериального лечения необходимо применение препаратов, обладающих высокой активностью в отношении микроорганизмов – участников микробной ассоциации.

Литература

1. Микробиология, вирусология, иммунология/ под ред. А.А. Воробьева. - М., 2004. - 410 с.
2. Бородин, Л.Г. Микробиологические аспекты инфекций, вызванных *Haemophilus influenzae*, у детей: Дисс. на соиск.уч.ст. д.б.н. / Л.Г. Бородин. - М., 2007. - 52 с.
3. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети - актуальная проблема социальной педиатрии / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов // Социальные и организационные проблемы педиатрии. Избранные очерки. - М.: Издательский дом «Династия», 2003. - С. 233-252.
4. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий [и др.]. - Н. Новгород: НГМА, 2003. - 180 с.
5. *Haemophilus influenzae* type b meningitis in a vaccinated and immunocompetent child / A.F. Almeida [et al] // *J Infect Public Health*. - 2017. - No10 (3). - P. 339-342.
6. Wood, N. Epiglottitis in Sydney before and after the introduction of vaccination against *Haemophilus influenzae* type b disease / N. Wood, R. Menzies, P. McIntyre // *Intern Med J*. - 2005. - No. 35 (9). - P. 530-535.
7. Slack, M.P.E. A review of the role of *Haemophilus influenzae* in community-acquired pneumonia / M.P.E. Slack // *Pneumonia*. - 2015. - No. 6(1). - P. 26-43.
8. Kelly, D.F. *Haemophilus influenzae* type b conjugate vaccines / D.F. Kelly, E.R. Moxon, A.J. Pollard // *Immunology*. - 2004. - No.2. - P. 163-174.
9. Особенности культивирования штаммов *Haemophilus influenzae* тип В-продуцентов полирибозилрибитолфосфата- основного компонента полисахаридных вакцин /Е.Л. Салимова [и др.] // *Фармация и Фармакология-2017*. - №5 (5). - С.422-441.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН АЙМАГЫНДА ӨСКӨН
САМАРКАНД БОЗУНАЧ ГҮЛҮНҮН ДАРЫЛЫК КАСИЕТТЕРИН АНЫКТОО**

Камал к. А., Б.М. Капаров, Ш.Ж. Торобеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Фармакогнозия жана дары каражаттарынын химиясынын кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргыз Республикасынын аймагында өскөн самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиетин аныктоо чоң мааниге ээ. Самарканд бозунач гүлүнүн дарылык таасири кыргыз элдик медицинасында айтылып келет. Ал булактарда самарканд бозунач гүлүнүн жасоо ыкмасы жана анын колодонулушу сүрөттөлгөн. Ошондуктан Кыргыз Республикасынын аймагында өскөн самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиетин аныктоо илимге жана практикалык медицинага чоң кызыгуу жаратат жана бүгүнкү күндө актуалдуу.

Негизги сөздөр: самарканд бозуначы, дарылык касиет, өт оорусун алдын алуу, ашказан оорусун алдын алуу, Тибет чогултмасы.

**АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНЫХ СВОЙСТВ ЦВЕТКОВ БЕССМЕРТНИКА САМАРКАНДСКОГО,
ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО НА ТЕРРИТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Камал к. А., Б.М. Капаров, Ш.Ж. Торобеков

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучение лечебного свойства цветков бессмертника самаркандского, произрастающего на территории Кыргызской Республики, имеет большое будущее. Эффективность действия цветков бессмертника самаркандского упоминается в народной медицине кыргызов. В источниках описываются технология приготовления и способы применения цветков бессмертника самаркандского. Поэтому, анализ эффективности действия цветков бессмертника самаркандского, произрастающего в Кыргызской Республике, представляет большой интерес для науки и практической медицины и является актуальным на сегодняшний день.

Ключевые слова: бессмертник самаркандский, лечебные свойства, желчегонное действие, желудочное действие, Тибетский сбор.

**ANALYSIS OF MEDICINAL PROPERTIES OF IMMORTELLE SAMARKAND FLOWERS
GROWING ON THE TERRITORY OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

Kamal k. A., B.M. Kaparov, Sh.J. Torobekov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of pharmacognosy and chemistry of medicines
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The study of the medicinal properties of the flowers of the immortelle Samarkand growing on the territory of the Kyrgyz Republic has a great future. The effectiveness of the flowers of the immortelle Samarkand is mentioned in the folk medicine of Kyrgyz people. The sources describe the technology of preparation and methods of application of flowers immortelle Samarkand. Therefore, the analysis of the effectiveness of the flowers of the immortelle Samarkand growing in the Kyrgyz Republic is of great interest for science and practical medicine and is relevant today.

Key words: immortelle Samarkand, medicinal properties, choloretic action, gastric action, Tibetan collection.

Киришүү. Бүгүнкү күндө синтетикалык жол менен алынган дары-дармектердин саны күндөн күнгө өсүүдө. Бирок ал дарылар финансы жагынан өтө кымбат жана таасири жагынан дары чөптөргө караганда алда канча артта калууда. Ошол себептердин негизинде акыркы жылдарда заманбап адам барган сайын ден-соолугуна

байланыштуу көйгөйлөрдү чечүү үчүн элдик медицинага кайрылууга муктаж. Анын себеби илгертеден биздин ата-бабаларыбыз жаратылыш менен өтө тыгыз мамиледе болуп, анын тилин жана дилин өтө жакшы билип келген. Ар кандай ооруларды дарылык касиетке ээ болгон чөптөр менен дарылап келген. Ооруларды жөнөкөй жана

жеткиликтүү рецептер менен айыктыруу ата-бабалардан калган алтын мурас.

Анын катарына самарканд бозунач гүлү дагы кирет [1,5].

Биздин изилдөөнүн негизги максаты – бозунач гүлүнүн дарылык касиеттерин аныктоо.

Материалдар жана ыкмалар

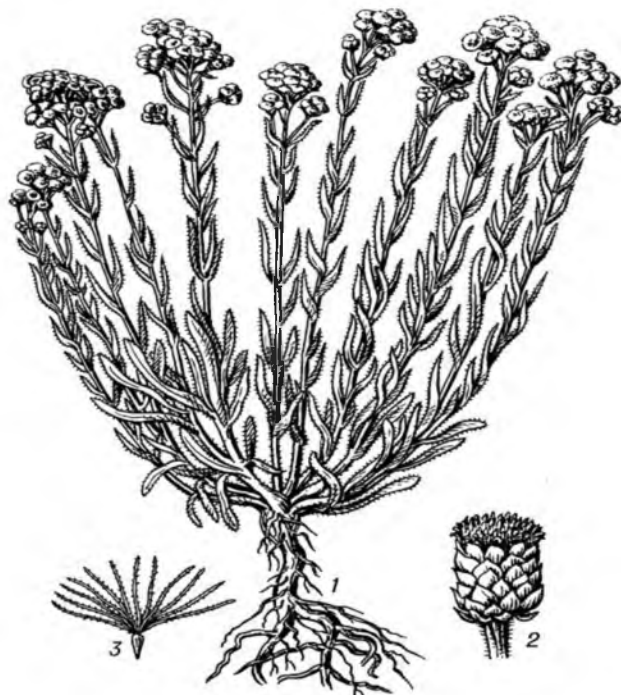
Самарканд бозунач гүлүнүн дарылык касиеттерин изилдөөдө биз мамлекеттик фармакопееянын XI басылмасында жазылган фармакогностикалык ыкмаларын, элдик медицинада пайдаланган рецептерди жана сереп тарыхый маалыматтардан алынган билдирүүлөрдү колдондук.

Жер бетиндеги жашоо-тиричиликти пайда болушунун негизги заттарынын бири болуп өсүмдүктөр дүйнөсү саналат. Өсүмдүктөрдүн тиричиликке берген азык заты – тамак-аш, мал чарбасы үчүн тоют, өнөр-жайында керектелүүчү сырьё, ар кандай оорулардын алдын алуу жана дарылоо үчүн медицинада дары-дармек болуп эсептелет. Дары-дармек өсүмдүктөрүнө жана алардын негизинде даярдалган дарыларды колдонууга болгон кызыгуу жыл өткөн сайын жогорулоодо. Өсүмдүктөрдүн жаңы түрлөрү гана эмес, медициналык практикада илгертен бери белгилүү болуп келген. Ошондой эле пайдалануу ыкмаларын да терең изилдөө иштери жүргүзүлүүдө [1,5,6].

Бүгүнкү күндө өт оорусуна чалдыккан адамдардын саны күндөн күнгө өсүүдө. Ошол себептен өт оорусуна каршы колдонулган эффективдүү фитопрепараттарды ар кандай чөптөрдүн таасиринин негизинде даарылоо биздин негизги максат. Өт оорусуна каршы колдонулган дары чөптөрүнүн катарында, самарканд бозунач гүлүнүн оорду өтө чоң [2,5].

Самарканд бозуначы – астра тукумундагы көп жылдык чөптүү өсүмдүк (сурет). Анын сабагы бир нече, бийиктиги 15-35 см, боз болот. Тамыры жакын, жалбырактары жумуртка сымал, узунча, сабагындагылар – түз, ланцеттей, сапсыз. Гүлдөрү ачык-сары, лимон-сары, башкы гүл сабагында каптал гүл саптардан бутактанган топ гүлдү пайда кылат. Тамыры катуу, таралган, кара күрөң түстө. Өсүмдүк кулжа, баш оона айларында гүлдөйт. Уругу – кутуча, баш оона – аяк оона айларында бышат [3,8,11].

Самарканд бозуначы көбүнчө кумдуу топуракта өсөт. Биздин өлкөдө Өзгөн жана Чаткал тоолорунда көп болот. Дары катарында өчпөс гүлдүн гүлдөрү толук ачылганга чейин жыйналат. Топ гүлдөрдү түбүнөн кайчы менен кесип алат. Сабагынын калдыгы 1-2 см ден көп болбош керек. Караңгы, жакшы желдетилген сарайларда кургатылат. Күн абдан ысыганда гүлдөрү ажырап кетет. Кургак сырьё ачык сары түстө, жыты жагымдуу, даамы ачуу. Сактоо мөөнөтү 3 жыл [9].



Сурет. Самарканд бозунач гүлүнүн морфологиялык түзүлүшү.
1 – Самарканд бозуначы; 2 – топ гүлү; 3 – уругу.

Самарканд бозунач гүлүндө флавоноиддер, эфир майлары, чайырлар, ачуу жана ийлөө заттар, микроэлементтер, стероиддер жана башка бирикмелер бар. Самарканд бозунач гүлүнөн жасалган дарылар өт баштыкчасынын иштешин оңолтуп, өттү айдайт. Ашказан менен он эки эли ичегинин зилдерин бөлүп чыгарууга көмөк болот, артериялык кан басымды бир аз жогорулатат. Заара айдама, бактерияларга каршы да таасирге ээ. Бозунач өт жолдорунун сезгенүү ооруларында, боор ооруларында колдонулат. Бирок, өт баштыкчасында таш пайда болуу оорусунда ал колдонулбайт. Себеби, өт айдалып чыкканда таштар өт жолдоруна тыгылып калышы мүмкүн. Заара жолдорунда майда таш менен кум пайда болсо, бозунач аны да айдайт. Колдонуу ыкмасы: 10 г бозунач гүлдүн үстүнө 200 мл (1 стакан) кайнак суу куюп, 30-40 минута термосто демдеп, чыпкалайт. Тамакка чейин 30 минута калганда 2 аш кашыктан 3 маал ичсе жарайт. Бозуначты шкапка салып койсо, ал кийимди күбөдөн сактайт [4,6].

Бозунач гүлү өткө каршы чогултмасынын, ич ооруга каршы чогултмасынын жана Тибет чогултмасынын курамына кирет.

Өткө каршы чогултмасы – боордун, уйку бездин: гепатит ооруларын, панкреатит, холениститти дарылоо үчүн колдонулат.

Даярдоо ыкмасы: 2 чоң кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куюп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек

Ич ооруга каршы чогултмасы – гастрит, зарна, ашказандын жарасы, он эки эли ичегинин жарасы, дизентерия жана башка ичеги ооруларын дарылоо үчүн колдонулат.

Даярдоо ыкмасы: 2 чоң кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куюп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек.

Тибет чогултмасы – организмди шлактардан жана майлардан тазалоодо, канды холестеринден тазалоодо жана арыктоодо колдонулат.

Даярдоо ыкмасы: 2 чоң кашык (8-10 гр.) чогултманы 0,5 л кайнак сууга куюп, 1,5 саат тундуруш керек. 0,5 стакандан тамактанууга 30 мүнөт калганда күнүнө 3 жолу ичүү керек.

Тибет чогултмасын бир жылда 2,5 ай ичүүсү сунушталат [7,10].

Жыйынтык. Жүргүзүлгөн изилдөөнүн негизинде самарканд бозунач гүлү астра тукумуна кирген, бийиктиги 15-35 см, гүлдөрү ачык-сары,

тамыры катуу, таралган, кара күрөң түстөгү көп жылдык өсүмдүк экени такталып, гүлүнүн курамында флавоноиддер, эфир майлары, чайырлар, ачуу жана ийлөө заттар, микроэлементтер, стероиддер жана башка бирикмелер бар экени такталды. Ошондой эле самарканд бозуначынын гүлүнөн жасалган дарылар өт баштыкчасынын иштешин оңолтуп, өттү айдоодо, ашказан менен он эки эли ичегинин зилдерин бөлүп чыгарууга көмөк болору, артериялык кан басымды бир аз жогорулатышы, заара айдама, бактерияларга каршы да таасирге ээ болошу тастыкталып, өткө каршы чогултмасынын, ич ооруга каршы чогултмасынын жана Тибет чогултмасынын курамына кириши белгилүү болду.

Адабияттар

1. Кирпичников, М.Э. Род 1493. Цмин, Бессмертник - *Helichrysum Mill.* // Флора СССР: в 30 т. / начато при рук. и под гл. ред. В.Л. Комарова. - М.; Л.: Изд-во АН СССР, 1959. - Т. 25 / ред. тома Б.К. Шишкин. - С. 420-421.
2. Долонова, Г.М. Отражение в произведениях кыргызского устного творчества сведений о полезных растениях, используемых народом / Г.М. Долонова, К.О. Омурова, И.С. Содомбеков // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – №6-4. – С. 706-709.
3. Машковский, М.Д. Лекарственные средства / М.Д. Машковский. - М.: Новая волна, 2017. – 1216 с.
4. Лекарственное растительное сырье. Фармакогнозия / Под. ред. Г.П. Яковлева и К.Ф. Блиновой. - СПб.: СпецЛит, 2004. – 76 с.
5. Кенжебаева, Н.В. Лекарственные растения Кыргызстана в народной медицине // Н.В. Кенжебаева, М.Р. Ганыбаева / Исследования живой природы Кыргызстана. – 2010. - №1. – С. 21-22.
6. Кенжебаева, Н.В. Сохранение традиционных знаний о лекарственных растениях Кыргызстана // Н.В. Кенжебаева, Б.А. Султанова, М.Р. Ганыбаева / Известия ВУЗов. - 2011. – №3. – С. 136-138.
7. Содомбеков, И.С. Кыргыз элинин уюткулуу сырлары: Өсүмдүктөр дүйнөсү. 1 китеп // Адис редактор И.С. Содомбеков. – Бишкек: Кут-Бер, 2013. – 131 с.
8. Агафонов, А.Д. Использование ресурсов дикорастущих лекарственных растений и методы заготовительной работы Центросоюза / А.Д. Агафонов // В кн.: Ресурсы дикорастущих лекарственных растений СССР. Вып. 2. - М.: Изд. Всесоюз. науч.-исслед. ин-та лек. растений, 1972.
9. Государственная фармакопея СССР. Изд. 11-е., Т II, М., Медицина. 1989. – 244 с.
10. Алтымышев, А. Лекарственные богатства Киргизии / А. Алтымышев. - Фрунзе, 1976. – 134 с.

**МЭЭ ИНСУЛЬТУ КҮЧ АЛЫП ӨТКӨНДӨ КИЧИ КАН АЙЛАНМА НУГУНУН
ПАТОМОРФОЛОГИЯСЫ**

Д.Д. Тургумбаев¹, А.М. Мурзалиев², Ч.Т. Токтомушев¹

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти жогорулатуу институту,

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

Корутунду: Мээнин күч алган ишемиялык бузулууларында, кичи кан айланма нугунун реакциясынын өзүнчө өзгөчөлүктөрү болоорун жүргүзүлгөн изилдөөлөр даана көрсөттү. Кан тамыр нугунун аянттык кесилишинин жылчыгынын, жыштык санынын өзгөрүүсүндө өзгөчөлөнгөн динамика байкалды. Венанын стандарттык санынын туурасынын кесилишинин суммалык аянтын вена кан топтолмо болуунун деңгээлин аныктоо негизги дарттапма көрсөткүчү катары колдонсо болот. 233 учурду камтыган патоморфологиялык изилдөөлөр жүргүзүлдү. Каза болгон бейтаптарды ачып көрүү өлгөндүгү шексиз болгондон 6-12 саат өткөндөн кийин ишке ашырылды.

Негизги сөздөр: Күч алма ишемиялык инсульт, мээ кан тамырынын кичи кан айланма нугу, тамыр айланасы, шишме.

**ПАТОМОРФОЛОГИЯ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА
ПРИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

Д.Д. Тургумбаев¹, А.М. Мурзалиев², Ч.Т. Токтомушев¹

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации,

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведенное исследование показало, что при прогрессировании ишемических поражений головного мозга реакция микроциркуляторного русла имеет свои особенности. Выявляется своеобразная динамика изменения численной плотности, просвета и площади сечения сосудистого русла. Суммарную площадь поперечного сечения стандартного количества вен можно использовать в качестве диагностического показателя степени развития венозного застоя. В 233 случаях производилось патоморфологическое исследование. Вскрытие умерших больных проводилось спустя 6-12 часов после констатации смерти.

Ключевые слова: прогрессирующий ишемический инсульт, микроциркуляторное русло сосудов головного мозга, периваскулярный отек.

**PATHOMORPHOLOGY OF THE MICROCIRCULATORY BED WITH
A PROGRESSIVE COURSE OF ISCHEMIC STROKE**

D.D. Turgumbaev¹, A.M. Murzaliev², Ch.T. Toktomushev¹

¹ Kyrgyz State Medical Institute for Retraining and Advanced Studies,

² Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The investigation showed that microcirculation has own peculiarities in different forms of progressive ischemic brain lesions. Original dynamic changes of amount density, hole and cross-section square of vessels were revealed. General cross-section of standard venous value may be used as diagnostic indicator of venous stagnation development revealing in different level during whole investigation duration. Destructive changes originate in the counterpart (intact) brain hemisphere.

Key words: Progressive ischemic stroke, brain vessels microcirculation, perivascular swelling.

Азыркы кезде мээ инфаркттарынын патогенезинин өзгөчөлүктөрүн аныктоого байланыштуу маселе акыркы он жылдыкта ар кайсы профилдеги изилдөөчүлөрдүн көңүлүн өзүнө бурууда [1,2].

Мээ инфаркттарынын келип чыгуу жана өнүгүүсүнүн кан тамыр механизмдеринин,

ошондой эле кан тамыр системинин түзүмдүк (структуралык) өзгөрүүлөрүн изилдөөгө учурда көп сандаган билдирүүлөр арналган. Ошентсе да алар негизинен үстүрт кан жана мээ ичиндеги тамырларга гана таандык. Кичи кан айланма нугунун реакциялары патоморфологиялык планда азыраак изилденген [3,4,5,6]. Азыркы

кезге чейин тигил же башка патологиялык жылыштардын мээнин ишемиялык бузулууларынын келип чыгуулар жана белгилүү бир өтүү мөөнөтүнө дал келүү маселелери, кан тамыр нугунун өзгөрүүсүнүн өзгөчөлүктөрүнүн ишемиялык инсульттук клиникалык мүнөзүнө тикелей көз карандылыгы, ошондой эле мээнин патологиясынын ушул түрүндө кан тамыр системинин калыптануусу – ыцгайлануу реакциялары жеткиликтүү деңгээлде изилденген эмес.

Бул илимий эмгектин негизги максаты – күчөгөн ишемиялык инсультта мээнин кан тамыр нугунун патоморфологиясын изилдөө.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары

Бул илимий эмгек жарык оптикалык жана морфометрикалык ыкмаларды колдонуу менен ачып көрмө (секциялык) материалдардын негизинде аткарылды. Бишкек шаарынын медициналык тез жардам шаардык клиникалык бейтапканасынын (МТЖ ШКБ) жана Улуттук госпитальдын ангионеврологиялык бөлүмүндө ишемиялык инсульттан каза болгон бейтаптардын мээ паренхималарынын жана кан тамырларынын түзүлүштөрү (структурасы) 18 секциялык учур изилденди. Каза болгон бейтаптарды ачып көрүү өлгөнү шексиз болгондон 6-12 саат өткөндөн кийин жүргүзүлдү. Мээ инфаркттарында баштапкы патологиясы катары мээнин айланасындагы жана мээнин ичиндеги тамырлар гипертония оорусу жана бул оорулардын айкалышы эсептелди. Изилденген топторду мээ инфаркттарынын өтүүсүнүн ар кандай мөөнөттөрү пайда болгондон өлгөнгө чейинки (12 сааттан 24 суткага чейин убагы келтирилди. Контроль катары ушул эле жаштагы күтүлбөгөн кырсыктан мерт болгон адамдардын мээ тканы алынды. Алардын кан тамыр системинде патологиялык белгилер табылган жок (архивдик материал).

Изилдөөгө бузулган мээнин зонасынан, ошондой эле карама-каршы жактагы мээ жарым шарынын тийиштүү зоналарынан мээ чырпымдары (биоптатар) изилдөөгө алынды.

Мээнин тканы забуферендик формалинде (Лилли боюнча, 1965) бекитилди (фиксацияланды). Спирттин жогорулатылган концентрациясында ксилолдо агартылып, суусу кетирилди (дегидрацияланды) парафин-воск куюлду. Жарык оптикалык жана морфометрикалык изилдөө үчүн калыңдыгы 5-7 мкм кесинди Ван-Гизон боюнча гематоксин, эозин жана пикрофуксин менен Вейгерт боюнча Шифф йод кычкылдык (ШИК-реакция) реактиви менен Ниссл боюнча крезилвиолет менен боёлду.

Морфометрикалык ыкма менен кан тамыр нугун изилдөөдө кичи кан тамырлардын бөлүштүрүү жыштыгы, алардын диаметрлери, кан тамыр нугунун туурасынан кесилиш аянты изилденди. Вена кан толмо деңгээли веналардын (ар бир байкоого 20 дан кем эмес) стандарттын санынын суммалык аянтын эсептөө жолу менен аныкталды.

Изилдөөлөрдүн натыйжалары жана аларды талкуулоо

Мээ инфарктынын болуусунун эц эле эрте мөөнөтү (13-24 саат), эц эле көбүрөөк типтүүсү майда тамырлардын формаларынын ичиндегилери ишемия болгон жерде ачык билинген эритроциттик жана тромбициттик фибринделбеген тыгындоолор (тромбдор) кылтамырлардын (капиллярлардын) артериол жана венулдардын ички жылчыгын бүтөгөн тромбдор; плазмасы бар көп сандаган кыл тамырлар, кандын формалык элементтери, айрым кыл тамырлардын жукарып кескин кеңейиши, ошондой эле башка тамырлардын кескин таруусу байкалды. Акыркы учурда өзгөрүүлөрдүн эки варианты тец бирдей кездешкени: эндотелиалдык клеткалар туурасынан калыцдап топтолмо (концентрациялык) тарылмасы жана ал клеткалар жацтайышып бир эле убакытта жукаруусу аныкталды.

Кан тамырлардын кандай гана калибрлик кайра ченөө болбосун астроцитардык терминалдардын бузулуусу жана кескин кеңейүүсү күчөгөн кан тамырлардын айланасындагы нерв тканынын көпшөктөнүүсү жана ушул эле процесстер нейрондордун айланасында алда канча аз деңгээлде кездешет.

Биринчи сутканын аягында ачык билинген лейкоцитардык реакция кандын формалык элементтери кошулган лейкоциттик тыгындар (тромбдор) эритропедез, эритроциттердин бузулуулары жана айрым эритроциттик тыгындардын галин сымал тромбдордун пайда болуусу аныкталды. Морфометрикалык изилдөөлөр көрсөткөндөй 1 сутка бузулган зонада кыл тамырлардын саны контролго салыштырмалуу 23,1%га азайган. Кан тамырлардын кичи кан айланма нугунун жылчыгы 8,6% жана алардын туурасынан кесилиш аянты 1,8 ке чейин кичирейген. Ал веналардын стандарттык санынын суммалык аянтынын 14,7% көбөйүүсүнө алып келген (1-табл.).

Инфаркт болгондун баштапкы мезгилинде мээнин түзүмү бузулбай сакталат, некробиотикалык өзгөрүүлөр баарынан мурда нерв клеткаларынан табылган. Алардын

арасынан ишемиялык жана гомогенездөөчү өзгөрүүлөрү бар клеткалар да кездешет. Баардык бул кубулуштар өткүр жана бат өөрчүгөн кан айлануу алсыздыгында пайда болот [7].

Мээ кыртышынын бузулган зонасынын очогунун чет жагында, ошондой эле жарым

шарынын бузулбаган карама-каршы аймагында кичи кан айланма нугунда гистологиялык көрүнүш ар бир конкреттүү учурга тийиштүү өзгөчөлүктөрүнө жараша жылыштар табылды. Айрым бир кан тамырларда эндотелийдин начар билинген жаңы жаралмасы байкалган.

1 - таблица

Кан тамыр нугунун бузулган очогунун морфометрикалык көрсөткүчтөрү (M+m)

Көрсөткүчтөрү	Изилдөө мөөнөттөрү				
	контроль	1 сутка	5 сутка	14 сутка	24 сутка
Кыл тамырлардын саны (1мм ²)	284,9±29,2	219,1±16,5*	277,4±36,4*	132,9±14,0*	132,9±13,7*
Кыл тамырлардын диаметри (мкм)	9,4 ±1,2	8,6±0,5*	9,7±0,7*	11,5±0,8*	8,7±0,7*
Кыл тамырлардын туурасынан кесилиши (мкм ²)	69,6±18,3	58,4±4,1	78,7±12,8*	103,4±10,4*	56,8±9,8
Веналардын туурасынан кесилишинин сумма аянты (x10 ³ мкм ²)	32,9±0,8	37,2±0,3*	42,4±0,5*	34,4±0,8*	39,0±1,5*

Эскертме: * – көрсөткүчтөр контролдон кынтыксыз айырмаланышат (P<0,05)

Каза болгондон кийинки аутолиздин деңгээли, өлүм алдындагы жанталашууга, мезгилдин узактыгына жана дарттын оордугуна, реанимация мезгилинин узактыгына көз каранды, чет жаккы зонадагы кыл тамырлардын бөлүштүрүү аянты 39,8% кичирейген, кичи кан айланма нугунун кан тамырларынын кесилиш аянты жана жылчыгы 32,84, ал эм контролдук топтун көрсөткүчү аларга салыштырмалуу 26, 34% жогору болду.

Веналардын жылчыктары кеңейген. Ал табылган артериянын ички кан толуму, артериялардын айланасынын шишимеси, кан тамырлардын айланасынын плазматикалык чылануусу, венанын өткүр кан толмосу айгинелейт. Анын далили болуп веналардын сумма аянтынын 53,7±0,6x10³ мкм² көбөйүшү болуп саналат [7].

Мээ жарым шардын патологиялык очокко карама-каршы мээ кыртышынын затында кескин билинген клеткалардын айланасынын, кан тамырлардын айланасынын шишимеси, негизги заттын суюлма майда очоктору табылган. Көптөгөн майда жана орточо артерияларда кан тамырлардын капталдары гипертония оорусуна мүнөздүү: капталдын калыңдоосу жана склерозу, гиперэластоз эластиклык мембрананын ажыроосу менен айкалышкан гиперэластозу табылган.

Кичи кан айланма нугунда морфометриялык ыкма менен кичинекей кан тамырлардын жылчыктары контролго салыштырмалуу 11,6% кеңейгени байкалды. Ал көрсөткүч бузулган очоктогу көрсөткүчкө караганда 22,1% кан тамырлардын кесилиш аянты 1,4 жана 1,6 эсе өскөн. Ошол эле учурда функциясы сакталган

кан тамырлардын сандык жыштыгы контролдон 40,2% төмөн болду. Чет жаккы участкалар менен салыштырмалуу веналардын жылчыктары тарыган, бирок очоктогу аты уйкаш кан тамырларга салыштырмалуу диаметрлери чон болгон. Веналардын суммардык аянты 42,9±2,6x10³ мкм²га жеткен.

Инфарктын өтүүсүнүн 5-күнүндө очокто көп сандаган бүдүрөкөй шарчалар пайда болгон. Алар жаны жаралма болгон кыл тамырлардын капталдарына жайгашкан же алардын курамына киришкен. Кан жүрүү калыбына келген кан тамырлардын тегерегинде бирдей эмес шишме сакталып калган. Алардын капталдарынын эпителиалдык клеткаларынан очоктук өнүмдүү (продуктивдүү) реакциялар табылган. Мурун чириме (некротизация) болгон кан тамырларда аутомитикалык өзгөрүүлөр пайда болгон. Начар көрүнгөн (контурланган) артериолдордун көлөкөлөрү жабышып калган кыл тамырлардын калдыктары кууш тасма сымал көрүнөт.

Кан тамырлардын айланасындагы шишме кыскан бул мөөнөттө морфометриялык ыкма менен сандык жыштык көбөйгөнү кыл тамырлардын жылчыктары кеңейгени, веналардын кесилишинин суммардык аянттары чоңойгону аныкталды (1 - табл.). Чириме болгон очокто мээ тканы структурасы үбөлөнгөн массага окшошуп калган.

Бузулган зонанын чет жак аймактарында кан жүрбөгөн кан тамырлар жабышкан кан тамырлар аныкталды. Бардык кан тамырлардын айланасында ачык билинген кан тамыр сыртындагы шишме байкалды. Кичи кан айланма нугунун кан тамырларында очоктук жаңы жаралма аныкталды. Бул зонада кыл

тамырлардын сандык жыштыгы мурунку мөөнөттүн көрсөткүчүнөн жогору болду. Кан тамыр нугунун кесилиш аянтын кичирейтүүгө алып келген кичи кан тамырлардын, ошондой эле ири кан тамырлардын ачык билинген кысылма реакциясы билинди (2 - табл.). Мээнин паренхимасында шакек сымал тамыр сыртындагы чиримелер торчо суюлма участкалар, клеткалар сыртындагы шишимелер байкалды. Невроциттердин толук кариоцитозу же терең ишемиялык өзгөрүүлөрү пайда болду. Гиалиндүү клеткалар пикнотикалык өзөктөрү менен цитоплазмада бүдүрлөнөт жана глиоциттердин кариоцитоздук кубулуштары табылды.

Ишемиялык инфаркт болгондун 5-суткасында мээнин жарым шарынын бузулган очогунун контрлатералдык жагында кичи кан айланма нугунун кан тамырларында таралган стаждар: эритроциттердин диapedези плазморрагиялар аныкталды. Калибры боюнча алда канча чоңураак кан тамырлары кан тамырлардын капталдары өзгөргөнү: алардын калыңдоосу эндотелиалдык клеткалардын барсаюулары, кан тамырлардын капталдарынын гиалинозу же плазматикалык сицирилүүлөрү, бардык

капталдын фиброзунун эсебинен айрым кан тамырлардын жылчыктарынын тааруусу табылды. Кан тамырлардын сандык жыштыгы контролдук көрсөткүчтөн 1,5 эсе ашат. Алырдын жылычыктары алда канча $11,3 \pm 1,9$ мкм чоңойгону билинди. Ал кесилиш аянтынын 1,9 эсе чоңоюшуна алып келди. Веналардын тарабаган кан толмолору байкалды. Ошондой болсо да морфометриялык көрсөткүчтөрү контролдук маанисинен бир аз жогору (3 - табл.). Мээнин паренхимасында тамырдын сыртындагы көп сандаган чиримелер, сейректеме торчо зоналары, майда очоктук чиримелер табылды. Тамырлардын сыртындагы жана клеткалардын сыртындагы шишимелер алда канча ачык даана билинди. Кочкул-базофилдик цитоплазмасы жана пикнотикалык өзөгү бар көп сандаган гиперхромдук невроциттердин пайда болушу көңүлдү өзүнө бурат. Ишемиясы жана гомогендик өзгөрүүлөрү бар айрым невроциттер инкапсуляцияланган, туташтырма ткандан турган баштыкчалар менен капталган глиал клеткалары кездешет. Ушуга окшогон нейрондор мүмкүн андан ары нейронофагияга дуушар болушат [8].

2 - таблица

Кан тамыр нугунун чет жаккы зонасындагы морфометриялык көрсөткүчтөр (M+m)

Көрсөткүчтөрү	Изилдөө мөөнөттөрү				
	контроль	1 сутка	5 сутка	14 сутка	24 сутка
Кыл тамырлардын саны (1 мм ²)	284,9±29,2	171,4±10,5*	246,8±13,0*	143,5±15,5*	132,9±14,0*
Кыл тамырлардын диаметри (мкм)	9,4 ±1,2	12,5±1,5*	8,6±0,3*	8,3±0,9*	8,7±0,8*
Кыл тамырлардын кесилиш аянты (мкм ²)	69,6±18,3	122,7±9,8*	60,5±4,9*	54,1±14,2*	65,8±9,7*
Веналардын кесилишинин суммалык аянты (x10 ³ мкм ²)	32,9±0,8	53,7±1,8*	26,9±1,0*	46,5±1,4*	48,8±1,8*

Эскертме: * – көрсөткүчтөр контролдон кынтыксыз айырмаланышат ($P < 0,05$)

Нейроглиялардын морфологиялык өзгөрүүлөрү дистрофиялык өзгөрүүлөр, некробиоздор көбүнчө невроциттерден жана кан тамырлардан алысыраак жайгашкан, сакталган глиал клеткалардын гипертрофиясы глиоциттердин бузулган бөлүктөрү көрүнөт.

Чоң, жайылган инфаркттарда алар башталгандан экинчи жуманын аягында каза болгон учурда очоктордун чордонунда (гетеролитикалык бузуулар коштоп) жаңы жаралган капталдардын, ошондой эле артериолдор жана венулардын чиримелери табылды. Кан тамырлардын капталдарынын бузулган зоналары очоктун борборунда гана эмес, анын чет жактарында жайгашкан, башкача айтканда, ар бир очокто кызыл-ала (мозаика) болуп көрүнөт. Ошентип, ишемиялык инфаркт болгондун 14-суткасында мээ затынын көптөгөн кан тамырларынын

капталдарында калыңдоо, ажыроо, коллагендешүү, бүтөлүү жана каналчалардын ачылуулары (реканализация) байкалды. Өзгөрүлгөн кан тамырлардын айланасында жайылган тамырлардын сыртындагы шишимелер, ткандын крибрездүүлүгү белгиленди. Кичи кан айланма нугунун бузулган очогунда кан тамырлардын саны контроль менен салыштырмалуу 2,1 эсе азайган. Кыл тамырлардын кеңейме реакциялары байкалды. Алардын орточо туурасынан кесилиш аянты 1,5 кеңейген. Веналардын жылчыктары тарыган, алардын суммардык көрсөткүчү бул аймакта вена кан топтолмосу жоктугун же начар экенин далилдейт (1 - табл.). Бузулган очокто мээ заты абдан шишиген, крибрездүү бузулган, сицирилип жок болуу стадиясында мээ затынын калыптануу стадиясынын белгилери менен кошо

очоктун толук эмес чиримеси аныкталды. Бул зонада демейдеги нормалдуу нерв клеткалар калган эмес. Айрым гана кычкылтек жетпеген невриттер кездешет. Көбүнчө кан тамырлардын жанында жайгашкан глиалиндик элементтердин очоктуу гиперплазиясы жана гипертрофиясы көңүлдү өзүнө бурат. Очоктун чет жаккы зоналарында ишемиялык инфаркт болгондон 2-жумадан кийин көп сандаган жабышкан кан тамырлар кыл тамырларда таралган кан токтодор эритроциттердин диапедези, плазморагиялар аныкталды. Калибры боюнча чоң кан тамырларда калыңдоо, эндотелиалдык клеткалардын барсаосу, гиалиноз жана тамыр капталдарынын плазматикалык ширелмеси, айрым кан тамырлардын жылчыктары баардык капталдарынын берчтенүүлөрүнүн эсебинен тарымасы табылды. Функциясы сакталган кыл тамырлардын сандык жыштыгы алда канча

төмөндөп, контролдук көрсөткүчтүн 50,4% түздү. Ошого жараша 11,8% жана 22,2% кан тамырлардын туурасынан кесилиш аянты кичирейди. Вена кан толмосу күчөдү, алардын суммардык аянты $46,5 \pm 1,4 \times 10^3$ мкм²га чейин кеңейди. Мээ затында жабышкан кан тамырлардын айланасында очоктук толук эмес чиримелер тыгындалган жана бүтөлгөн толук чирименин майда очоктору аныкталды. Невриттердин саны азайып, нейрондордун көп сандаган ишемиялык өзгөрүүлөрү өлгөн нерв клеткаларынын калдык денечелери байкалды. Ошону менен бирге айрым участоктордо нейрондордун жана алардын өзөктөрүнүн гипертрофиясы билинди. Глиалин клеткалардын өзөктөрүнүн очоктук гипертрофиясы глиоциттердин жаңы жаралмалары, өзгөчө ишемиядан өзгөрүлгөн нейрондордун жанында ачык билинген нейронго салыштырмалуу 6-8 глиоциттерге чейин сателлитоздун көтөрүлүшү.

3 - таблица

Контралатералдык жарым шардын кан тамыр нугунун морфометриялык көрсөткүчтөрү (M+m)

Көрсөткүчтөрү	Изилдөө мөөнөттөрү				
	контроль	1 сутка	5 сутка	14 сутка	24 сутка
Кыл тамырлардын саны (1мм ²)	284,9±29,2	170,5±10,4*	439,5±45,5*	188,9±17,5*	207,9±9,7*
Кыл тамырлардын диаметри (мкм)	9,4 ±1,2	10,5±0,4*	11,3±1,9	7,7±0,4*	10,3±1,6*
Кыл тамырлардын кесилиш аянты (мкм ²)	69,6±18,3	96,1±6,7*	134,4±43,2	50,3±5,4*	125,8±36,6*
Веналардын кесилишинин суммалык аянты (x10 ³ мкм ²)	32,9±0,8	42,9±2,6*	34,7±2,1	37,1±2,5*	44,4±1,7*

Эскертме: * – көрсөткүчтөр контролдон кынтыксыз айырмаланышат (P<0,05)

Контралатералдык жарым шарда чет жаккы зоналарга окшоп жабышкан кан жүрбөгөн кыл тамырлар, алардын көпчүлүгүнүн жылчыктары эндотелиоциттердин барыккан өзөктөрү менен бүтөлгөн. Майда кан тамырлардын капталдары калыңдап, көбүнчө гиалин болуп өзгөрүшкөн. Ири кан тамырлардын капталдары фиброз болуп холестерин токтолгон. Алардын айланасына фиброцит сымал клеткалар пайда болгон. Кичи кан айланма нуктун кан тамырларынын сандык жыштыгы контролго салыштырмалуу 66,3% түзгөн. Мында тарыма реакция чоң даражада билинген: алардын туурасынан кесилиш аянты жана диаметри 11,8% жана 27,7% азайган.

Вена звеносунун кан тамырларынын кан толмосу, веналардын суммардык аянтынын кеңейгени байкалган (3 - табл.). Мээ кыртышынын тканында микроскопиялык чириме очоктору табылды. Глиалин элементтеринин орточо жайылма гиперплазиясы кездешет.

Ишемиялык инсульт болгондон кийин 24 суткага чейин болгон биринчи инсульттан кийин бузулган очоктору көп сандаган коллагендик

талчалар менен глиомезодерминдик берчтер учурайт. Берч ткандардын айланасында жана контралатералдык аймактарда гипертония оорусунун склероз стадиясына мүнөздүү болгон, алда канча капталдары ар түркүн болуп өзгөрүлгөн кан тамырлар кездешет. Булчуц катмардын склерозу, гипертрофиясы жана интиманын калыңдоосунун эсебинен кан тамырлардын жылчыктарынын кескин тарыганы белгиленди. Бузулган очокто жана чет жаккы зонасында бүтөлгөн (редукцияланган) кан жабдуунун сакталышы кыл тамырлардын сандык жыштыгынын, кан тамырлардын кесилиш аянтынын жана жылчыктарынын кичирейүүсү менен мүнөздөлөт. Контралатералдык жарым шарда кан тамырлардын сандык жыштыгы көбөйгөнү, кыл тамырлардын кеңейме реакциясы жана веналык кан толмо белгилери пайда болгон (1, 2, 3 - табл.). Мээ затында толук жана жарым толук чириме майда очоктук зоналар табылды. Глиоциттердин ачык билинген очоктуу жаралмасы жана сателлитоз кездешет. Нейрондордун очоктуу ажырап түшмөсү, алда

канча көп сандагы клетка ткандары байкалган. Аны менен катар абдан чоң гигант пирамида нейрондору табылды. Алардын аянты демейдеги нейрониттер менен салыштырмалуу 5-8 эсе кеңейген. Бул клеткалардан өсүндүлөрү алда канча жоонойгон, өзөктөрүнүн жана өзөкчөлөрүнүн көлөмдөрү да чоңойгон, цитоплазмада майда кезектүү базофилдик зат табылган. Аталган клеткалардагы гипертрофия нейрониттердин саны кескин азайган шартта күчөгөн функционалдык күч келүүнү камсыз кылган аткарган кызматын калыптанма (компенсатордук) көнүгүү ыңгайлашуу процесстерин чагылдыраары талашсыз [8].

Изилдөөлөрдүн жыйынтыгы.

Ошентип, жүргүзүлгөн изилдөөлөр: мээнин ишемиялык бузулуусунун алгачкы мөөнөттөрүндө карама-каршы жарым шардын ткандары жана ишемиялык очокту курчаган аймактарында кичи кан айланма нугунун кан тамырларында болгон жана өзгөчөлөнгөн өзгөрүү формалары менен мүнөздөлөөрүн көрсөттү. Мээнин күч алган ишемиялык бузулууларынын ар түрдүү формаларында кичи кан айланма нугунун реакциясынын өзүнчө өзгөчөлүктөрү билинди. Андан тышкары кан тамыр нугунун кесилиш аянтынын жылчыктарынын жана сандык жыштыктын өзгөрүүлөрүнүн өзгөчө динамикасы табылды. Веналардын стандарттык сандагы туурасынан кесилиш суммардык аянтты байкоонун бардык мөөнөттөрүндө ар кандай деңгээлде билингени, кан толмонун деңгээлин аныктоого дарттапма көрсөткүчү катары колдонсо болот.

Ишемиялык инсультта репаративдик процесстер эрте билинет. Кыл тамырлардын саны өзгөрөт, жаңылар жаралат жана болгон кан тамырлар калибрин кайра ченөөгө дуушар болушат. Ишемиялык инсульттун көбүрөөк жай өтүүсү калыптанма (компенсатордук) механизмдердин эрте башталышына өбөлгө түзөт. Аларды морфологиялык ыкмалар менен тактап алса болот. Ишемиялык инсультта борбордук нерв системинде калыптанма реакцияларга караганда дистрофиялык процесстер көбүрөөк кездешет. Ошондуктан, иштебей калган функцияларды кайра калыбына келтирүү үчүн денедеги болгон бардык мүмкүнчүлүктөр жетишсиз кылышат.

Андан тышкары, жүргүзүлгөн илимий-изилдөөлөр төмөндөгүлөрдү көрсөттү: кан тамырдын бузулуу очогу пайда болгонго жооп катары деструктивдүү өзгөрүүлөр мээ жарым шарынын карама-каршы соо жагында пайда болушат. Инсульттун өткүр мезгили өткөндөн кийин бузулган функцияларды калыптандырууга багытталган көнмө реакциялардын процесстери активдеше баштайт. Алар негизинен репаративдик жана калыптанма процесстер (неврондордун жана алардын курамчаларынын гипертрофиясы, гиалин элементеринин гиперплазиясы, жаңы жаралмалар кан тамырлардын кайракалибровкасы ж.б.). Ошентсе да, бул процесстер дайым эле жетишээрлик эмес жана оорунун клиникалык өтүүсү менен өз ара тыгыз байланыштуу коррелляция болот.

Адабияттар

1. Верцагин, Н.В. *Приоритетные направления научных исследований по проблеме нарушений мозгового кровообращения* / Н.В. Верцагин, Т.С. Гулевская, Ю.К. Миловидов // *Ж. невропат, психиат.* – 1990. – Т. 90, в. 1. – С. 3-8.
2. Григорьева, В.Н. *Диагностика ишемического инсульта* / В.Н. Григорьева, Е.В. Гузанова, Е.М. Захарова. - Нижний Новгород: *Диагностика*, 2008. – 191 с.
3. Тургумбаев, Д.Д. *Динамика реакции микроциркуляторного русла при прогрессировании ишемического инсульта* / Д.Д. Тургумбаев, Ч.Т. Токтомушев // *Астана Медициналык Журналы (Astana Medical Journal)*. - 2013. - №3 (37). – С. 143-149.
4. Хеннерици, М.Дж. *Клиническое руководство* / М.Дж. Хеннерици, Ж. Богуславски, Р.Л. Сакко. – М.: «МЕДпресс-информ», 2008. – 223 с.
5. Amarenco, P. *Stroke prevention, blood cholesterol, and statins* / P. Amarenco, P. Lavallee, P.J. Touboul // *Lancet Neurol.* – 2004. - №3. – P. 271-278.
6. *Stroke related to carotid artery dissection in a young patient with Takayasu arteritis, Systemic Lupus Erythematosus and antiphospholipid antibody syndrome* / [V. Caso, M. Paciaroni, L. Parnetti et al.] // *Cerebrovasc Dis.* – 2002. – Vol. 13. – P/67-69.
7. *Cerebrovascular diseases: new trends in surgical and medical aspects* / Eds. Barnett H. et al. – Amsterdam: Elsevier North Holland, 1981. - 162 p.
8. *Lowering homocysteine in patients with ischaemic stroke to prevent recurrent stroke, myocardial infarction, and death: the Vitamin Intervention for Stroke Prevention (VISP) randomized controlled trial* / [J.F. Toole et al.] // *JAMA.* – 2004. – V. 291. – P. 565-575.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СИРОПА ВАЙФЕКС
У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ И ПОДОСТРЫМ КАШЛЕМ**

А.И. Акылбеков, М.Ж. Мадемиллов, Т.М. Сооронбаев

Национальный центр кардиологии и терапии имени академика М.М. Миррахимова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На базе НЦКиТ было проведено рандомизированное клиническое исследование с целью оценки влияния сиропа Вайфлекс на показатели общего самочувствия и качества жизни больных пульмонологического стационара с острым/подострым средневыраженным или тяжелым кашлем. Было показано, что, в отличие от группы контроля, при добавлении к основному режиму терапии сиропа Вайфекса после 5-го дня лечения статистически и клинически значимо уменьшалась тяжесть проявлений кашля по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) (как частота, так и интенсивность), а также – показатели шкалы суточной интенсивности кашля (ШСИК) и физическая составляющая качества жизни пациентов по вопроснику кашля Лечестера (ВКЛ). Полученные данные демонстрируют эффективность и безопасность сиропа Вайфекса у пациентов с продолжительным мучительным и раздражающим кашлем в относительно быстром снижении тяжести неприятных симптомов, а также – в существенном улучшении их общего состояния, ночного сна и качества жизни.

Ключевые слова: кашель, выраженность симптомов, сироп Вайфекса.

**КУРЧ ЖАНА КУРЧУП БАРА ЖАТКАН ЖӨТӨЛДҮ ДАРЫЛООДО
ВАЙФЕКС СИРОБУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮН БААЛОО**

А.И. Акылбеков, М.Ж. Мадемиллов, Т.М. Сооронбаев

Академик М.М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: УКЖТБ (академик М.М. Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору) базасында Вайфлекс жөтөлгө каршы сиробунун пульмонология стационарындагы курч/курчуп бара жаткан орточо жана күчтүү жөтөлдөн жабыркаган оорулуулардын жалпы абалы жана жашоо сапатына таасирин баалоо максатында рандомизацияланган клиникалык изилдөө жүргүзүлгөн. Көзөмөл тобунан айырмаланып, негизги терапия режимине Вайфлекс сиробун кошкон учурда дарылоонун 5-күнүнөн тартып жөтөлдүн статистикалык жана клиникалык күчү ВАШ шкаласы (жыштыгы жана интенсивдүүлүгү) боюнча, ошондой эле ЖСИП боюнча жөтөлдүн бир күндүк интенсивдүүлүгү, ЛЖС боюнча бейтаптардын жашоо сапатынын физикалык курамдык бөлүгү олуттуу төмөндөгөн. Алынган маалыматтар узакка созулган кыйнаган жана дүүлүктүргөн жөтөлдөн жабыркаган бейтаптарды дарылоодо Вайфлекс сиробунун жагымсыз симптомдордун күчүн салыштырмалуу тез төмөндөтүүдө эффективдүүлүгү жана коопсуздугун, ошондой эле алардын жалпы абалын, түнкү уйкуусун жана жашоо сапатын олуттуу жакшыртканын көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жөтөл, симптомдордун көрүнүктүүлүгү, Вайфлекс сиробу.

**EVALUATION OF EFFICACY OF VIFEX SYRUP
IN PATIENTS WITH ACUTE AND SUBACUTE COUGH**

A.I. Akylbekov, M.J. Mademilov, T.M. Sooronbaev

National Center of Cardiology and Internal Medicine named after Academician M.M. Mirrakhimov
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The randomized controlled clinical trial for evaluation of efficacy of Vifex syrup on parameters of global health assessment and quality of life of pulmonary in-patients with moderate or severe acute/subacute cough was conducted in National Center of Cardiology and Internal Medicine. In comparison with patients in control group, addition of Vifex syrup to the main therapy regimen in experimental group after 5th day of therapy resulted in clinically and statistically significant improvement of cough frequency and severity (measured by VAS), cough daytime intensity (measured by verbal range scale of Cough daily intensity diary), and physical constituent of quality of life of patients (measured by Leicester Cough Questionnaire). Obtained data demonstrates efficacy and safety of Vifex syrup in relief of unpleasant symptoms severity in comparatively short time and significantly improvement of global health status, nocturnal sleep and quality of life in patients with persistent distressful and annoying cough.

Keywords: cough, symptom severity, Vifex syrup.

Введение. Кашель считается важным медицинским феноменом наряду со своей защитной функцией очищения дыхательных путей от раздражающих агентов, кашель – это причина распространения определенных инфекций (ОРВИ, туберкулез), а также – фактор, осложняющий самочувствие пациента и вызывающий нежелательные последствия (наиболее частые – боль в груди и одышка, тошнота и рвота, головокружение и нарушение сна) [1,2]. Согласно современным данным, нежелательные последствия и осложнения после кашля можно классифицировать по нескольким группам: респираторные (обострения астмы, ларингеальная травма, легочная или межреберная грыжа), сердечно-сосудистые (артериальная гипотензия, нарушения сердечного ритма, обмороки), желудочно-кишечные (выпячивания грыж, разрыв кист печени, кровотечения), мочеполовые (недержание мочи, опущение мочевого пузыря), неврологические (острая радикулопатия, головокружение, обмороки), дерматологические (разрыв ран, петехизация кожи груди и живота), кроме того – немаловажные для пациента неприятные психологические последствия [3].

По оценкам экспертов, какой-либо кашель в любое время наблюдается от 9-33% до 40% населения развитых стран, включая маленьких детей [1,4]. Кашель является одним из самых распространенных симптомов, влияющих на работоспособность и качество жизни страдающих лиц и вынуждающих пациентов обращаться за медицинской помощью [5]. В практике семейной медицины кашель является наиболее частым симптомом у мужчин и 2-м по частоте (после тазовой боли) у женщин [6]. Немаловажно, что пациенты обращаются по поводу кашля за первичной медицинской помощью в 2-3 раза чаще, чем по поводу других распространенных беспокойств (лихорадка, боль в горле, спастическая боль в животе или боль в спине) [7].

Немаловажно, что кашель проявляется как симптом целого ряда патологий и расстройств: болезней верхних и нижних дыхательных путей, нарушений функции сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, а также – как следствие применения лекарственных средств различных групп [8]. Кроме того, кашель может сопровождать самые различные состояния организма – его реакцию на загрязнение воздуха и на курение, на средства косметической или бытовой химии, на избыточную массу тела, и т.д. [5].

Оценка кашля проводится по нескольким параметрам, основные из которых – этиология, продолжительность, характер и специфичность кашля [9,10]. Согласно рекомендациям авторитетных международных организаций, в диагностике кашля в первую очередь следует оценивать его длительность [11-15]. Рекомендуется подразделять кашель на острый (до 8 недель) и хронический (более 8 недель), некоторые клинические протоколы рекомендуют выделять в стадии острого кашля также стадию подострого кашля (3-8 недель) [12,14,15]. Острый кашель наблюдается у большего количества населения, в то время, как хронический кашель, отмечается только у 11-18% жителей развитых стран [5]. По данным Европейского Респираторного Общества хронический кашель чаще возникает у женщин, у лиц с ожирением и у курящих лиц, а наиболее частой причиной хронического ночного кашля является бронхиальная астма [5].

Ввиду существенного влияния на работоспособность и качество жизни, обычное требование пациентов – это быстрое облегчение проявлений и тяжести кашля [16]. Согласно статистическим данным, 2/3 взрослых больных с кашлем обращается за медицинской помощью в 1-ю неделю, а уже во 2-ю – все 9 пациентов из 10 начинают искать средство для избавления от этого неприятного симптома [17]. С другой стороны, специалисты подходят к выбору средства для лечения кашля осторожно, – из-за разнообразий проявлений кашля, его специфичности и длительности. Однако, тяжелый, надсадный и удушающий кашель в большинстве случаев требует фармакологического вмешательства [18]. Все средства для лечения кашля можно разделить на экспекторанты, противокашлевые и протуссивные [18]. Экспекторанты влияют на мукоцилиарный фактор (по классификации ВОЗ делятся на муколитики и отхаркивающие), а противокашлевые средства – влияют на центральные или периферические звенья кашлевого рефлекса [18,19]. Протуссивные средства показаны лицам с хроническими патологиями (ХОБЛ, муковисцидоз, хронический бронхит), – как дополнение к нефармакологическому лечению, с целью очищения дыхательных путей от застоявшейся слизи [18,20].

Наиболее часто применяющимися при кашле средствами являются противокашлевые средства (применяются как отдельно, так и совместно с другими средствами) и экспекторанты (снижают вязкость и липкость мокроты) [18]. Противокашлевые средства периферического действия снижают возбудимость нейронов афферентной

дуги кашлевого рефлекса, понижая их чувствительность к действию внешних раздражителей (механических, термических, химических), значительно возрастающую на фоне воспаления, что тоже уменьшает интенсивность и частоту кашлевого синдрома [18].

Одним из комбинированных средств, объединяющих в себе бронхорасширяющий и муколитический эффекты, является Вайфлекс, содержащий сальбутамол, бромгексина гидрохлорид, гвайфенезин и ментол). Противокашлевой эффект Вайфлекса заключается в комбинированном действии следующих компонентов: **сальбутамол** – селективный агонист β_2 -адренорецепторов, обладающий бронхорасширяющими свойствами и более продолжительным периодом действия в сравнении с другими бронхолитическими средствами; **бромгексина гидрохлорид** снижает вязкость мокроты и оказывает муколитическое действие; **гвайфенезин** уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, очищает дыхательные пути, способствует ее отхаркиванию, облегчая раздражение и сухой кашель; **ментол** оказывает успокаивающее действие на эпителий слизистой оболочки бронхов. В клинических исследованиях была показана высокая эффективность и безопасность Вайфлекса при лечении кашля у самых различных категорий больных – у лиц с постинфекционным кашлем, у детей, у лиц с хроническим непродуктивным кашлем и т.д. Так как кашель чрезвычайно характерен у пациентов пульмонологического стационара, нами было решено провести клиническое исследование влияния сиропа Вайфлекс на здоровье и общее самочувствие больных с кашлем.

Цель исследования: Изучение влияния сиропа Вайфлекс на объективные и субъективные параметры здоровья и общего самочувствия больных с острым и подострым кашлевым синдромом.

Материал и методы исследования

Рандомизированное параллельное контролируемое клиническое исследование проводилось на базе Отделения пульмонологии и аллергологии с блоком интенсивной терапии Национального центра кардиологии и терапии им. акад. М.М. Миррахимова в период с февраля по апрель 2018 года. В качестве участников в исследование были вовлечены лечившиеся в Отделении пациенты в возрасте 19-65 лет с наличием острого или подострого кашлевого синдрома (согласно анамнезу), давшие согласие на участие в исследовании и жаловавшиеся на частые или раздражающие приступы кашля (показатели шкал: ШСИК (шкала суточной интенсивности кашля) ≥ 3 или ВАШ

(визуальная аналоговая шкала) ≥ 30 мм). В исследование не включались пациенты с непереносимостью любого из компонентов сиропа Вайфлекс (в анамнезе), применявшие за последние 6 дней другие противокашлевые спазмолитические или средства, беременные или вскармливающие грудью женщины, пациенты с тяжелой печеночной и/или почечной недостаточностью, с нарушениями сердечного ритма, с сахарным диабетом, с функциональными или органическими расстройствами органов верхнего отдела ЖКТ, и лица, недавно перенесшие обширные оперативные вмешательства, или вмешательства в области промежности и малого таза.

Включенные в исследование больные были разделены на 2 группы – контрольную, принимавшую стандартное лечение согласно основному заболеванию, и основную, в которой, дополнительно к стандартной терапии, назначался зарегистрированный в Кыргызской Республике противокашлевой сироп Вайфлекс (сальбутамол сульфат 1 мг; бромгексина гидрохлорид 2 мг; гвайфенезин 50 мг, 100 мл во флаконе) – в течение 7 дней, по 5 мл 3 раза в день.

Для обеспечения случайности выборки больные, с помощью простой фиксированной рандомизации, делились на группы (выбирая конверты с номерками от 1 до 60): пациенты, выбравшие номерки, кратные 6, вошли в контрольную группу, остальные – в основную группу. Тяжесть, частота и интенсивность кашля, а также – влияния кашля на самочувствие и качество жизни пациентов оценивались по рекомендованным для этого авторитетными организациями шкалам [11,21]: по визуальной аналоговой шкале 10-см-ой (ВАШ – для оценки степени тяжести кашля), вербальной ранговой шкале оценки суточной интенсивности кашля (ШСИК – для оценки суточной интенсивности кашля), и вопроснику кашля Лечестера модифицированному (ВКЛ – для оценки показателей качества жизни; отдельно – физический, психологический и социальный показатели, а также – сводный показатель).

Оценка показателей проводилась: по шкалам ВАШ и ШСИК (что было также необходимо для выявления соответствующих пациентов) – до начала лечения [обследование I], а также после 2-го [обследование II], 5-го [обследование III] и 9-го дня [обследование IV] лечения (соответственно, на 3-й, 6-й и 9-й день), а по вопроснику кашля Лечестера (ВКЛ) – до начала лечения и после 5-го и на 9-го дней лечения. Все больные тестировались по вышеуказанным параметрам в

одно и то же время суток, до и после начала лечения сиропом Вайфлекс в основной группе и в аналогичное время – в контрольной группе. В качестве клинически значимых изменений было принято считать (согласно рекомендациям) [22-30]: уменьшение/увеличение тяжести кашля по ВАШ – снижение/повышение параметра на ≥ 17 мм, уменьшение/увеличение суточной интенсивности кашля по ШСИК – снижение/повышение параметра на ≥ 2 балла, и улучшение/ухудшение качества жизни больного по ВКЛ – повышение/снижение параметра на $\geq 2,5$ балла, соответственно. Для оценки безопасности назначенного лечения применялся листок регистрации нежелательных реакций.

Статистическая обработка полученных непрерывных переменных тяжести кашля по ВАШ, суточной интенсивности кашля по ШСИК и качества жизни больных по ВКЛ оценивались при помощи t-теста (статистическая значимость [дву-

сторонняя] $p < 0,05$ при 95% доверительном интервале, оговоренная мощность тестов $\geq 80\%$ [$b=0,2$]).

Результаты исследования и обсуждение

Исследование довели до конца все 60 пациентов (10 – в контрольной группе и 50 – в основной группе). Ведущими клиническими симптомами заболевания у пациентов в обеих группах был кашель, его интенсивность, частота, а также затруднение выделение мокроты. Исследование показало, что комплексная терапия с добавлением Вайфлекса к лечению основной патологии способствует более быстрой положительной динамике выздоровления: так, на пятые сутки от начала терапии почти у всех участников из основной группы существенно уменьшились количество выделяемой мокроты, а также частота и интенсивность кашля, по сравнению с исходным уровнем. Среди принимавших Вайфлекс пациентов каких-либо побочных реакций отмечено не было.

Таблица 1

Оценка тяжести кашля по визуальной аналоговой шкале

Параметры, оцениваемые по ВАШ		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	Частота	70 \pm 1,7	69,3 \pm 2,1
	Интенсивность	63 \pm 1,3	61,9 \pm 1,8
	Сводный балл	66,5 \pm 1,6	65,6 \pm 2,2
После 2-го дня	Частота	55,4 \pm 1,4	65,8 \pm 1,9
	Интенсивность	52,4 \pm 1,2	60,7 \pm 1,6
	Сводный балл	53,9 \pm 1,1	63,25 \pm 1,8
После 5-го дня	Частота	21,3 \pm 1,2*	52,4 \pm 2,5
	Интенсивность	19,4 \pm 0,97*	55,1 \pm 2,1
	Сводный балл	20,35 \pm 1,0*	53,75 \pm 1,7
После 9-го дня	Частота	4,2 \pm 0,92**	48,8 \pm 1,9
	Интенсивность	3,6 \pm 0,96**	46,2 \pm 2,1
	Сводный балл	3,9 \pm 0,98**	47,5 \pm 1,5
*: разница показателей до и после лечения достоверна ($P < 0,05$)			
**: разница показателей до и после лечения достоверна ($P < 0,01$)			

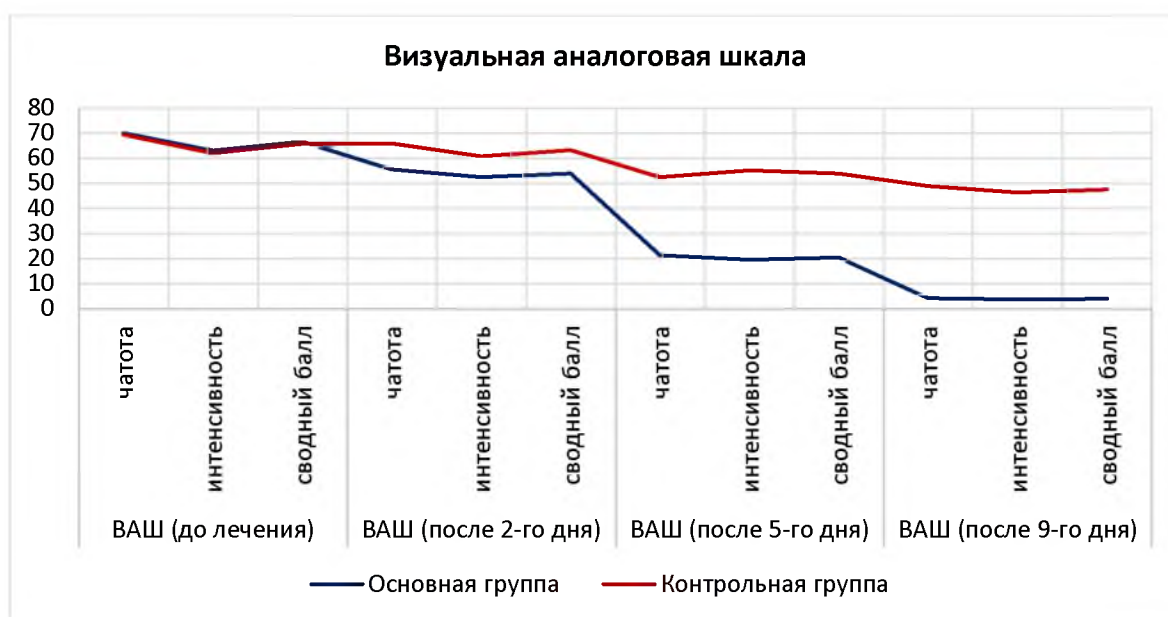


Рис. 1. Характеристика кашля по ВАШ в группах.

Таблица 2

Оценка кашля по шкале суточной интенсивности кашля

Оценка параметров по ШСИК		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	день	4,1±0,13	3,9±0,2
	ночь	3,8±0,17	4±0,19
После 2-го дня	день	3,5±0,15	3,7±0,21
	ночь	3,3±0,11	3,8±0,24
После 5-го дня	день	1,8±0,12*	3,3±0,18
	ночь	1,2±0,14	3,2±0,21
После 9-го дня	день	0,4±0,11**	2,5±0,3
	ночь	0,2±0,09**	2,3±0,16

*: разница в показателях клинически значима и достоверна ($P < 0,05$)
 **: разница в показателях клинически значима и достоверна ($P < 0,01$)



Рис.2. Характеристика кашля по ШСИК в группах.

Большинство пациентов основной группы, в сравнении с группой контроля, отмечали положительную динамику частоты и интенсивности

кашля при применении Вайфекса при оценке тяжести кашля по визуальной аналоговой шкале

(ВАШ) (Табл. 1 и Рис. 1). Отмечалась также позитивная динамика в скорости и степени уменьшения кашля, после 5-го дня значимая как клинически, так и статистически. В группе контроля клинически значимых изменений по ВАШ достигнуто не было.

При оценке показателей по шкале суточной интенсивности кашля (Табл. 2 и Рис. 2) также было отмечено снижение частоты кашля в ночное

время, в основной группе больных, что положительно сказывалось на качестве сна. Наряду с этим, после 5-го дня лечения участники отмечали клинически и статистически значимое снижение интенсивности кашля в дневное время суток, а далее – и в ночное время. В группе контроля клинически значимых изменений по ШСИК также достигнуто не было.

Таблица 3

Шкала оценки качества жизни больных с кашлем по вопроснику Лечестера

Оценка параметров по ВКЛ		Основная группа	Контрольная группа
До лечения	Физический	3,05±0,18	3,06±0,29
	Психологический	3,4±0,16	3,3±0,37
	Социальный	3,85±0,12	3,65±0,4
	Сводный балл	10,3±0,4	10,01±1,36
После 5-го дня	Физический	6,3±0,9*	3,3±0,31
	Психологический	5,9±0,16	3,6±0,21
	Социальный	6,1±0,18	3,2±0,41
	Сводный балл	18,3±0,31	10,1±1,12
После 9-го дня	Физический	6,5±0,04*	4,2±0,29
	Психологический	6,6±0,036*	4,1±0,51
	Социальный	6,4±0,021*	4,5±0,37
	Сводный балл	19,5±0,18*	12,8±1,31

*: разница показателей до и после лечения достоверна ($P < 0,05$)

Показатели качества жизни больных (физический, психологический и социальный статус) полученные по вопроснику кашля Лечестера (Табл. 3 и Рис. 3) свидетельствуют о том, что на 5-й день лечения у участников, принимавших Вайфлекс, физические показатели качества

жизни улучшились клинически и статистически, а после 9-го дня лечения – по всем параметрам (включая сводный балл). В группе контроля клинически значимых изменений в качестве жизни по ВКЛ также достигнуто не было.

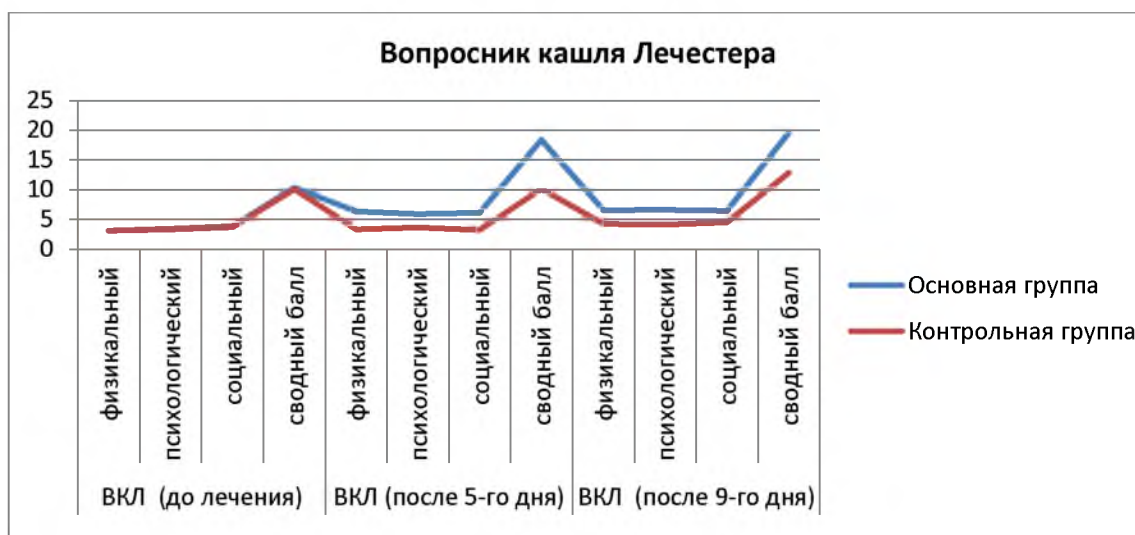


Рис. 3. Характеристика кашля в группах по ВКЛ.

Заключение. Наше исследование показало, что сироп Вайфлекс является безопасным и эффективным препаратом для лечения кашля, особенно –

когда кашель является мучительным, малопродуктивным, приносящим физический и психологический дискомфорт, нарушающим сон, существенно снижающим качество жизни пациента.

Нами в ходе исследования было обнаружено относительно быстрое уменьшение тяжести, частоты и интенсивности кашля, уменьшение выделения мокроты, а также существенное улучшение общего состояния, ночного сна и качества жизни больных, принимавших Вайфлекс, что клинически и статистически значимо улучшало их самочувствие и качество жизни.

Литература

1. Antitussive drugs – past, present, and future [P.V. Dicipinigaitis et al.] // *Pharmacol Rev.* - 2014 Mar-V-66(2). - P. 468-512.
2. Overview of the Management of Cough [R.S. Irwin et al.; on behalf of the CHEST Expert Cough Panel.] // *Chest.* - 2014 Oct-V-146(4). - P. 885-889.
3. Irwin, R.S. Complications of Cough: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines / R.S. Irwin // *Chest.* - 2006. - 129 (1 suppl). - P. 54-58.
4. Chung, K.F. Prevalence, pathogenesis, and causes of chronic cough / K.F. Chung, I.D. Pavord // *Lancet.* - 2008 Apr 19. - 371 (9621). - P. 1364-74.
5. Determinants of cough in young adults participating in the European Community Respiratory Health Survey / [C. Janson et al.] // *Eur Respir J.* - 2001 Oct. - V-18 (4). - P. 647-54.
6. McWhinney, I.R. Illness in the Community. In: *Textbook of Family Medicine* / I.R. McWhinney, T. Freeman – 3rd Ed. 2009. Oxford University Press, Inc: New York (USA). - Part I. - P. 46.
7. Schappert, S.M. Ambulatory care visits to physician offices, hospital outpatient departments, and emergency departments: United States, 2001-02 / S.M. Schappert, C.W. Burt // *Vital Health Stat* 13. - 2006 Feb. - V 159. - P. 1-66.
8. Taichman, D.B. Approach to the Patient with Respiratory Symptoms; (Cough) // D.B. Taichman, A.P. Fishman // In: *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders: ed.by A.P. Fishman et al. - 4th Ed. - New York (NJ, USA: The McGraw-Hill Co, 2008. - V I, Part III, Sect.6, Ch.27. - P. 405-408.*
9. Bush, A. Paediatric problems of cough / A. Bush // *Pulm Pharmacol Ther.* - 2002. - 15 (3). - P. 309-15.
10. Chang, A.B. Cough: are children really different to adults? / A.B. Chang // *Cough.* - 2005. - Sep 20. - P. 1-7.
11. ERS guidelines on the assessment of cough / [A.H. Morice et al. - European Respiratory Society (ERS).] // *Eur Respir J.* - 2007 Jun. - 29 (6). - P. 1256-76.
12. Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines / [R.S. Irwin et al. - American College of Chest Physicians (ACCP).] // *Chest.* - 2006 Jan. - 129 (1 Suppl). - P. 1-23.
13. The diagnosis and treatment of acute cough in adults / [F. Holzinger et al.] // *Dtsch Arztebl Int.* - 2014 May 16. - 111 (20). - P. 356-63.
14. British Thoracic Society Cough Guideline Group. Recommendations for the management of cough in adults / [A.H. Morice et al.] // *Thorax.* - 2006 Sep-V-61 Suppl 1. P. - i 1-24.
15. British Thoracic Society Cough Guideline Group /BTS guidelines: Recommendations for the assessment and management of cough in children/ [M.D. Shields et al.] // *Thorax.*-2008 Apr. - V 63 Suppl 3. - iii1-iii15.
16. Honey for acute cough in children / [O. Oduwole et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* - 2012 Mar 14. -V 3. - CD 007094.
17. Braman, S.S. Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines / S.S. Braman-Chest. - 2006 Jan. - 129(1 Suppl). - P. 95-103.
18. Bolser, D.C. Cough suppressant and pharmacologic protussive therapy: ACCP evidence-based clinical practice guidelines / D.C. Bolser // *Chest.* - 2006 Jan. - 129 (1 Suppl). - P. 238-249.
19. Cough and cold preparations (R05) / In: *Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2016, 19th edition. 2016, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology - Oslo, Norway, 2016. - P. 245-48.*
20. McCool, F.D. Nonpharmacologic airway clearance therapies: ACCP evidence-based clinical practice guidelines /F.D. McCool, M.J. Rosen // *Chest.*-2006 Jan. - 129 (1 Suppl). - P. 250-259.
21. CHEST Expert Cough Panel/ Tools for assessing outcomes in studies of chronic cough: CHEST guideline and expert panel report / [L.P. Boulet et al.] // *Chest.* - 2015 Mar. - 147 (3). - P. 804-14.
22. Spinou, A. An update on measurement and monitoring of cough: what are the important study endpoints? / A. Spinou, S.S. Birring // *J. Thorac Dis.* - 2014 Oct. - 6(Suppl 7). - P. 728-34.
23. A longitudinal assessment of acute cough / [K.K. Lee et al.] // *Am J Respir Crit Care Med.*-2013 May 1. - 187 (9). - P. 991-7.
24. Assessment and Management of Chronic Cough / [D.C. McCrory et al.]. - Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2013 Jan. - 256 p.
25. Airway inflammation, airway responsiveness and cough before and after inhaled budesonide in patients with eosinophilic bronchitis / [C.E. Brightling et al.] // *Eur Respir J.* - 2000 Apr. - 15 (4). - P. 682-6.
26. Development of a symptom specific health status measure for patients with chronic cough: Leicester Cough Questionnaire (LCQ) / [S. Birring et al.] // *Thorax.*-2003 Apr. - 58(4). - P. 339-43.
27. Clinical expert guidelines for the management of cough in lung cancer: report of a UK task group on cough / [A. Molassiotis et al.] // *Cough.* - 2010. - P. 6-9.
28. Coughing frequency in patients with persistent cough: assessment using a 24 hour ambulatory recorder / [J.Y. Hsu et al.] // *Eur Respir J.* - 1994 Jul. - 7 (7). - P. 1246-53.
29. Evaluating cough assessment tools: a systematic review / [K.M. Schmit et al.] // *Chest.* - 2013 Dec. - 144 (6). - P. 1819-26.
30. Effect of honey on nocturnal cough and sleep quality: a double blind, randomized, placebo-controlled study / [H.A. Cohen et al.] // *Pediatrics.* - 2012 Sep. - 130 (3). - P. 465-71.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПИЩЕВОГО БОТУЛИЗМА

Д.В. Бородулина, Т.В. Цой, Э.М. Абдыкадырова, А.К. Саркина, А.Ш. Джумагулова
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В республике ежегодно регистрируются случаи пищевого ботулизма, нередко протекающие в тяжелой форме и с летальным исходом. В данной статье проведен анализ 24 историй болезни с тяжелой формой пищевого ботулизма, подтвержденных клиническими, эпидемиологическими данными и лабораторным методом реакции нейтрализации с биологической пробой на мышах. Отмечается выделение ботулинических токсинов типа А, В, С, Е. В клинической картине тяжелой формы ботулизма имело значение наличие расстройства глотания и дыхания, а также поздняя диагностика. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики при тяжелой форме ботулизма наступила на 2-3 недели болезни.

Ключевые слова: ботулизм, тяжелая форма, ботулинический токсин, реакция нейтрализации, неврологические расстройства.

**ТАМАК АРКЫЛУУ УУЛАНГАН БОТУЛИЗМДИН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН
КЛИНИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

Д.В. Бородулина, Т.В. Цой, Э.А. Медетова, А.К. Саркина, А.Ш. Джумагулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Мамлекет боюнча ар жыл сайын ботулизм оорусу менем ооруган дарт катталат, кээде оор түрүндө жана өлүм менен аяктаган жыйынтыкта. Бул макалада ботулизмдин оор формасы менен ооруган 24 оорулуунун ооруу баянынын анализи жасалды. Клиникалык, эпидемиялык жана лабораториялык чычкандарда нейтралдаштыруу реакциясы менен биологиялык пробалар менен такталган. Ботулотоксиндин А, В, С, Е типтери аныкталды. Ботулизмдин оор түрүнүн клиникалык мүнөздөмөсүндө жутуу жана дем алуунун бузулушу белгиленди, ошондой эле кеч дарт аныктоо. Ботулизмдин оор түрүндө оорунун 2-3 жумасында жалпы абалы жакшырып жана неврологиялык кайра калыбына келүүсү.

Негизги сөздөр: ботулизм, оор түрү, ботулизмге каршы токсин, нейтрализациялоо реакциясы, неврологиялык бузулуулар.

CLINICAL CHARACTERISTIC OF SEVERE FORM OF FOOD BOTULISM

D.V. Borodulina, T.V. Tsoy, E.A. Medetova, A.K. Sarkina, A.Sh. Djumagulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Infectious Diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Cases of food botulism are registered in the Republic annually, often occurring in severe form and may be fatal. This article analyzes 24 cases of patients with severe forms of food botulism. The diagnosis was confirmed by clinical, epidemiological and laboratory with reaction of neutralization in mice. The toxins A, B, C and E were isolated. The disorders of swallowing and breathing are important in severe form of botulism, as well, as late diagnosis. Improvement of the state and regression of neurological symptoms in severe botulism occurred for 2-3 weeks of the disease.

Keywords: botulism, severe form, botulinum toxin, reaction of neutralization, neurological disorders.

Актуальность. Пищевой ботулизм встречается во всем мире, где население употребляет консервированные продукты домашнего консервирования. Реже встречаются раневой ботулизм и ботулизм грудных детей. Так, по данным Центра по контролю и предотвращению заболеваний (CDC)

ежегодно в США в среднем регистрируется до 154 случая ботулизма, где причиной заражения в основном являются растительные консервы, такие как зеленая фасоль, шпинат, свекла [1]. В Российской Федерации ботулизм регистрируется

в виде спорадических, реже групповых заболеваний и составляют около 300 случаев ежегодно, и связаны они в основном с употреблением соленой, вяленой или копченой рыбы непромышленного производства, а также грибов домашнего консервирования [2]. В 2017 году в Украине ботулизмом заразилось 90 человек, из них 9 умерло. Причиной болезни явилось употребление вяленой рыбы [2].

По официальным статистическим данным Департамента профилактики заболеваний и государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ДПЗ и ГСЭН) в нашей республике за последние 6 лет участились случаи заболевания ботулизмом от 50 до 189 в год, характеризующиеся тяжелым течением и высокой летальностью (5-10%) [2,3,4].

Актуальность пищевого ботулизма заключается в особенностях его клинической картины, что нередко приводит к ошибочной диагностике заболевания и к несвоевременному оказанию неотложной помощи. Так по Южному региону Кыргызской Республики (КР) ошибочная диагностика при первичном обращении за медицинской помощью составила 42,3% [5]. До настоящего

времени нет общепринятых критериев оценки тяжести его течения, не оценена и прогностическая ценность отдельных клинических симптомов, отсутствует единый подход и в отношении специфической терапии.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение клинической картины тяжелого ботулизма для рационального подхода к лечению.

Материалы и методы исследования.

Нами проведен анализ 24 историй болезни больных с тяжелым течением пищевого ботулизма, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период с 2015 по 2017 гг.

Диагноз установлен на основании клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, проведенных методом реакции нейтрализации с биологической пробой на мышах и типирования ботулинического токсина.

Результаты и их обсуждение.

По официальным статистическим данным ДПЗ и ГСЭН за последние 9 лет в республике зарегистрировано 930 случаев ботулизма (рис. 1).

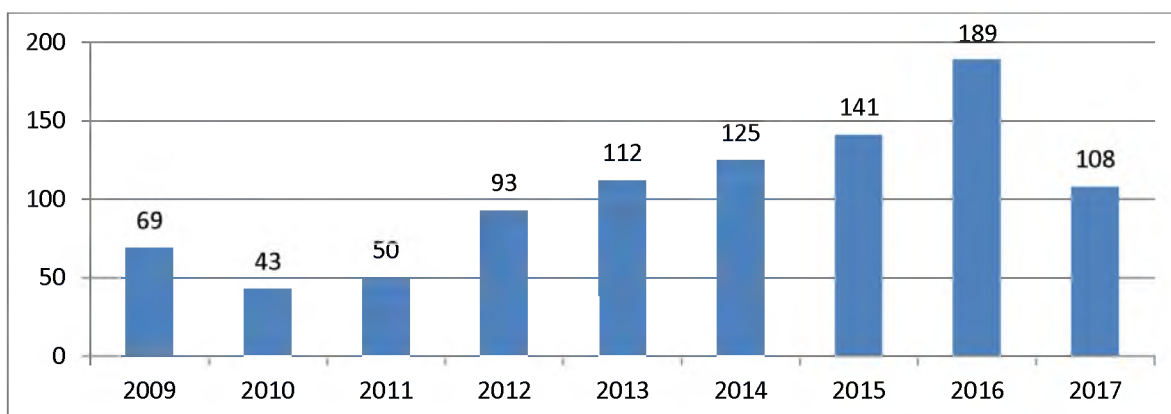


Рис. 1. Динамика заболеваемости ботулизмом в КР за период 2009-2017 гг. (абс. число).

С 2012 года отмечается ежегодный рост заболеваемости пищевым ботулизмом и наибольшая заболеваемость отмечалась в 2016 году (189 случая). Рост заболеваемости связан с широким распространением домашнего консервирования

среди населения. В структуре заболеваемости пищевым ботулизмом по регионам республики 50% больных приходится на г. Ош и Ошскую область (рис. 2).

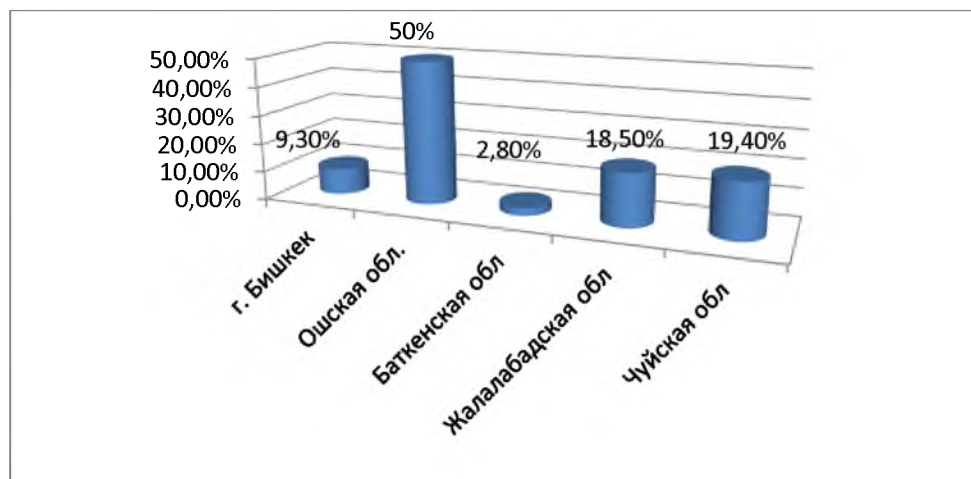


Рис. 2. Структура заболеваемости пищевым ботулизмом по регионам республики за 2017 гг. (по данным ДПЗ и ГСЭН).

Преобладание случаев ботулизма в Ошской области связано с климатическими условиями и направлением хозяйственной деятельности на выращивание сельскохозяйственной продукции, в основном овощей и фруктов. По Ошской области установлена причинная связь ботулизма с употреблением в основном овощных консервов домашнего приготовления в 89,2% случаев, а именно салаты из баклажанов в 37,2% случаев, маринованные огурцы в 35,7%, маринованные помидоры в 16,3%. Случаи заражения при употреблении грибов домашнего консервирования составили 8,6%, варенья из абрикосов – 3% [5].

По данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за период с 2015 по 2017 годы прошло 87 больных с пищевым ботулизмом, из них в 24 случаях (27,6%) диагностировано тяжелое течение и в 2-х случаях с летальным исходом, что составило 2,3% от общего числа госпитализированных за 3 года.

Тяжелые формы ботулизма с одинаковой частотой встречались как среди мужчин, так и женщин. В возрастной структуре преобладали больные в возрасте с 19 до 44 лет, что составило 72,7%. Среди больных с тяжелой формой был 1 ребенок 9 лет.

Среди наблюдаемых преобладали жители города Бишкек (36,4%) и Чуйской области (37,5%). Из других регионов республики 3 (12,5%) больных были жителями Нарынской области и 2 (8,3%) – Жалал-Абадской области.

Абсолютное большинство больных составили неработающие лица (70,8%), а 8,3% больных посещали тот или иной организованный коллектив (школы, вузы).

При анализе годовой динамики заболеваемости наибольшее число случаев ботулизма отмечалось с декабря по март месяц, что составило 66,6% (рис. 3).

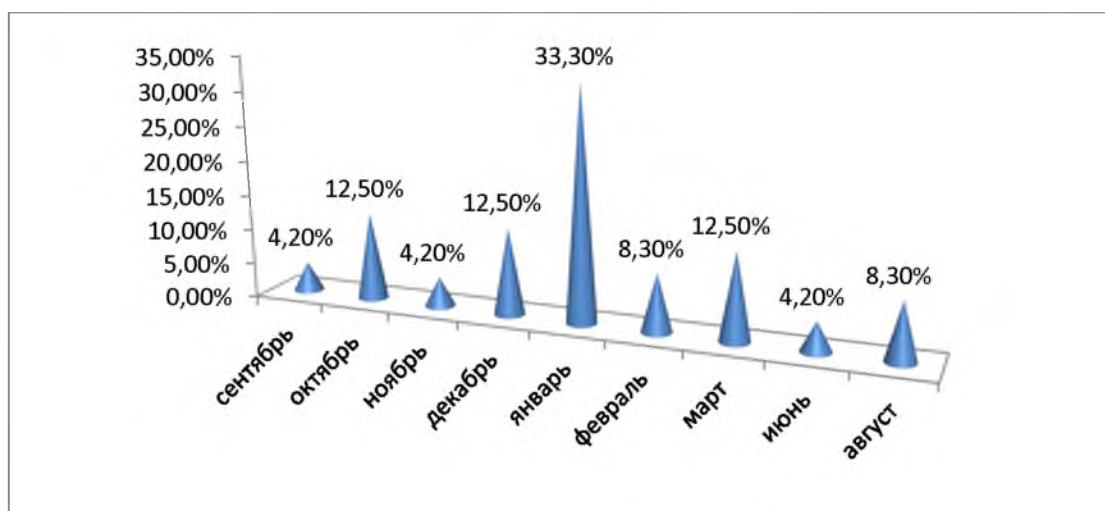


Рис. 3. Структура заболеваемости ботулизмом по месяцам по данным РКИБ.

У подавляющего большинства пациентов была установлена причинная связь с употреблением консервированных продуктов домашнего приготовления: у 9 (37,5%) больных – овощных салатов (морковь, капуста, баклажаны), у 10 больных (41,7%) – маринованных помидоров и огурцов, в 2 случаях (8,3%) – маринованных грибов и в 2 (8,3%) – консервированного мяса. В 1 случае (4,2%) причину заболевания выявить не удалось.

13 (54,2%) больных поступили в РКИБ по скорой медицинской помощи и по направлению центров семейной медицины, 6 (25%) – переведены из других стационаров. 5 (20,8%) больных с тяжелой формой обратились за помощью самостоятельно. При этом в 45,8% случаев был первоначально выставлен ошибочный диагноз.

Абсолютное большинство больных (83,3%) с тяжелой формой болезни поступили в стационар в первые три дня болезни. Позже 5 дня болезни поступило 4 (16,7%) больных, что связано с несвоевременной постановкой диагноза.

Длительность инкубационного периода с тяжелой формой менее суток отмечено у 9 (37,5%) больных, до 2 суток – у 5 (20,8%), более 3-5 суток – у 7 (29,2%) больных. Таким образом, у больных с тяжелыми формами отмечался короткий инкубационный период.

В реанимационное отделение было госпитализировано 16 (66,7%) больных с тяжелой формой ботулизма, из них 8 (50%) больных поступили сразу в РИТ, остальные – на 2-й день от момента госпитализации в связи с ухудшением состояния.

В классической картине пищевого ботулизма различают 3 основных синдрома: общеинтоксикационный, гастроинтестинальный и паралитический. Из общеинтоксикационного синдрома у 16 (66,7%) больных выявлено головокружение, у 7 (29,2%) – головная боль, у 3 (12,5%) – повышение температуры тела до 38°C.

Начало болезни с гастроинтестинального синдрома выявлено у 20 (83,3%) тяжелых больных. Первые симптомы болезни проявлялись повторной рвотой (83,3%), диареей от 1 до 3 раз в сутки (37,5%) и болью в эпигастрии (25%). Только у 3 (13,6%) больных заболевание началось сразу с неврологических симптомов.

Синдром поражения нервной системы выявлялся у всех больных. Так характерный симптом ботулизма сухость во рту отмечалась у всех 24 больных (100%), у 17 (70,8%) отмечалась общая миоплегия и шаткая походка.

Синдром двигательных расстройств желудочно-кишечного тракта отмечен у 23 (95,8%) больных в виде метеоризма, у 5 (20,8%) – запор.

У всех больных (100%) были выявлены офтальмоплегические симптомы: туман и сетка перед глазами (70,8%), диплопия (87,5%), птоз (83,3%), мидриаз (87,5%), ограничение движения глазных яблок (33,3%), нистагм (29,2%). При анализе офтальмоплегической симптоматики видно, что не все симптомы встречаются обязательно у всех больных и выраженность их неодинакова.

Фагоглоссонейроплегические симптомы отмечались у всех больных (100%), из них 17 (70,8%) не глотали жидкую и твердую пищу, 7 (29,2%) – только твердую пищу. У 18 (75%) больных отмечалась гнусавость голоса. В 6 (25%) случаях из 24 у больных была афония. 16 (66,7%) больных получали питание через назогастральный зонд.

Синдром острой дыхательной недостаточности (ОДН) был в 7 (29,2%) случаях, и все находились на аппарате искусственной вентиляции легких (ИВЛ). Исходя из наблюдений, ОДН наступает как правило, после полного исчезновения способности к глотанию жидкости. Поэтому важно, что именно афагия является абсолютным показанием для перевода больных в реанимационное отделение. Больные находились на ИВЛ от – 8 до 15 суток, что в среднем составило $11 \pm 2,6$ суток. В 2 случаях (8,3%) из 24 тяжелых форм болезнь закончилась летальным исходом от острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности.

Таким образом, критериями тяжелого течения ботулизма являются наличие фагоглоссоневрологических симптомов и синдрома острой дыхательной недостаточности, а также выраженность офтальмоплегических симптомов.

Проведенное лабораторное исследование позволило обнаружить ботулинический токсин в 15 (62,5%) случаях и типировать его. Преимущественно встречались типы токсина А, В, С, Е и во всех случаях отмечалось сочетание 2 или 3 токсинов.

В лечение использовалась поливалентная противоботулиническая сыворотка (ПБС), содержащая тип А 10000 МЕ, тип В 5000 МЕ и тип Е 10000 МЕ (одна терапевтическая доза), которая вводилась внутримышечно. В 1-3-й день от начала болезни получили ПБС 20 (83,3%) больных, 4 (16,7%) больных получили на 4-7 дни болезни, в связи с поздним поступлением. Количество введенных доз ПБС было обусловлено тяжестью неврологических расстройств на момент поступления.

Все 7 больных с синдромом ОДН и расстройством глотания получили от 3 до 5 терапевтических доз. Лечебный эффект наступил в среднем на $18,3 \pm 4,2$ день.

8 (33,3%) больных, имевшие разной степени выраженности расстройства глотания и выраженные офтальмоплегические симптомы, получили 2 терапевтические дозы и лечебный эффект наблюдался в среднем на $9,4 \pm 2,2$ день. Одну терапевтическую дозу получили 9 (37,5%) больных. Улучшение у них наступило в среднем на $6,9 \pm 1,6$ день.

Таким образом, лечебный эффект ПБС не зависел от срока введения и количества введенных доз ПБС. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики у больных тяжелой формой ботулизма зависело от выраженности паралитического синдрома и наступало на 2-3 недели болезни.

Выводы:

1. В КР отмечается рост пищевого ботулизма, который в 27,6% случаев протекает в тяжелой форме и летальность составляет 2,3%. При этом остается высокий процент ошибочных диагнозов (45,8%), что приводит к поздней госпитализации (16,7%).
2. Тяжесть ботулизма обусловлена фагоглосоплегическим синдромом (87,5%) и синдромом острой дыхательной недостаточности (20,5%). Афагия является абсолютным показанием для перевода больных в реанимационное отделение.
3. При тяжелых формах выявлено сочетание нескольких ботулинических токсинов типа А, В, С и Е.
4. Улучшение состояния и регрессия неврологической симптоматики у больных тяжелой формой ботулизма зависело от выраженности паралитического синдрома и наступало на 2-3 недели болезни.

Литература

1. Centers for Disease Control and Prevention. *Kinds of Botulism* [Электронный ресурс] / CDC, 2017. - Режим доступа: <https://www.cdc.gov/botulism/definition.html>, свободный. - Яз. англ.
2. Носкова, О.А. Клинико-эпидемиологические особенности ботулизма в Забайкальском крае / О.А. Носкова, Т.Ю. Загоскина, Д.С. Ульданова // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. - 2013. - №6. - С. 73.
3. Салиева, С.Т. Этиотропный подход в анализе и диагностике ботулизма и пищевой токсикоинфекции / С.Т. Салиева, Ж.И. Кудайбердиева, С.Т. Жолдошев // *Успехи современной науки*. - 2016. - №11, Том 10. - С. 54-59.
4. Клинико-эпидемиологические особенности течения пищевого ботулизма на современном этапе / [А.А. Береговой, М. Мурзаева, А.Ш. Джумагулова и др.] // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. - 2015. - №2. - С. 30-33.
5. Салиева, С.Т. Эпидемиологическая характеристика ботулизма Южного региона Кыргызской Республики / С.Т. Салиева, С.Т. Жолдошев // *Журнал инфектологии*. - 2017. - Том 9, №2. - С. 65-66.

**ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ МЕЛКОГО РОГАТОГО СКОТА
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ НА КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ
БРУЦЕЛЛЕЗА У ЛЮДЕЙ**

А.А. Джангазиева¹, Г.З. Джакыпбекова¹, К.Б. Бектурдиев², А. Окенаева¹,
Б. Касымова¹, Нурланбек к. Н.¹

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней

² Государственная инспекция по ветеринарной и фитосанитарной безопасности
при Правительстве Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье дана характеристика динамики заболеваемости бруцеллезом людей после внедрения в 2010 году вакцинации мелкого рогатого скота (МРС) в Кыргызской Республике. Отсутствие вакцинации крупного рогатого скота (КРС) поддерживает заболеваемость на все еще высоком уровне, о чем свидетельствует повышение острых форм бруцеллеза в последние два года. Клиническая картина изучалась на примере, госпитализированных пациентов в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) г. Бишкек.

Ключевые слова: бруцеллез, эпидемиология, клиника, вакцинация сельскохозяйственных животных, заболеваемость.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ КОЙ ЖАНА ЭЧКИЛЕРДИН ЭМДӨӨСҮНҮН
АДАМДАРДЫН БРУЦЕЛЛЕЗУНУН КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК
БАГЫТЫНА ТААСИРИ**

А.А. Джангазиева¹, Г.З. Джакыпбекова¹, К.Б. Бектурдиев², А. Окенаева¹,
Б. Касымова¹, Нурланбек к. Н.¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жугуштуу оруулар кафедрасы

² Кыргыз Республикасынын Өкмөтүнө караштуу ветеринардык жана фитосанитардык
коопсуздук боюнча мамлекеттик инспекциясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада Кыргыз Республикасында 2010-жылдан баштап кой жана эчкилердин эмдөөсү киргизилгенден кийин адамдардын бруцеллез оорусунун динамикасынын мүнөздөмөсү берилген. Бодо малдын эмдөөсүнүн жоктугу дагы эле ооруну бийик деңгелде колдоп турат, ал жөнүндө акыркы эки жылда бруцеллездун өтө курч формаларынын осүшүү далилдейт. Бишкек шаарындагы Республикалык клиникалык жугуштуу орууканасынын (РКЖО) жаткан орулуулардын мисалында клиникалык көрүнүшү изилделген.

Негизги сөздөр: бруцеллез, эпидемиологиясы, клиникасы, айыл-чарба малдын эмдөөсү, ооруп калуу.

**THE IMPACT OF SMALL-HORNED CATTLE VACCINATION IN THE KYRGYZ REPUBLIC
ON CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL COURSE OF BRUCELLOSIS IN PEOPLE**

А.А. Dzhangazieva¹, G.Z. Dzhakypbekova¹, K.B. Bekturdiev², A. Okenaeva¹,
B. Kasymova¹, Nurlanbek k. N.¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Infectious Diseases Department

² State Veterinary and Phytosanitary Safety Inspection under the Government of Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: In the article the characteristics of the dynamics of the incidence of brucellosis in people after the implementation in 2010 of vaccination of small ruminants (sheep and goats) in the Kyrgyz Republic. The absence of vaccination of cattle maintains the disease at a still high level, as evidenced by the increase in acute forms of brucellosis in the last two years. The clinical picture was studied on the example of hospitalized patients in the Republican clinical infectious diseases hospital in Bishkek.

Key words: brucellosis, epidemiology, clinic, vaccination of farm animals, morbidity.

Актуальность. Бруцеллез остается одной из наиболее распространенных инфекционных болезней в группе особо опасных зоонозов. Заболевание характеризуется полиорганным поражением с преимущественным вовлечением опорно-двигательного аппарата, нервной, половой систем и высокой потенциальной возможностью перехода в хроническую форму. Социально-экономическая значимость проблемы бруцеллеза у человека обусловлена развитием хронических форм с высоким риском развития стойкой полной или ограниченной утраты трудоспособности, а также основным поражением трудоспособного населения [1].

По данным экспертов комитета ВОЗ по бруцеллезу, болезнь распространена практически во всем мире (в 155 странах), в том числе и в таких развитых странах как США, Франция, Канада, Австралия, Италия, Испания. В 1990-е годы обострились эпизоотическая и эпидемическая ситуация по бруцеллезу в странах СНГ и России в результате социально-экономических преобразований, в частности, интенсивного процесса приватизации в сельском хозяйстве.

Для Кыргызской Республики (КР) проблема бруцеллеза была и остается актуальной. Заболевание людей бруцеллезом является индикатором неблагополучия по бруцеллезу сельскохозяйственных животных [2]. В связи с чем, большое значение для профилактики бруцеллеза, имеет повсеместная вакцинация крупного и мелкого рогатого скота.

Цель исследования: Определить влияние вакцинации мелко-рогатого скота в Кыргызской

Республике на динамику заболеваемости бруцеллезом у людей и изменение клинико-эпидемиологической структуры.

Объект исследования: ретроспективный анализ 107 больных с бруцеллезом, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в период с 2015 – по 2017 гг., а также больных с бруцеллезом, обратившихся в амбулаторно-диагностическое отделение (АДО) РКИБ (n=278) и приемное отделение (ПО) РКИБ (n=195). Статданные Кыргызского научно-исследовательского института ветеринарии им. А. Дуйшеева при КНАУ им. Скрыбина, Республиканского центра ветеринарной диагностики и Управления по контролю здоровья животных (годовые отчеты районных ветеринарных управлений).

Методы исследования

Диагностику бруцеллеза проводили на основании клинических данных, эпидемиологических сведений и результатов лабораторных исследований (реакции агглютинации Хеддельсона-Райта). Оценку достоверности различий полученных результатов проводили, используя программу Excel 2010.

Краткие результаты исследования, ожидаемый эффект

Среди стран СНГ Кыргызская Республика занимает лидирующее положение по заболеваемости бруцеллезом и как показывают статистические данные за 2011 год интенсивные показатели на 100 тыс. населения составили 73,6‰, что во много раз превышает заболеваемость в России, Казахстане, Узбекистане и Таджикистане (рис. 1).

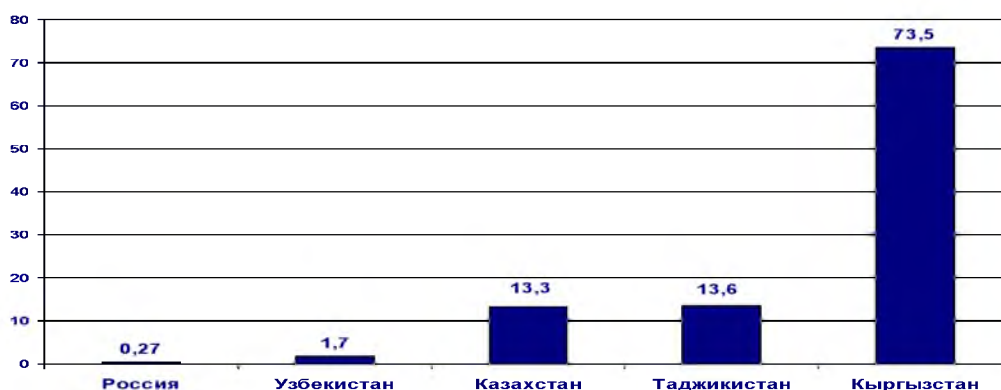


Рис. 1. Заболеваемость людей бруцеллезом в странах СНГ за 2011 год.

Начатая работа ветеринарной службы КР в 2010 г., в рамках Проекта Всемирного Банка Сельскохозяйственных инвестиций и услуг (ПСИУ), при содействии Швейцарского Красного Креста и других иностранных инвесторов путем применения иор-

данской вакцины REV-1 конъюнктивальным методом среди МРС позволила значительно снизить заболеваемость, что наглядно представлено на рис. 2. Вакцинации был подвержен только лишь мелко-рогатый скот, как основной источник заболевания.

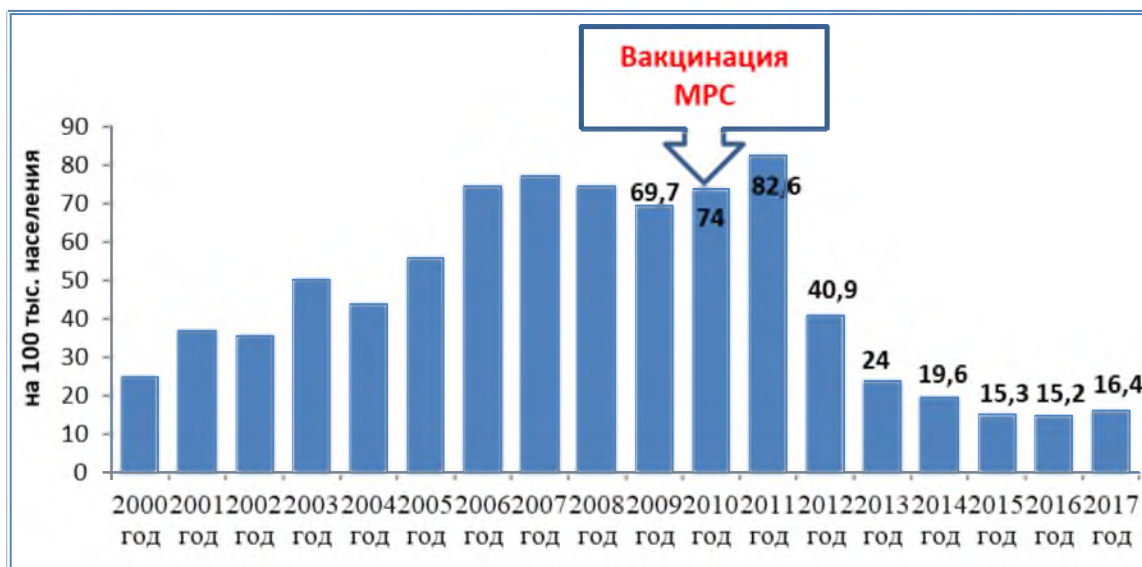


Рис. 2. Динамика заболеваемости бруцеллезом в КР 2000-2017 гг.

По статистическим данным заболеваемость бруцеллезом в КР в последние два года вновь стала иметь тенденцию к повышению, в связи с чем были рассмотрены показатели многолетней динамики заболеваемости бруцеллезом в разрезе областей для выявления наиболее неблагополучных регионов.

Как видно из таблицы 1, начиная с 2012 года заболеваемость бруцеллезом людей в КР стремительно снизилась, почти в 5 раз с 4405 (2011 г.)

до 911 (2015 г.) случаев. Однако, начиная с 2016 года (15,2%) наблюдается умеренный рост, а в 2017 году (16,4%) что показывает увеличение на 7,9%. Высокий уровень заболеваемости отмечен в Нарынской (144 сл.), Иссык-Кульской (111 сл.), Баткенской (56 сл.) и Ошской (157 сл.) областях. Снижение наблюдается только в Таласской области и в г. Бишкек на 25 и 15 случаев соответственно.

Таблица 1

Динамика заболеваемости людей бруцеллезом за 2008-2017 годы по областям КР

Регионы	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Баткен	86,7	66,9	83,9	154,2	45,8	11	12,9	12,3	10,5	11
Жалалабад	112,7	117,3	128,5	140,1	79,6	44,8	36,7	28,8	29,2	27,5
Иссык-Куль	137,4	127,4	134,6	114,7	57,4	33,2	33,2	26,1	19,5	23,2
Нарын	161,2	161,9	80,6	83,9	46,7	37,5	38,6	38,4	31,2	51
Ошск. обл.	43,6	42,3	41,2	41,2	20,8	16,3	12,8	8	6,9	12,1
Талас	132,9	115,3	141,5	119,1	89,1	73,3	41	28,9	27,7	17,5
Чуй	52,4	48,8	53,1	49,9	23,6	13,4	11,4	8,7	13	12,7
г. Бишкек	11,7	9,4	22	24,2	13,5	2,9	2,5	1,6	5,1	3,4
г. Ош	28,8	18,4	10,1	31,3	40,3	24	12,2	9,5	10,8	7,7
КР:	74,6	69,7	74	82,6	40,9	24	19,6	15,3	15,2	16,4

Согласно статданным Кыргызского научно-исследовательского института ветеринарии заболеваемость бруцеллезом сельскохозяйственных животных в КР также возросла за последний год. За 2017 год по республике исследовано сывотки КРС с положительными результатами 3432 анализов на бруцеллез против 3205 в 2016 году. Положительно реагирующие на бруцеллез КРС

выявлены во всех регионах, наиболее высокие показатели: 1086 голов в Чуйской, 1000 – в Иссык-Кульской и 662 – в Нарынской областях. Среди МРС выявлено положительно реагирующих по республике 163 голов против 74 в 2016 году.

Учитывая, выше проведенный анализ возросшей заболеваемости бруцеллезом у людей за последний год, было решено изучить клиническую картину на примере пациентов, обратившихся с диагнозом «бруцеллез» в РКИБ. Проанализированные нами больные по возрастному составу распределились следующим образом: 58% составили лица старше 31 года, т.е. трудоспособное население, 30% составили молодые люди от 15 до 30 лет, 9% – школьники от 7 до 14 лет и 3% – дети 0-6 лет. Такое распределение показывает, что взрослое населения больше привлекается к уходу и контакту с сельскохозяйственными жи-

вотными. Это наносит огромный социально-экономический ущерб и является еще одним из актуальных аспектов данного заболевания. Социальная занятость пациентов показала, что больше всего инфицированных среди не работающих – 159 человек, что составило 63%, в этот контингент вошли пенсионеры, домохозяйки, занятые в уходе за скотом. Печален тот факт, что среди заболевших 14% оказались школьниками и 2% детей дошкольного возраста, что говорит о вовлечении детей в уход за скотом. Низкая заболеваемость студентов объясняется тем, что они не имеют контакта со скотом в связи с отъездом на учебу в города (рис. 3).

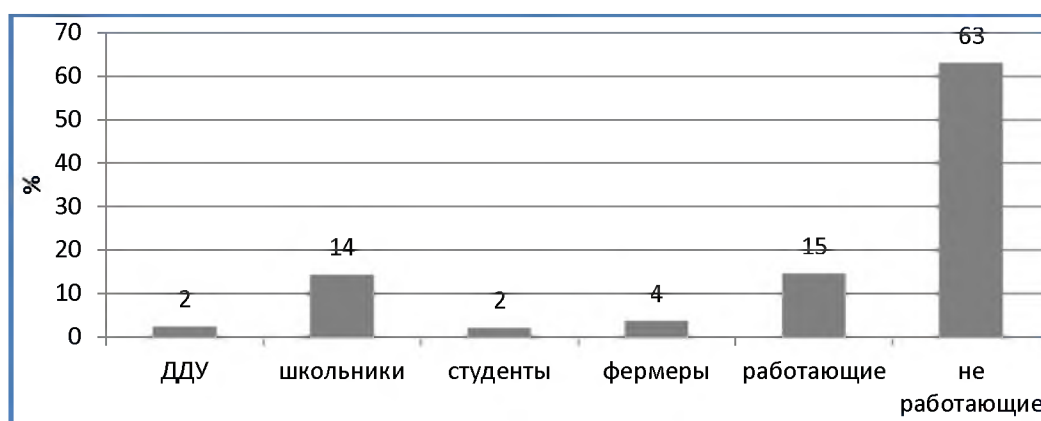


Рис. 3. Распределение пациентов по социальной занятости, РКИБ, 2015-2017 гг.

Особых изменений в сезонности нет. Пик заболеваемости по-прежнему приходится в период с февраля по май месяцы и традиционно совпадает с периодом окота у животных. Гендерное распределение пациентов составило: 36,9% женщин, 63,1% – мужчин, что показывает большую занятость сельским хозяйством мужского населения. По территории проживания

– 77% из обратившихся в РКИБ были жители сельской местности, городских 15% и 8% жители новостроек, что совпадает с динамикой заболеваемости по регионам.

Нами были изучены клинические формы у госпитализированных в РКИБ пациентов после начатой компании вакцинации МРС за 2011-2012 гг. [3].

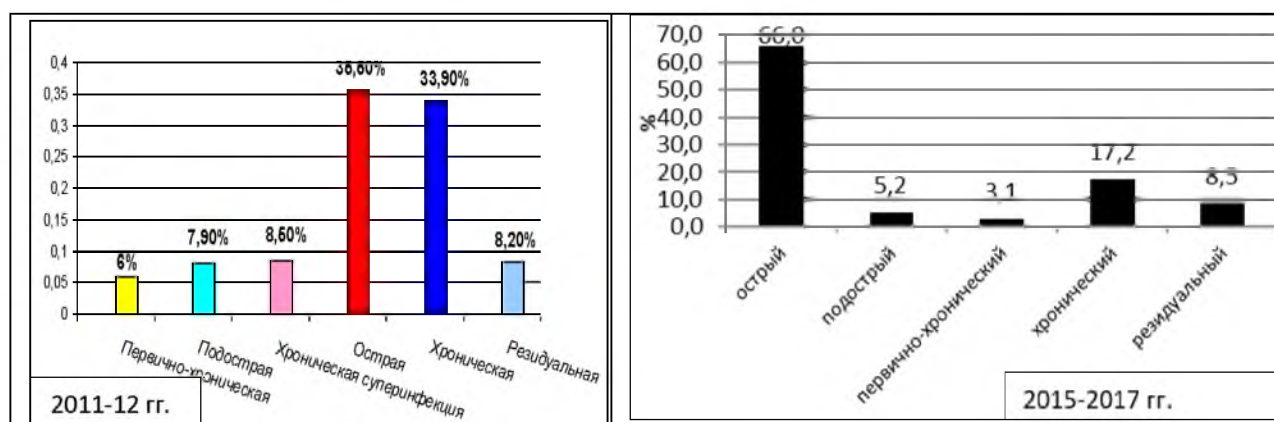


Рис.4. Клинические формы бруцеллеза, среди госпитализированных, в 2011-2012 гг., РКИБ (n= 318) и в 2015-2017 гг. (n=580).

Проведен сравнительный анализ клинических форм и проявлений в период возросшей заболеваемости в 2016-2017 гг., относительно 2011-2012 гг., когда кампания по вакцинации МРС была только начата (рис. 4). За последние годы возросло число острых форм бруцеллеза до 66% против 33,5% в 2011-2012 гг., и пропорциональное снижение хронических форм заболевания до

17,2% против 33,9% соответственно, что говорит об ослаблении противоэпизоотических мероприятий среди скота и роста заболеваемости среди людей. Повышение острых форм ($P < 0,001$) и снижение хронических форм ($P < 0,001$), достоверно подтверждено статистически (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный анализ клинических форм бруцеллеза людей, среди пациентов РКИБ за 2011-2012 гг. и 2015-2017 гг.

Клинические формы	2011-2012 гг. (n=318)	2015-2017 гг. (n=580)	ДИ	t	P
Острая	35,5%	66%	62,1-69,9	9,2	<0,001
Подострая	7,9%	5,2%	3,4-7,0	1,5	>0,05
Первично-хроническая	6%	3,1%	1,7-4,5	1,9	>0,05
Хроническая	33,9%	17,2%	28,7-39,1	5,4	<0,001
Резидуальная	8,2%	8,5%	6,2-10,8	0,2	>0,05

При изучении клинических проявлений из табл. 3 видно, что при хронических формах основной мишенью является поражение опорно-двигательного аппарата: у 100% отмечались артралгии, у 64% сопровождались нарушениями функции суставов, у 38% отмечались воспалительные изменения в су-

ставах (артриты, бурситы, синовиты), у 18% поражение периферической нервной системы в виде сакроилеита. При всех клинических формах отмечались изменения в органах РЭС системы, но наиболее часто при остром течении, где гепатомегалия составила 41%.

Таблица 3

Соотношение клинических признаков в зависимости от форм заболевания

Клинические проявления	острый бруцеллез (n=383)	подострый бруцеллез (n=30)	хронический бруцеллез (n=100)
гипертермия	64%	64%	64%
озноб	60%	45%	73%
гипергидроз	75%	55%	91%
слабость, вялость	98%	91%	91%
головные боли	33%	27%	45%
тошнота, рвота	8%	9%	9%
снижение аппетита	88%	55%	73%
лимфаденопатия	54%	27%	64%
артралгии	86%	82%	100%
нарушение функции суставов	56%	36%	64%
внешние изменения суставов	16%		36%
артриты, бурситы, синовиты	26%		36%
радикулиты, невриты	5%		
миалгии	5%		
сакроилеит	12%	9%	18%
поражение мочеполовой системы	18%	36%	9%
гепатомегалия	41%	36%	27%
спленомегалия	6%		9%
снижение веса	4%		
менингеальные знаки	4%	18%	

У 88% пациентов диагноз подтвержден реакцией агглютинации Райта в диагностических титрах. При серологическом исследовании 3,7% пациентов оказались серонегативными, но имели клинико-эпидемиологические признаки бруцеллеза и по срокам заболевания соответствовали поставленному диагнозу. Анализ антибактериальной терапии больных показал, что врачи в 62%, при острых формах бруцеллеза придерживались рекомендаций клинического протокола, что выразалось в положительной динамике у больных.

Заключение:

Таким образом, учитывая возрастание динамики заболевания бруцеллезом людей в КР за 2017 год (n=1012) и увеличение доли острых форм бруцеллеза за период с 2015- по 2017 гг. (66%) и уменьшение доли хронических форм (17,2%) говорят о статистически значимом ($p < 0,001$) свежем инфицировании людей и соответственно высокой эпизоотии, что обуславливает необходимость усиления противоэпизоотических мероприятий среди сельскохозяйственных животных.

Литература

1. Санникова, И.В. Бруцеллез в Ставропольском крае: результаты 15-летнего наблюдения эпидемиологических и клинических особенностей / И.В. Санникова, О.В. Махина, В.В. Малеев // *Терапевтический архив*. - 2015. - №11. - С. 11-17.
2. Диагностика и лечение хронического бруцеллеза в реальной практике / [В.Х. Фазылов, Ф.С. Гилмуллина, А.И. Загидуллина и др.] // *Практическая медицина*. - 2014. - №7 (83). - С. 75-78.
3. Халилов, К. Оценка современного состояния клинико-эпидемиологической ситуации по бруцеллезу / К. Халилов, А.А. Джангазиева, К.Б. Бектурдиев // *Вестник КГМА*. - 2014. - №4. - С. 111-117.
4. Бюллетень СЭС и ЗН ДПЗ и ГСЭН за 2015-2017 гг. – Бишкек, 2017.

**ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ
(ПО МАТЕРИАЛАМ ОТДЕЛЕНИЯ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ
РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ)**

**А.А. Джангазиева, С.К. Кочкорбекова, В.П. Рачинский, А.М. Аширова,
А.М. Зикиряева, А.Ж. Карыпчаева**

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

Резюме: В статье проведен анализ этиологической структуры тяжелых форм вирусных гепатитов на примере пациентов, госпитализированных в отделение реанимации Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г. Бишкек. Подробно изучены возрастной аспект заболевших, эпидемиологический анамнез, клиническая картина, влияние сопутствующей патологии и данные лабораторных исследований. Выявлено превалирование (37%) недифференцированных вирусных гепатитов (НДВГ), над гепатитами другой этиологии, с наибольшей частотой (92,9%) летальных исходов.

Ключевые слова: вирусные гепатиты, тяжелое течение, сопутствующая патология, острая печеночная энцефалопатия (ОПЭ), исходы.

**ВИРУСТУК САРЫКТАРДЫН ООР ТҮРЛӨРҮНҮН ЭТИОЛОГИЯЛЫК ТҮЗҮЛҮШҮ ЖАНА
КЛИНИКАЛЫК АНАЛИЗДЕРИ**

(РКЖОнун РЕАНИМАЦИЯ БӨЛҮМҮНҮН МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА)

**А.А. Джангазиева, С.К. Кочкорбекова, В.П. Рачинский, А.М. Аширова,
А.М. Зикиряева, А.Ж. Карыпчаева**

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

Корутунду: Бул макалада Бишкек шаарындагы Республикалык клиникалык жугуштуу ооруканасында (РКЖО) дарыланган бейтаптардын мисалында вирустук сарыктын оор түрлөрүнүн этиологиялык түзүлүшүнүн анализи жүргүзүлдү. Оорулуулардын жаш курак аспектилери, эпидемиологиялык анамнези, клиникалык белгилери, кошумча оорулары, лабораториялык анализдердин жыйынтыктары кеңири изилденди. Аныкталбаган вирустук сарыктардын (37%) башка этиологиядагы сарыктардын алдында үстөмдүк кылганы аныкталды, ошондой эле өлүм менен аяктаган жыйынтыгы көп кездешти (92,9%).

Негизги сөздөр: вирустук сарыктар, оор жүрүшү, коштогон патологиясы, боордун курч энцефалопатиясы (БКЭ), жыйынтыктары.

**ETIOLOGICAL STRUCTURE AND ANALYSIS OF THE CLINICAL COURSE
OF SEVERE FORMS OF VIRAL HEPATITIS
(BASED ON MATERIALS OF INTENSIVE CARE UNIT OF THE REPUBLICAN CLINICAL
INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL)**

**A.A. Dzhangazieva, S.K. Kochkorbekova, V.P. Rachinski, A.M. Ashirova,
A.M. Zikiryaeva, A.J. Karyпчаeva**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Infectious Diseases Department
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Abstract: the article analyzes the etiological structure of severe forms of viral hepatitis on the example of patients admitted to the intensive care unit of the Republican clinical infectious diseases hospital in Bishkek. The age aspect of the sick, epidemiological anamnesis, clinical symptoms, concomitant pathology laboratory data were studied in detail. Identified the prevalence (37%) undifferentiated viral hepatitis, hepatitis of other etiology, with the highest frequency (92.9%) of deaths.

Key words: viral hepatitis, severe course, concomitant pathology, acute hepatic encephalopathy (AHE), outcomes.

Актуальность. Вирусный гепатит занимает центральное место в структуре заболеваний печени. Согласно данным ВОЗ в разных странах мира инфицированность HCV составляет от 170-500 млн. и 257 млн. человек вирусным гепатитом В [1]. Несмотря, на достигнутые успехи в диагностике, лечении и профилактике вирусных гепатитов, эта проблема далека от решения. В настоящее время сохраняется высокий потенциал всех известных вирусных гепатитов (ВГА, ВГВ, ВГС, ВГД, ВГЕ). Данное обстоятельство связано с широким распространением вирусных гепатитов и глобальной тенденцией к росту инфицированности. 28 июля ВОЗ отмечает Всемирный день борьбы с вирусным гепатитом для повышения осведомленности и понимания серьезности этой болезни. В мире ежегодно умирает приблизительно 2 млн. человек от острых гепатитов, от цирроза и рака печени в исходе хронических гепатитов. 90% летальных исходов, с развитием фульминантной печеночной недостаточности, приходится на острый период болезни [1].

Целью нашего исследования явилось определение этиологической структуры тяжелых форм вирусных гепатитов, сопровождающихся развитием острой печеночной энцефалопатии (ОПЭ) и их клинико-лабораторная характеристика

Объект исследования: в исследование включены 39 больных с диагнозом «вирусный гепатит» осложненный ОПЭ, находящихся в реанимационном отделении РКИБ.

Материалы и методы исследования

Всем больным проведены серологические исследования на маркеры вирусных гепатитов, общего развернутого анализа крови, биохимических показателей функциональных проб печени: уровня общего билирубина и его фракций, активности аспаратаминотрансферазы (АсАТ), аланинаминотрансферазы (АлАТ), тимоловой пробы, состояния свертывающей системы крови (ПТИ, ПТВ). Инструментальное исследование (УЗИ) органов брюшной полости с помощью аппарата «Alloka-1400» (Япония), датчик 3,5 МГц. Тяжесть течения болезни определялась путем оценки выраженности и продолжительности клинических симптомов таких как: желтушного синдрома, симптомов интоксикации, тошноты, рвоты, геморрагического и отечно-асцитического синдромов, признаков печеночно-клеточной недостаточности. Оценку достоверности различий полученных результатов проводили, используя программу Excel 2010.

Результаты и их обсуждение

Были проанализированы 39 историй болезни пациентов с предварительным диагнозом «вирусный гепатит», госпитализированных с 2015- по 2017 гг. в отделение реанимации с тяжелой формой. Динамическое наблюдение клинического течения и лабораторных исследований, а так же данные эпидемиологического анамнеза, позволили определить этиологическую структуру и формулировку окончательного клинического диагноза (рис. 1).

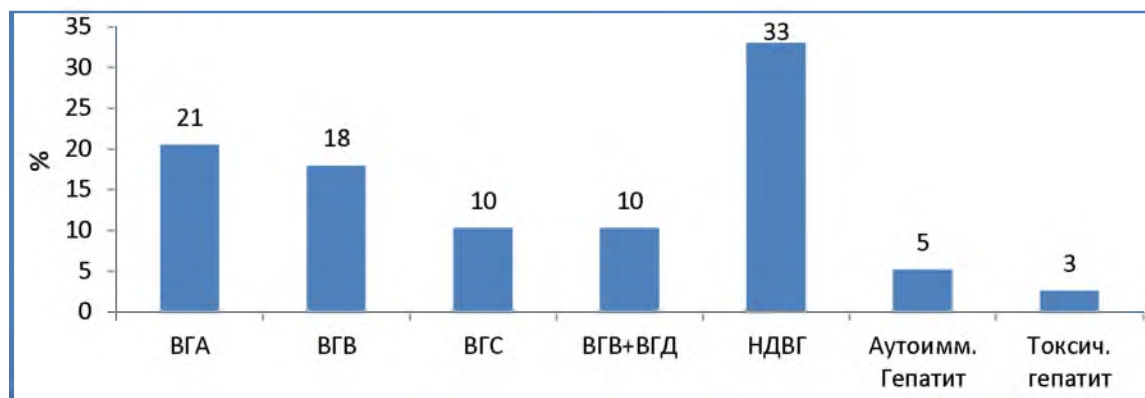


Рис. 1. Этиологическая структура тяжелых форм гепатитов, ОРИТ РКИБ, 2015-2017 гг. (n=39).

В этиологической структуре гепатитов преобладающими явились недифференцированные вирусные гепатиты (НДВГ) в 33% случаев. Обращает на себя внимание тот факт, что среди исследуемой группы большую долю (21%) тяжелых форм составил вирусный гепатит А, несмотря на устоявшееся мнение о его легком течении. Чуть меньшую долю – 18% составил тяжелый ВГВ. По 10% из общей доли пришлось на пациентов с тя-

желыми формами ВГС и суперинфекции гепатита Дельта. Также в реанимационное отделение с предварительным диагнозом «вирусный гепатит» госпитализировались 2 пациента (5%) с аутоиммунным гепатитом. У 1 пациента (3%) был тяжелый токсический гепатит. Этиологическая структура тяжелых гепатитов отличалась в зависимости от возрастных групп (рис. 2).

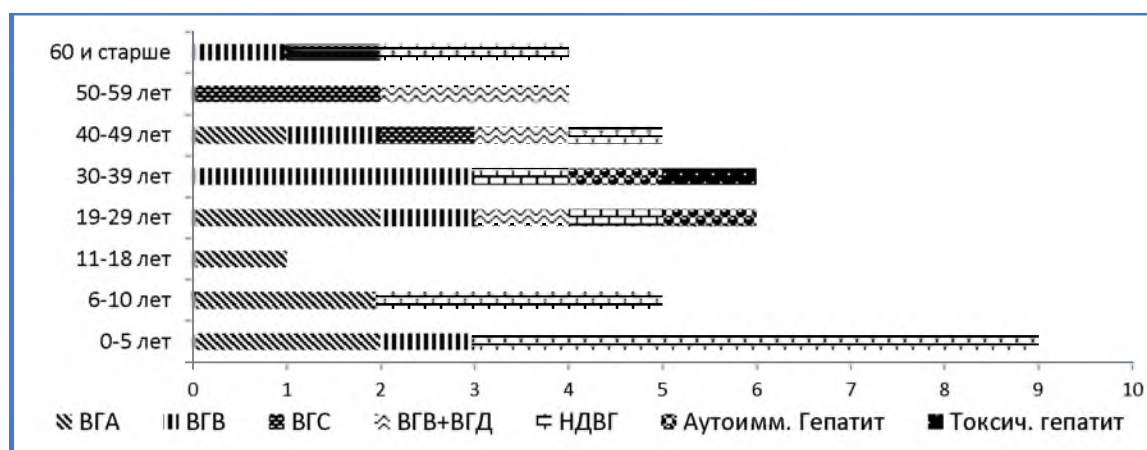


Рис. 2. Распределение пациентов с тяжелыми гепатитами по этиоструктуре в зависимости от возрастных групп.

Вирусный гепатит А в тяжелой форме диагностирован в основном у детей и лиц молодого возраста, в группе от 0 – до 29 лет и у 1 пациента 49 лет. Тяжелая форма вирусного гепатита В, как и ожидалось, была в старших возрастных группах от 19 лет и старше, а также протекал у 3-летнего ребенка, подтвержденный наличием острофазовых маркеров (HBS Ag, a-HBcore-IgM). Тяжелый ВГС выявлен у больных в возрастной группе от 40 до 60 лет и старше. Суперинфекция ВГВ+ВГД зарегистрирована у лиц от 19 лет и выше. Значительная доля тяжелых форм пришлась на пациентов с НДВГ. Девять больных из 14 с НДВГ были из возрастной группы 0-10 лет, остальные лица старшего возраста. Аутоиммунный гепатит был у двух больных с системными заболеваниями в возрасте от 19 – до 39 лет. У одного пациента 33 лет, с алкогольной зависимостью, на фоне приема парацетамола диагностирован токсический гепатит.

Клиническое течение тяжелых гепатитов при сравнении средних показателей выявило (табл.), что самая короткая продолжительность койко-дней была при НДВГ – 6,6±1,7 дней и длительная при ВГА 21,6±5,6 дней, что четко отражает сроки развития печеночной недостаточности и летальных исходов. Средние показатели дня болезни, когда был выставлен предварительный диагноз и пациенты были направлены на госпитализацию, показали позднюю выявляемость Дельта инфекции – на 154±108,2 день и аутоиммунных гепатитов – на 105±15 день. По продолжительности интоксикационного синдрома наиболее долгим он был для аутоиммунных гепатитов 117,5±22,5 дней и из гепатитов вирусной этиологии при Дельта инфекции 42,3±37 дней. Однако, при тяжелом течении ВГА интоксикация тоже удлинилась до 27,1±6 дней, что не характерно для неосложненных форм данной этиологии.

Таблица

Средние показатели продолжительности койко-дней, дня болезни и интоксикации в зависимости от этиологии.

Средние показатели	ВГА (n=8)	ВГВ (n=7)	ВГС (n=4)	ВГВ+ВГД (n=3)	НДВГ (n=14)	Аутоимм. гепатит (n=2)	Токсич. гепатит (n=1)
Средн. длительность койко-дней	21,6±5,6	15,9±7,6	10,3±3,2	10,3±7,9	6,6±1,7	13,5±6,5	1
Средн. день болезни	6,8±1	10,6±4,9	7,5±0,3	154±108,2	13,4±3,7	105±15	4
Средн. длительность интоксикации	27,1±6	25±7,9	17,5±3,2	42,3±37	18,4±3,8	117,5±22,5	5

Печеночная недостаточность – тяжелое угрожающее жизни состояние, которое сопровождается развитием массивного некроза и выраженным нарушением функций печени, прогрессирующей желтухой, выраженной коагулопатией в сочетании с печеночной энцефалопатией [2,3]. Исследуемые пациенты, согласно последней классификации Американской ассоциации по изучению болезней печени (2011 г.), по срокам развития нарушений функции печени,

низким показателям свертывающей системы крови и от момента появления желтухи были разделены на три группы: 1 гр. пациенты с развитием сверхострой печеночной недостаточности – 0-10 дней, 2 гр. пациенты с фульминантной печеночной недостаточностью – 10-30 дней, 3 гр. пациенты с подострой печеночной недостаточностью – 5-24 недели [3,4]. По вышеуказанным критериям исследуемые пациенты распределились следующим образом рис. 3.

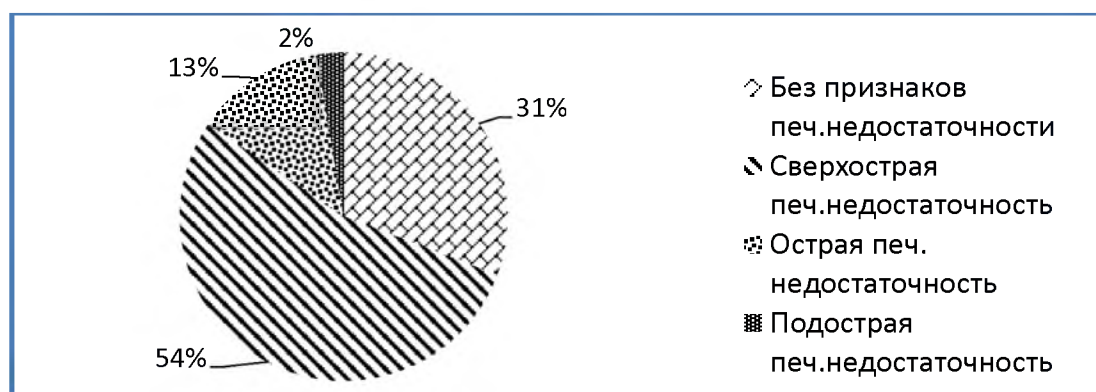


Рис. 3. Тяжелые формы гепатитов по наличию и срокам развития печеночной недостаточности, ОРИТ РКИБ, 2015-2017 гг. (n=39).

В отделение реанимации госпитализировались пациенты с тяжелыми формами заболевания, но

без признаков ОПЭ – 30,8% от общего количества исследуемых больных (рис. 4.)

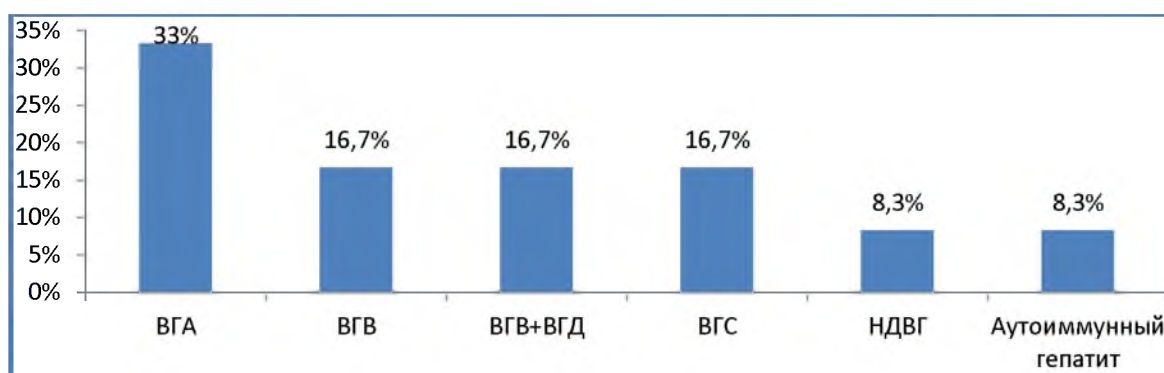


Рис. 4. Этиоструктура больных без признаков печеночной недостаточности, ОРИТ РКИБ (n=12).

Тяжесть состояния пациентов была обусловлена в 3 случаях поздней обращаемостью, а также наличием сопутствующей патологии. Так, у 4 пациентов с ВГА сопутствующими диагнозами явились: анемия 3 ст., жировой гепатоз, у двух пациентов наличием хронического холецистопанкреатита. При ВГВ тяжелое течение было обусловлено пожилым возрастом и наслоением на ХВГС. Суперинфекция гепатита Дельта у 2 больных имела неблагоприятный исход – цирроз печени, кроме этого у 1 из пациентов имелся сопутствующий ХВГС. У 6-летнего ребенка с высокой активностью аминотрансфераз и отсутствием маркеров ВГ, с клиническим диагнозом

НДВГ тяжелое течение обусловила сопутствующая кишечная непроходимость. В одном случае был диагностирован аутоиммунный гепатит. Пациенты без признаков ОПЭ имели хороший прогноз и с улучшением состояния были выписаны 66,7% больных, 16,7% – с выздоровлением, но 1 больная (8,3%) с суперинфекцией гепатита Дельта скончалась от тромбоэмболии легочной артерии, и ребенок (8,3%) с кишечной непроходимостью переведен в хирургию.

Первая группа пациентов с развитием сверхострой печеночной недостаточности составила 53,8% (рис. 5.)

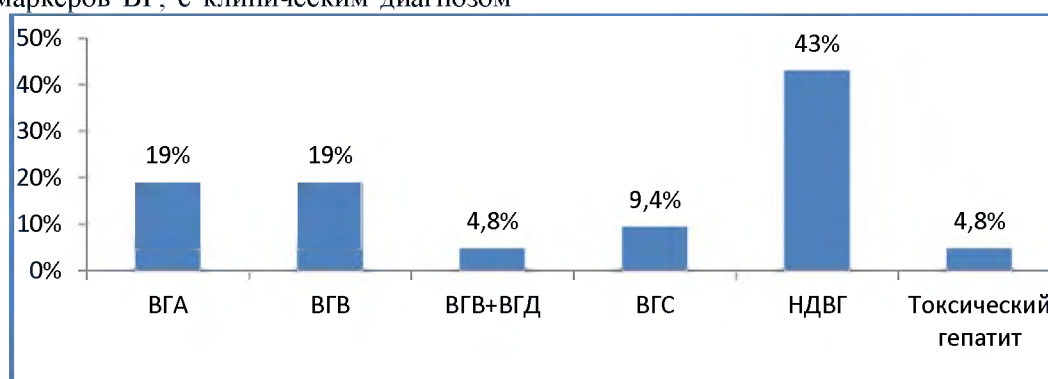


Рис. 5. Этиоструктура больных со сверхострой печеночной недостаточностью, ОРИТ РКИБ (n=21).

Большая доля пациентов в данной группе приходится на НДВГ – 43%, по-видимому, из-за сверхострой гепатодистрофии антителообразование запаздывает, что создает трудности в этиологической расшифровке. Факторами риска развития сверхострой печеночной недостаточности явились наличие сопутствующих заболеваний гепатобилиарной системы и ЖКТ, сахарный диабет 1 типа, анемия, туберкулез легких, патологии со стороны мочевыводящей системы, внутриутробные инфекции, бактериальные заболевания органов дыхания, наложение герпесвирусной инфекции. Клиника характеризовалась значительным нарастанием желтухи и выраженных симптомов интоксикации, признаков энцефалопатии, наличием геморрагического синдрома, когда показатели протромбинового индекса не определялись или снижались менее 50%. У половины больных перкуторно выявилась гепатодистрофия, вплоть до симптома «пустого» подреберья. Исход у данной группы пациентов в 100% случаях был летальный.

Пациенты 2-ой группы, у которых развилась острая печеночная недостаточность составили 12,8% (n=5), с НДВГ 4 человека и 1 с ВГВ. В развитии тяжести болезни, также сыграла роль сопутствующей патологии органов ЖКТ, гепатобилиарной системы, сахарный диабет, острое повреждение почек. Клинико-лабораторные проявления носили такой же тяжелый характер, что и в первой группе отличаясь лишь более поздними сроками развития признаков печеночной недостаточности. В исходах болезни также зарегистрирована 100% летальность.

Одну пациентку с аутоиммунным гепатитом, у которой развилась ОПЭ, мы выделили в 3 группу наблюдения, так как желтуха и признаки печеночной энцефалопатии появились через 1,5 месяца от начала болезни. Интоксикация сохранялась в течение 140 дней, в силу позднего обращения исход в данном случае был летальный. В целом исходы болезни по нозологическим формам представлены на рис. 6.

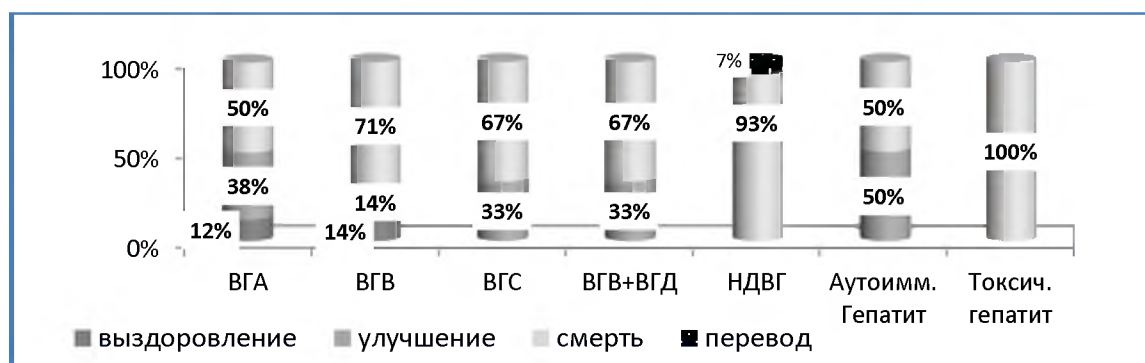


Рис. 6. Виды исходов у пациентов с различной этиологией, ОРИТ РИКБ, 2015-2017 гг.

Выводы:

1. Тяжелые формы гепатитов без ОПЭ были обусловлены в 33% случаев ВГА и наличием множественных сопутствующих заболеваний
2. Тяжелые формы гепатитов с развитием ОПЭ были в 69%, причем в 43% обусловлена – НДВГ с развитием сверхострой печеночной недостаточности (от 0 – до 10 дней), все случаи закончились летальным исходом.
3. Позднее поступление и поздняя госпитализация напрямую влияют на течение и исходы гепатитов.

Литература

1. Думанский, Ю.В. Острая печеночная недостаточность / Ю.В. Думанский, Н.В. Кабанова, И.Е. Верхулецкий // Медицина неотложных состояний. - 2012. - №6. - С. 85-95.
2. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: руководство для врачей / В.Т. Ивашкин. – 2-е изд. – М.: ООО «Издат. дом «М-Вести», 2005. – 536 с.
3. Эсауленко, Е.В. Фульминантный гепатит в реальной клинической практике / Е.В. Эсауленко, М.В. Алексеева, А.А. Сухорук // Инфекционные болезни. -2017. - т. 15. - №2. - С. 70-74.
4. Вьючнова, Е.С. Дифференциальная диагностика и лечение печеночной энцефалопатии / Е.С. Вьючнова, С.М. Бабина // Consilium Medicum. - 2017. -19 (8). - С. 84-88.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГОРНОГО КЛИМАТА КЫРГЫЗСТАНА
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЧЕСКОЙ ПУРПУРОЙ**

Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., А.А. Махмануров

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены результаты реабилитационного курса детей идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в условиях среднегорья (1760 м) с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м). Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у 2-х достигнута полная, у 7 – частичная ремиссия, у 2 – улучшение клинико-гематологических показателей носило временный характер. Отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка. Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). Клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 75% детей и 62% взрослых.

Ключевые слова: идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура, лечение, высокогорная климатотерапия.

**ИДИОПАТИКАЛЫК ТРОМБОЦИТОПЕНИКАЛЫК ПУРПУРАСЫ МЕНЕН ООРУЛАРДЫ
ДАРЫЛОО УЧУН КЫРГЫЗСТАНДЫН ТООЛУУ КЛИМАТЫН КОЛДОНУУ**

Маришбек к. Э., Эсенгелди к. А., А.А. Махмануров

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Госпиталдык терапия, кесиптик жана кан оорулар курсунун кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада идиопатикалык тромбоцитопеникалык пурпура менен ооруган балдарды орто тоолуу шартта жандандыруу жана андан ары бийик тоолуу Төө-Ашуудагы (3200 м) дарыканада дарылоонун жыйынтыгы берилген. Бийик тоолуу климаттык терапия алган 12 баланын ичинен, 2 бала толугу менен, 7 бала толук эмес, 2 бала клиникалык гематологиялык көрсөткүчүнүн жакшырышып убактылуу гана болду. Бир балада эч кандай жакшыруу болгон жок. Бийик тоодо жетишкен жакшы клиникалык жыйынтык андан кийин узак убакытка (6 ай жана бир жыл) сакталды. Клиникалык-гематологиялык ремиссия 75% балдарда жана 62% чоң кишилерде жетишилди.

Негизги сөздөр: идиопатикалык тромбоцитопениялык пурпура, дарылоо, бийик тоолуу климатотерапиясы.

**USING THE MOUNTAIN CLIMATE OF KYRGYZSTAN FOR TREATMENT
THE PATIENTS WITH IDIOPATHIC THROMBOCYTOPENIC PURPURA**

Marishbek k. E., Esengeldi k. A., A.A. Machmanurov

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

Chair of the Hospital Therapy, Profpathology with Hematology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article presents the results of rehabilitation programme for children with Idiopathic Thrombocytopenic Purpura (ITP) in the settings of mid – altitude (1760 meters) with subsequent treatment programme in high altitude in-patient care Tuya-Ashuu hospital (3200 meters). Out of 12 children received high altitude climate therapy, 2 children achieved – full remission, 7 children achieved – partial remission, 2 children showed transient improvement of clinical-hematologic indicators. Complete absence of the effectiveness was recorded in 1 child. Significant positive clinical results achieved in majority of patients in high-altitude settings persisted in the long term (during 6 and 12 months). Conclusion: Clinical-hematologic remission achieved in 75% children and 62% adults.

Key word: idiopathic thrombocytopenic purpura, treatment, mountain climate therapy.

Введение. Идиопатическая (иммунная) тромбоцитопеническая пурпура (ИТП) – это заболевание, манифестирующее иммуно-опосредованной

тромбоцитопенией [1]. Точная инцидентность неизвестна, однако ежегодно в США и Европе регистрируется около 50-100 новых случаев на

миллион человек, дети и взрослые составляют примерно одинаковое количество [2].

В последние годы в специальной литературе представлено значительное количество рекомендаций по лечению ИТП, которые мало сопоставимы между собой либо, наоборот, практически полностью дублируют друг друга [3,4]. Несовершенство существующих протоколов терапии ИТП, частая непредсказуемость ожидаемого ответа на используемые глюкокортикостероиды, высокая частота развития связанных с ними осложнений диктуют необходимость постоянного поиска новых методов лечения этого распространенного заболевания.

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

Поэтому поиск любых альтернативных методов лечения ИТП считается актуальным. Начиная с 1990 годов в Кыргызской Республике в лечении ИТП у взрослых, активно стали использовать высокогорный климат. Исследования отечественных ученых [6,7] доказали, что 40-дневное пребывание на высоте 3200 метров над уровнем моря положительно влияет на течение ИТП и ремиссия у взрослых больных достигается в 60% случаев. В связи с чем, высокогорный климат был включен в схему терапии детей с хронической ИТП, при этом у детей был использован ступенчатый метод лечения: до высокогорной климатотерапии дети проходили курс реабилитации в условиях среднегорья.

Цель исследования: Изучить клиническую картину и состояния тромбоцитопоза у детей и взрослых с хронической ИТП для оценки эффективности использования высокогорного климата в терапии данного заболевания.

Материал и методы исследования

В исследование включено 12 детей с хронической ИТП (в возрасте от 5 до 14 лет; средний возраст $10,25 \pm 1,43$ года), находившихся на реабилитации в Детском медико-социальном реабилитационном комплексе «Алтын-Балалык» (г. Чолпон-Ата, 1650 м. н.у.м.), с последующим лечением в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м. н.у.м.). Продолжительность курса реабилитации составила 30 дней, высокогорной климатотерапии – 40 дней. Для сравнения результатов лечения в статье приведены

данные по взрослым больным (105 чел.), которые получили высокогорную климатотерапию в разные периоды, начиная с 2000 года.

При диагностике ИТП учитывали анамнестические данные о наличии геморрагического синдрома, тромбоцитопении, нормальное или увеличенное содержание мегакариоцитов в костном мозге, отсутствие спленомегалии и другой патологии, сопровождающейся тромбоцитопенией, и связь заболевания с приемом медикаментов.

Статистический анализ полученных нами данных проводился с использованием программы SPSS for Windows v.10.0.5. Различия между группами оценивались с помощью t-критерия Стьюдента для независимых выборок и U-критерием Манна-Уитни (непараметрический метод) с уровнем достоверности 0,05.

Полученные результаты

У всех детей до поступления в детский медико-социальный реабилитационный комплекс (ДМСРК) применялись те или иные методы медикаментозной терапии, которые оказали временную эффективность. Так, лечение гормонами, в частности преднизолоном, в стандартных дозах 1-2 мг/кг/сут в течение 20-25 дней проведено 5 детям. Из них у 2 детей отмечался положительный кратковременный эффект в течение одного года, у 2 детей ремиссия продолжалась 2 года и у одного ребенка – в течение 3-х лет. Четверым детям применялись высокие дозы пероральных глюкокортикоидов (6-9 мг/кг в сутки), которая оказала положительный эффект от 3 до 5 лет. Высокие дозы парентеральных глюкокортикоидов, в частности, 10-20 мг/кг в сутки метилпреднизолона применялись у остальных 3 детей, эффективность которой отмечена у всех: у 1 ребенка – кратковременный положительный эффект в течение 6 месяцев, у остальных двоих – ремиссия доходила до года.

Проявления геморрагического синдрома наблюдались у 10 детей (83%), в том числе кровоизлияния зарегистрированы у 6 чел. (60%), петехии – у 4 чел. (40%). Влажная пурпура имела у половины из 12 больных. В процессе реабилитации, улучшение состояния наблюдалось со 2-й недели пребывания в реабилитационном комплексе и особенно заметные сдвиги зарегистрированы к концу срока. Частота кожных проявлений геморрагического синдрома и влажной пурпуры уменьшилась в 1,5 раза и более.

Количество тромбоцитов до реабилитации в среднем составило $28,5 \pm 2,71 \times 10^9/\text{л}$. При этом у 2-х детей этот показатель был ниже критической цифры ($18,4$ и $19,1 \times 10^9/\text{л}$, соответственно). К концу срока

реабилитации уровень тромбоцитов заметно увеличился и составил $39,8 \times 10^9/\text{л}$, то есть со стороны тромбоцитов зафиксирован прирост.

В последующем эти дети были направлены для дальнейшего лечения на высокогорную базу Туя-Ашу (3200 м). Перед отправкой в условия высокогорья, в течение недельного срока, дети находились дома в г. Бишкек, и одновременно проходили обследование.

У незначительного количества детей (35%) в первые дни пребывания в высокогорье отмечались признаки высотной болезни (головные боли, головокружение, одышка, сердцебиение при незначительной физической нагрузке). Но эти симптомы у детей проходили в течение 3-5 дней. Большинство детей не испытывало признаков высотной болезни, что скорее всего объясняется пребыванием детей в условиях среднегорья.

Улучшение состояния в горах начиналось с 20-го дня пребывания в условиях высокогорья, когда число тромбоцитов увеличилось почти в 2 раза от исходного уровня ($p < 0,05$), а на 40-й день лечения высокогорьем их количество увеличилось в 3,5 раза (составляя в среднем $98,7 \pm 3,51$ тыс./мкл).

У наших детей с ИТП для изучения процентного содержания различных форм тромбоцитов, проведено исследование тромбоцитограммы (рис.).

Как видно из рисунка, до лечения количество нормальных пластинок составило 48%, старые формы – 28%, дегенеративные – 18% и формы раздражения – 6%. К концу высокогорной климатотерапии выявлено увеличение числа нормальных кровяных пластинок в 1,3 раза, форм раздражения – в 2,5 раза. Количество старых и дегенеративных форм, наоборот уменьшилось до 14% и 9% соответственно ($p < 0,05$), что свидетельствует о положительных сдвигах со стороны тромбоцитограммы.

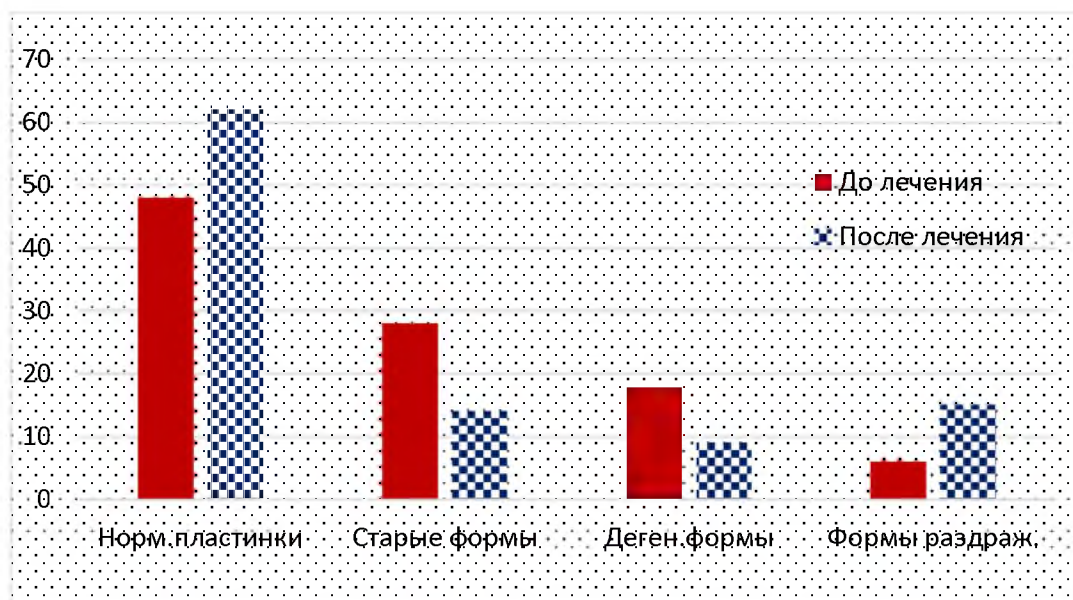


Рис. Тромбоцитограмма у детей ИТП в процессе высокогорной климатотерапии.

Результаты лечения оценивались согласно следующим критериям: полная ремиссия (значительное улучшение или нормализация гематологических показателей, отсутствие потребности в гормонах и трансфузии компонентов крови); частичная ремиссия (стойкое улучшение гематологических показателей, снижение потребности в гормонах и гемотрансфузии); временное улучшение (менее 2 мес.) гематологических показателей и отсутствие эффекта. Из 12 детей, получивших высокогорную климатотерапию, у двух детей достигнута полная и у 7 – частичная ремиссия. У 2 детей улучшение клинико-гематологических по-

казателей носило временный характер, и отсутствие эффекта зарегистрировано у одного ребенка.

Достигнутый в условиях высокогорья выраженный положительный клинический эффект сохранялся у большинства больных и в отдаленном периоде исследования (через 6 месяцев и один год). На высокогорную климатотерапию положительно ответили 75% больных детей с хронической ИТП.

За последние двадцать лет в высокогорном стационаре Туя-Ашу (3200 м) прошли лечение 105 взрослых больных. Полная клинико-гематологическая ремиссия достигнута у 37 из них (35%), частичная ремиссия – у 25 чел. (24%), временное улучшение клинико-гематологических показателей зарегистрировано у – 22 чел. (21%), и не ответили на высокогорную терапию 16 (15%) больных. В отличие от детей, эффективность высокогорной климатотерапии у взрослых значительно ниже. Если у детей на лечение высокогорьем ответили 75% детей, то у взрослых этот процент составил всего 62%.

Резюмируя вышеизложенное, можно предположить, что полученные положительные результаты у больных ИТП в процессе лечения в условиях высокогорья, обусловлены следующими причинами: во-первых, гипоксия способствует повышенной выработке тромбопоэтинов, которые в свою очередь, стимулируя мегакариоцитарный росток костного мозга, увеличивают количество тромбоцитов в периферической крови; во-вторых, увеличение выработки в горах глюкокортикоидов не исключает их иммуносупрессивного влияния, если учесть, что большая часть тромбоцитопении носит аутоиммунный характер.

Выводы:

1. Условия среднегорья оказывают благоприятное воздействие на течение тромбоцитопении у детей, и особенно, на прохождение периода адаптации в условиях высокогорной базы Туя-Ашу.
2. Высокогорная климатотерапия, как у детей, так и у взрослых улучшает клиническое течение заболевания, вызывает достоверное повышение количества тромбоцитов и их качественные сдвиги.
3. При сравнении результатов лечения, эффективность высокогорной климатотерапии бо-

лее выражена у детей, чем у взрослых: положительно ответили на терапию 75% детей и 62% взрослых.

Литература

1. Имбах, П. *Диагноз и лечение хронической иммунной тромбоцитопенической пурпуры у детей* / П. Имбах // *Гематология и трансфузиология*. - 1998. - №3. - С. 27-31.
2. Blanchette, V. *Childhood Immune Thrombocytopenic Purpura: Diagnosis and Management* / V. Blanchette, P. Bolton-Maggs // *Pediatric Clinic of North America*. - 2008. - №55. - P. 393-420.
3. Масчан, А.А. *Современные методы диагностики и лечения первичной иммунной тромбоцитопении (по итогам совещания совета экспертов)* / А.А. Масчан, Л.Г. Ковалёва, А.Г. Румянцев // *Вопросы гематологии и иммунологии в педиатрии*. - 2010. - Т.9. - №4. - С. 5-14.
4. Andersen, J.C. *Response of resistant idiopathic thrombocytopenic purpura to pulsed high-dose dexamethasone therapy* / J.C. Andersen // *The New England Journal of Medicine*. - 1994. - Т.330. - №22. - P. 1560-1564.
5. Rodeghiero, F. *Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from international working group* / F. Rodeghiero, R. Stasi, T. Gensheimer // *Blood*. - 2009. - Т. 113. - №11. - P. 2386-2393.
6. Раимжанов, А.Р. *Перспективы лечения идиопатической тромбоцитопенической пурпуры* / А.Р. Раимжанов, С.М. Маматов // *Наука и новые технологии*. - 1999. - №3. - С. 92-96.
7. Маматов, С.М. *Морфофункциональные особенности гемопоэза у больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой в процессе высокогорной климатотерапии* / С.М. Маматов // *В кн. Итоги и перспективы развития современной медицины в контексте XXI века. Сборник научных трудов*. Бишкек. - 1998. - С. 563-569.

НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2-ТИПА В КЫРГЫЗСТАНЕ

М.С. Молдобаева, А.В. Виноградова, Р.Э. Тургумбекова, Н.М. Эсенгелдиева

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

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Для профилактики осложнений СД 2-типа необходимо достижение нормогликемии за счет оптимизации лечения. Одним из них является внедрение новых поколений лекарств, например, ингибитора дипептидилпептидазы-4 в комбинированной терапии. Преимуществом является не только устранение метаболических нарушений, но и сохранение активности клеток поджелудочной железы и стимулирование секреции инсулина. В статье приведены современный анализ литературы по изучению эффективности и безопасности препарата дипептидилпептидазы в комбинированной терапии и собственный опыт его применения.

Ключевые слова: сахарный диабет 2-типа, ингибитор дипептидилпептидазы-4, метформин.

2-ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИН ДАРЫЛООДОГУ КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ЖАҢЫ БАҒЫТТАР

М.С. Молдобаева, А.В. Виноградова, Р.Э. Тургумбекова, Н.М. Эсенгелдиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Эндокринология курсу менен ички ооруулардын пропедевтика кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2-типтеги кант диабетин кабылдоолорун алдын алууда дарылоону оптимизациялоо аркылуу нормогликемияга жетуу керек. Алардын бири жаны муундагы дары-дипептидилпептидаза-4 ингибиторун дарылоодо колдонуу. Артыкчылыктарынын бири метоболикалык бузулуулардан арылуу гана эмес, уйку без клеткаларынын активдуулугун сактап калуу менен бирге инсулиндин болуп чыгаруусун стимуляциялоо. Илимий макалада заманбап дары дипептидилпептидаза-4 ингибиторунун дарылоодогу эффективдуулугу, коопсуздуулугу жана колдонуудагы тажырыйбалар келтирилген.

Негизги сөздөр: 2-тип кант диабетти, дипептидилпептидаза-4 ингибитору, метформин.

NEW DIRECTIONS IN THE TREATMENT OF DIABETES MELLITUS 2 IN KYRGYZSTAN

M.S. Moldobaeva, A.V. Vinogradova, R.E. Turgumbekova, N.M. Esengeldieva

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,

Department of propaedeutics of internal diseases with the course of endocrinology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: To prevent complications of diabetes mellitus 2, it is necessary to achieve normoglycemia by optimizing treatment. One of them is the introduction of new generations of drugs, for example, an inhibitor of dipeptidyl peptidase-4 in combination therapy. Advantage is not only the elimination of metabolic violations, but also the preservation of pancreatic cell activity and stimulation of insulin secretion. The article presents a modern analysis of the literature on the efficacy and safety of dipeptidylpeptidase-4 in combination therapy and its own experience in its use.

Key words: diabetes mellitus 2-type, inhibitor of dipeptidyl peptidase-4, metformin.

Актуальность. Число больных сахарным диабетом (СД) постоянно растет. В настоящее время СД страдают во всем мире около 415 миллионов человек, по оценкам экспертов International Diabetes Federation число их в 2040 году вырастет до 642 миллионов [1]. В Кыргызстане количество больных СД с 39785 (1020,4 на 100 тыс) в 2012-году достигло 52492 (1267,6 на 100 тыс.) в 2016-году [2,3]. Примерно 4,0 (3,2-5,0) миллиона человек в возрасте от 20 до 79 лет умерли от диабета в 2017 году, что соответствует одной смерти каждые восемь секунд [4]. Пациенты с СД относятся

к группе с высоким и очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений [5,6,7]. Профилактика осложнений СД из-за поражений сосудов обеспечивается достижением нормогликемии. Высокие риски осложнений, наряду с изменением образа жизни, требуют непрерывного приема сахароснижающих препаратов и интенсификации терапии [8]. Исследования United Kingdom Prospective Diabetes Study показали, что компенсация нарушений углеводного обмена достигается через 3 года после постановки диагноза

при монотерапии пероральными сахароснижающими препаратами (ПССП) только у 45% больных, а через 6 лет – лишь у 30%. С удлинением времени заболевания СД угнетается активность β клеток поджелудочной железы. Актуальна разработка новых поколений лекарств, позволяющих не только устранить метаболические нарушения, но и сохранить активность клеток поджелудочной железы и стимулировать секрецию инсулина [9]. К этим препаратам относятся инкретины (агонисты рецепторов глюкагонподобного пептида-1 (ГПП-1) и ингибиторы дипептидилпептидазы-4 (иДПП-4), как один из эффективных вариантов лечения СД 2-типа [10,11,12]. Подавление активности ДПП-4 повышает концентрацию инкретинов, в первую очередь, ГПП-1 в кишечнике в течение суток в ответ на приём пищи. При нормальном и повышенном уровне глюкозы крови инкретины способствуют увеличению синтеза и секреции инсулина и снижают секрецию глюкагона, что нормализует высокую гликемию. При низком уровне сахара в крови действие инкретинов на выработку инсулина и глюкагона отсутствует [13]. Комбинирование иДПП-4 и метформина позволяет воздействовать на основные патогенетические механизмы СД 2-го типа: инсулинорезистентность, секреторный ответ β -клеток и гиперпродукцию глюкозы печенью. Преимуществом такой комбинации является возможность применения этой группы препаратов у пожилых пациентов, пациентов с гипертензией и нарушением почечной функции средней тяжести, пациентов группы сердечно-сосудистого риска, комбинация с любым сахароснижающим препаратом, в том числе и с инсулином [8,14,15,16]. Одним из представителей иДПП-4 является высоко селективный ситаглиптин из класса стимуляторов островков Лангерганса. Комбинированная терапия метформина и ситаглиптина оказывает положительное влияние на все нарушенные физиологические звенья СД [16,17,18]. Комбинация препаратов группы глиптинов с метформином превосходит эффективность и переносимость традиционных пероральных сахароснижающих препаратов [9,20,21,22]. Эффективность и безопасность комбинации метформина и ситаглиптина изучена в рандомизированном клиническом исследовании [23]. В монотерапии ситаглиптином в дозе 100 мг/сут среднее снижение HbA_{1c} через 3 месяца составило 0,8%. У больных с исходным значением $HbA_{1c} < 8\%$ на фоне терапии ситаглиптином отмечено его снижение на 0,6%, тогда как у больных с $HbA_{1c} > 9,0\%$ – на 1,4% [24] и обладает меньшей результативностью, чем метформин:

снижение уровня HbA_{1c} на 24-й неделе наблюдалось в группах лечения как ситаглиптином, так и метформином (0,43 и 0,55% соответственно) [25]. Метформин и иДПП-4 (ситаглиптин) увеличивают концентрацию циркулирующего в крови ГПП-1, улучшая гликемический контроль у пациентов с ожирением без диабета [26]. Комбинация иДПП-4 с метформином, как стартовая терапия СД 2-го типа, направлена на достижение целевых значений гликемии и, возможно, способна отсрочить назначение производных сульфонилмочевины (СМ) и старт инсулинотерапии. Старт комбинированной терапии позволяет сохранить более чем на полгода достигнутый сахароснижающий эффект по сравнению со стартом с монотерапии метформином [26]. Комбинация иДПП-4 и метформина дает дополнительный сахароснижающий эффект по сравнению с монотерапией и не усиливает побочные эффекты метформина со стороны ЖКТ, комбинация 100 мг ситаглиптина и 1500 мг/сутки метформина у пациентов с неудовлетворительным контролем гликемии (HbA_{1c} 7-10%) привело к значимому снижению уровня HbA_{1c} (- 0,7% по сравнению с плацебо, $p < 0,001$) [27]. Преимущества сочетания ситаглиптин+метформин и глипизид+метформин сопоставимы. Целевой показатель $HbA_{1c} < 7\%$ был достигнут у 63% и 59% пациентов соответственно. При этом комбинация ситаглиптин+метформин способствовала снижению массы тела на 2,3 кг и частоты эпизодов гипогликемий в 6 раз (по сравнению с глипизид+метформин) [28]. Эффективность и безопасность разных групп иДПП-4 изучалась в 3 группах больных СД 2 типа с уровнем HbA_{1c} 7,5-10%: 1-группа-саксаглиптин 5 мг, 2-группа-ситаглиптин 100 мг 1 р./сут, 3-группа-вилдаглиптин 50 мг 2 р./сут. Во всех 3 группах больные получали дополнительно: метформин+сахароснижающий препарат (глимепирид, акарбоза или пиоглитазон). В конце исследования $HbA_{1c} < 7\%$ был одинаковый во всех 3 группах (саксаглиптин – 59%, вилдаглиптин – 65%, ситаглиптин – 59%), из нежелательных явлений наблюдалась мягкая гипогликемия (саксаглиптин – 6%, вилдаглиптин – 2%, ситаглиптин – 3%), но существенных различий среди групп не было. Таким образом, группы глиптинов не отличались заметно между собой по эффективности гликемического контроля и по частоте побочных эффектов [29]. Изучение сахароснижающего эффекта ситаглиптина в дозе 100 мг показало снижение уровня HbA_{1c} в среднем на 0,6% по сравнению с группой плацебо ($p < 0,001$). Наблюдаемое различие было тем больше, чем был выше исходный уровень HbA_{1c}

[30]. Кардиопротективные свойства ситаглиптина изучены ретроспективным анализом по данным датского регистра (2007-2011 гг.) у 40028 пациентов с СД 2-го типа без предшествующего инфаркта миокарда (ИМ) и инсульта [31]. Пациенты получали метформин с препаратами СМ, иДПП-4, аГПП-1 или инсулин. На фоне приема ситаглиптин + метформин в сравнении метформин и СМ, отношение рисков общей смертности снизилось на 35%, сердечно-сосудистой на 43%, комбинированных конечных точек (ИМ, инсульт, сердечно-сосудистые события) – на 30%. Эффективность и безопасность ситаглиптина изучена в исследовании TECOS у 14 671 пациента с СД 2-го типа на фоне приема ситаглиптина 100 мг/сут+препараты сульфонилмочевины: глимепирид, гликлазид, глибенкламид, гликвидон±инсулин (1-группа) в течение 3 месяцев до начала исследования по сравнению с плацебо (2-группа) длительностью 3 года [32]. Первичными конечными комбинированными точками явились: время до сердечно-сосудистой смерти, нефатального ИМ и инсульта, госпитализации по поводу нестабильной стенокардии, вторичными комбинированными конечными точками явились: сердечно-сосудистая смерть, нелетальный инфаркт, нелетальный инсульт. Было получено следующее: показатели первичных конечных точек идентичны в обеих группах, частота госпитализаций по поводу нестабильной стенокардии в 1-й группе пациентов составила 1,5% случаев, в 2-ой группе 1,6%. В целом, компоненты первичной конечной точки зафиксированы у 11,4% пациентов в 1-й группе и у 11,6% пациентов во 2-ой группе (OR-0,98 при 95%, ДИ 0,88-1,09). Частота тяжелой гипогликемии не различалась в группах терапии ситаглиптином и плацебо. В группе плацебо более частое начало инсулинотерапии, более высокая потребность применения дополнительного сахароснижающего препарата по сравнению с группой, принимавших ситаглиптин и другие сахароснижающие препараты. Не различалась между группами частота госпитализаций по поводу сердечной недостаточности (СН). Таким образом, ситаглиптин не уступал, но и не превосходил плацебо по безопасности, по первичным и вторичным конечным точкам [32,33,34]. Однако в исследовании SAVOR-Timi с саксаглиптином достоверно повышен показатель госпитализация вследствие СН (на 27%) [35], а в исследовании EXAMINE алоглиптин: недостоверное повышение данного показателя (на 19%) [36]. Ситаглиптин обладает плейотропным эффектом: улучшает липидный

состав крови, защищает кардиомиоциты от ишемического повреждения, уменьшает СН, снижает АД [37] степень стеатогепатоза, обладает антиагрегантным и нейропротективным эффектами [38,39]. Кроме того, по сравнению с плацебо в эксперименте ситаглиптин статистически значимо снижал уровень С-реактивного белка, интерлейкина-6 и интерлейкина 18, фосфолипазы А2, Е-селектина и растворимой молекулы межклеточной адгезии-1, причем действие ситаглиптина было более выражено при высоком содержании маркеров воспаления и молекул адгезии т.е. ситаглиптин обладает противовоспалительным эффектом [40,41,42,43]. Таким образом, иДПП-4 обладает многогранными свойствами и влияет на все звенья патогенеза СД 2, достаточно изучен и поэтому включен на уровне двойной, тройной терапии в менеджмент СД 2 типа [44]. Несмотря на то, что хроническая болезнь почек значительно ограничивает выбор сахароснижающих препаратов и требует изменения их дозировок ситаглиптин разрешен к применению при любой степени почечной недостаточности с необходимостью коррекции дозы: при скорости клубочковой фильтрации (СКФ) 30-50 мл/мин/1,73 м² – снижение суточной дозы на 50% (50 мг/сут), при СКФ менее 30 мл/мин/1,73 м², включая пациентов на гемодиализе – снижение суточной дозы на 75% (25 мг/сут) [45]. Прослежена взаимосвязь выраженности антиальбуминурического эффекта препарата с исходной величиной альбуминурии и показано, что наиболее заметное снижение альбуминурии прослеживалось у больных с макроальбуминурией [46,47,48]. Проведено 54-недельное рандомизированное клиническое исследование применения ситаглиптина у больных с СД 2 с разными стадиями ХБП, в том числе и на стадии терминальной недостаточности с диализом в следующих группах: 1 группа – 65 пациентов получали ситаглиптин в дозе от 25 до 100 мг в зависимости от СКФ; 2 группа – 26 пациентов первые 12 недель получали плацебо, а в последующие 42 недели – глипизид с титрацией до максимально эффективной дозы (от 5 до 20 мг) [49]. Применение других ПССП было запрещено, инсулинотерапия могла быть продолжена. В другом исследовании при использовании ситаглиптина в течение 3 месяцев у 8 больных СД 2-го типа после трансплантации почки и иммуносупрессии выявлен стабильный уровень HbA1c [50]. Все это подтверждает безопасность ситаглиптина при долгосрочном его назначении. В другом исследовании у больных СД 2 с нефропатией, получавших в составе лече-

ния ситаглиптин в сравнении с группой, не получавших ситаглиптин, СКФ снижалась [51, 52]. В рандомизированном контролируемом исследовании TRANSITION™ [53] доказана возможность дополнительного улучшения контроля при СД2 при использовании иДПП-4+метформин и инсулина детемир. Эта комбинация позволила более существенно снизить показатели глюкозы натощак (-3,7 ммоль/л) и HbA1c (-1,4%) и достичь целевого контроля у 44,7% больных, чем терапия ситаглиптином в комбинации с СМ и метформин (-2,5 ммоль/л, HbA1c-0,55 между вариантами терапии; $p < 0,001$), при этом добавление к терапии инсулина детемир позволяет избежать риски гипогликемий и прибавки веса. Особенности действия детемира – современный аналог инсулина длительного действия, являются постепенное его высвобождение с места инъекции, вследствие чего вызывает менее резкие изменения уровня глюкозы в крови по сравнению с обычными длительно действующими НПХ-инсулинами [54].

Таким образом, новое поколение лекарственных средств как инкретины в комбинированной терапии с другими сахароснижающими препаратами и современными аналогами инсулина длительного действия дают возможность достичь стойкой нормогликемией, что является основой профилактики осложнений СД 2.

Литература

1. International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas Seventh Edition, 2015.*
2. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 году, 2013.* - 353 с.
3. *Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2016 году.* - Бишкек, 2017. - 379 с.
4. International Diabetes Federation *DIABETES ATLAS Eighth edition 2017.* - P. 49.
5. Бубнова, М.Г. *Ключевые положения новых европейских рекомендаций по управлению дислипидемиями и комментарии / М.Г. Бубнова.* - // *Медицинский совет, 2016.* - №19.
6. Catapano, A.L. *Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European / A.L. Catapano, I. Graham, G. De Backer, O. Wiklund, M.J. Chapman, H. Drexel, A.W. Hoes, S. Catriona Jennings, Ulf Landmesser, TR.Pedersen, Z. Reiner, G. Riccardi, M-R. Taskinen, L. Tokgozoglul, MWM. Verschuren, Ch. Vlachopoulos, DA Wood, JL Zamorano Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS) // Eur Heart J.* - 2016. - 37. - P. 2999-3058. doi:10.1093/eurheartj/ehw272.
7. Townsend, N. *Cardiovascular disease in Europe epidemiological update 2015 / N. Townsend, M. Nichols, P. Scarborough, M. Rayner // Eur Heart J.* - 2015. - 36. - P. 2696-705.
8. Аметов, А.С. *Эффективное и безопасное управление сахарного диабета 2 типа при помощи ингибиторов дпн-4 / А.С. Аметов, Е.В. Карпова // Сахарный диабет.* - 2010. - №2. - С. 69-75.
9. *Association of Glycaemia with Macrovascular and Microvascular Complications of Type 2 Diabetes (UKPDS 35): Prospective Observational Study / [Stratton, I. et al.] // BMJ.* - 2000. - 321. - P. 405-412.
10. Amori, R.E. *Efficacy and safety of incretin therapy in type 2 diabetes Pittas systematic review and meta-analysis / R.E. Amori, J. Lau, A.G. // JAMA.* - 2007. - Vol. 298. №2. P. 194-206.
11. Аметов, А.С. *Новые алгоритмы управления сахарным диабетом 2 типа / А.С. Аметов // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология.* - 2013. - Спецвыпуск №1 «80 лет кафедре эндокринологии и диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО». - С. 20-25.
12. Аметов, А.С. *«Инкретины» в терапии больных сахарным диабетом 2 типа: фокус на сердечнососудистую безопасность / А.С. Аметов, Н.К. Кулиджаян // Эффективная фармакотерапия. Эндокринология.* - 2013. - Спецвыпуск №1 «80 лет кафедре эндокринологии и диабетологии ГБОУ ДПО РМАПО». - С. 26-31.
13. В.В. Скворцов, *Современные аспекты фармакотерапии сахарного диабета 2 типа – фокус на ингибиторы ДПП-4 / Скворцов В.В., Тумаренко А.В. // Качественная клиническая практика.* – 2012. - №1. - С. 76-82.
14. King H., Aubert R.E., Herman W.H. *Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates and projections // Diabetes Care.*-1998. - P.1414-1431.
15. Дедов, И.И. *Проект «Консенсус совета экспертов Российской ассоциации эндокринологов (РАЭ) по инициации и интенсификации сахароснижающей терапии сахарного диабета 2 типа» / И.И. Дедов, М.В. Шестакова, А.С. Аметов // Сахарный диабет.* - 2011. - №1. - С. 98-108.
16. Аметов, А.С. *Применение ингибиторов ДПП-4 у больных сахарным диабетом 2-типа // Сахарный диабет 2-типа: проблемы и решения / А.С. Аметов, Е.В. Карпова.* - М., 2011. - С. 332-355.
17. DPP-4-dipeptidyl peptidase-4; GLP-1-glucagon-like peptide-1. *Adapted from Rothenberg P, et al. / Diabetes, 2000.* – 49 (suppl 1) *Adapted from Deacon CF, et al. Diabetes.* - 1995. - 44. - P. 1126-1131.
18. Deacon, C.F. *Therapeutic strategies based on glucagon-like peptide 1 // Diabetes.* - 2004. - Vol. 53. - P. 2181-2189.
19. Ji, L.N. *VISION Study Group. Efficacy and safety of combination therapy with vildagliptin and metformin versus metformin up-titration in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus: study design and rationale of the vision study / L.N. Ji, C.Y. Pan, J.M. Lu, H.Li et al. // Cardiovasc Diabetol, 2013.* - Vol. 12. - 118 p.

20. Ferrannini, E. Fifty-two-week efficacy and safety of vildagliptin vs. glimepiride in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin monotherapy / E.Ferrannini, V.Fonseca, B.Zinman, D.Matthews et al. // *Diabetes Obes Metab.* - 2009. - Vol. 11 (2). - P. 157-166.
21. Iwamoto, Y. Efficacy and safety of sitagliptin monotherapy compared with voglibose in Japanese patients with type 2 diabetes: a randomized, double-blind trial / [Y.Iwamoto, N.Tajima, T.Kadowaki et al.]// *Diabetes Obes Metab.* - 2010. - Vol. 12. - P. 613-622.
22. Takihata, M. Comparative study of sitagliptin with pioglitazone in Japanese type 2 diabetic patients: the COMPASS randomized controlled trial / M Takihata, A.Nakamura, K.Tajima // *Diabetes Obes Metab.* - 2013. - Vol. 15 (5). - P. 455-462.
23. Qi, D.S. Two-year treatment with sitagliptin and initial combination therapy of sitagliptin and metformin provides substantial and durable glycaemic control in patients with type 2 diabetes / D.S. Qi, R. Teng, M Jiang // *Diabetologia.* - 2008; 51(suppl1). -S36.
24. Herman, G.A. Dipeptidyl peptidase-4 inhibitors for the treatment of type 2 diabetes: focus on sitagliptin / G.A. Herman, P.P. Stein, N.A. Thornberry // *Clin Pharmacol Ther.* - 2007. - Vol. 81. - P. 761-767.
25. Панькив, В.И. Инкретины: Новая веха в лечении сахарного диабета 2-го типа. Возможности ситаглиптина в достижении компенсации сахарного диабета 2-го типа / В.И. Панькив // *Международный эндокринологический журнал.* - 2011. - 6 (38).
26. Manucci E., Effect of metformin on glucagon-like peptide 1 (GLP-1) and leptin levels in obese nondiabetic subjects / E.Manucci, A.Ognibene, F.Cremasco et al. // *Diabetes Care.* - 2001. - Vol. 24 (3). - P. 489-494.
26. Williams-Herman, D. Efficacy and safety of sitagliptin and metformin as initial combination therapy and as monotherapy over 2 years in patients with type 2 diabetes / D.Williams-Herman, J.Jonsson, R.Teng et al. // *Diabetes Obes. Metab.* - 2010. - Vol. 12 (5). - P. 442-451.
27. Karasik, A. Sitagliptin added to ongoing metformin therapy enhanced glycemic control and beta-cell function in patients with type 2 diabetes / A.Karasik, B.Charbonnel, J.Liu // *Diabetes.* - 2006. - Vol. 55. - P. 119.
28. Seck, T. Safety and efficacy of treatment with sitagliptin or glipizide in patients with type 2 diabetes in adequately controlled on metformin: a 2-year study / T.Seck, M Nauck, D.Sheng // *Int. J. Clin. Pract.* - 2010. - Vol. 64 (5). - P. 562-576.
29. Li, C. Efficacy and safety of vildagliptin, Saxagliptin or Sitagliptin as add-on therapy in Chinese patients with type 2 diabetes inadequately controlled with dual combination of traditional oral hypoglycemic agents / C.Li, X.Liu, L.Bai, Q.Yu et al. // *Diabetology & Metabolic Syndrome.* - 2014. - Vol. 6. - P. 69.
30. DPP-4 Inhibition as a Newly Emerging Therapy for Type 2 Diabetes / C.F. Deacon, J.J. Holst // *US Endocrinology.* - 2006. - V 2.
31. Scheller, N.M All-cause mortality and cardiovascular effects associated with the DPP-IV inhibitor sitagliptin compared with metformin, a retrospective cohort study on the Danish population / N.M.Scheller, U.M.Mogensen, C.Andersson // *Diabetes Obes. Metab.* - 2014. - Vol. 16. - P. 231-236.
32. Bethel, M.A. Regional, age and sex differences in baseline characteristics of patients enrolled in the Trial Evaluating Cardiovascular Outcomes with Sitagliptin (TECOS) / M.A. Bethel, J.B. Green, J.Milton // *Diabetes Obes Metab.* - 2015. - 17 (4). - P. 395-402.
33. Green, J.B. Effect of sitagliptin on cardiovascular outcomes in type 2 diabetes / J.B. Green, M.A. Bethel, P.W. Armstrong // *N. Engl. J. Med.* - 2015. - Vol. 373 (3). - P. 232-242.
34. Fu, A.Z. Risk of Hospitalization for Heart Failure with Dipeptidyl Peptidase-4 Inhibitors vs. Sulfonylureas and with Saxagliptin vs. Sitagliptin in a US. Claims Database. Poster 164-LB, Presented at the 75th Scientific Sessions of the ADA, Boston, 2015.
35. Scirica, B.M. Saxagliptin and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus / B.M Scirica, D.L. Bhatt, E.Braunwald // *N.Engl. J.Med.* - 2013. - Vol. 369 (14). - P. 1317-1326.
36. White, W.B. Alogliptin after Acute Coronary Syndrome in Patients with Type 2 Diabetes / W.B. White, C.P. Cannon, S.R. Heller et al. // *N. Engl. J. Med.*, 2013. - Vol. 369. - P. 1327-1335.
37. Liu, L. Dipeptidyl peptidase 4 inhibitor sitagliptin protects endothelial function in hypertension through a glucagonlike peptide 1-dependent mechanism. / L. Liu, J.Liu, W.T. Wong // *Hypertension.* - 2012. - 60(3). - P. 833-841.
38. Власов, Т.Д. Механизмы нейропротективного действия инкретиномиметиков / Т.Д. Власов, А.В. Суманенкова, С.В. Дора // *Сахарный диабет.* - 2016. - 19 (1). - С. 16-23.
39. Аметов, А.С. Негликемические эффекты ингибиторов дипептидилпептидазы / А.С. Аметов, Л.А. Камынина // *Тер. Архив.* - 2013. - №1. - С. 98-102.
40. Effects of sitagliptin therapy on markers of low-grade inflammation and cell adhesion molecules in patients with type 2 diabetes / [A.J. Tremblay, B.Lamarque, C.F. Deacon et al.]// *Metabolism.* - 2014. - 63 (9). - P. 1141-1148.
41. Mega, C. Diabetic nephropathy amelioration by a low-dose sitagliptin in an animal model of type 2 diabetes (Zucker diabetic fatty rat). / C.Mega, E Teixeira de Lemos, H. Vala // *Exp Diabetes Res.* - 2011. - P.1-12.
42. Marques, C. Sitagliptin prevents inflammation and apoptotic cell death in the kidney of type 2 diabetic animals / C.Marques, C.Mega, A.Gonçalves // *Mediators Inflamm.* - 2014. - P. 1-15.
43. Sitagliptin protects rat kidneys from acute ischemia-reperfusion injury via upregulation of GLP-1 and GLP-1 receptors / [M.W. Chang, C.H. Chen, Y.C. Chen et al.]// *Acta Pharmacol. Sin.* - 2015. - 36 (1). - P. 119-130.
44. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes. *Pharmacologic Approaches to*

- Glycemic Treatment // Diabetes Care. - 2017. - 40 (Suppl.). - S. 66.*
45. Бондарь, И.А. Безопасность и перспективы применения ситаглиптина у больных сахарным диабетом 2-го типа с хронической болезнью почек / И.А. Бондарь // *Мед. совет. - 2017. - №11. - С. 170-175.*
46. Hattori, S. Sitagliptin reduces albuminuria in patients with type 2 diabetes / S. Hattori // *Endocr J. - 2011. - 58(1). - P. 69-73.*
47. Mori, H. Sitagliptin improves albuminuria in patients with type 2 diabetes mellitus. / H.Mori, Y.Okada, T.Arao // *J Diabetes Investig. - 2014. - 5 (3). - P. 313-319.*
48. Sitagliptin reduces the urine albumin-to-creatinine ratio in type 2 diabetes through decreasing both blood pressure and estimated glomerular filtration rate/ [I.Kawasaki, Y.Hiura, A.Tamai et al.] // *J Diabetes. - 2015. - 7(1). - P. 41-46.*
49. Safety and efficacy of sitagliptin in patients with type 2 diabetes and chronic renal insufficiency / [J.C. Chan, R.Scott, J.C. Arjona Ferreira et al.]// *Diabetes Obes. Metab. - 2008. - 10 (7). - P. 545-555.*
50. Odegaard, D. Sitagliptin use in kidney transplant recipients: Effect on immunosuppressant levels. / D.Odegaard, J.Lane, C.Haire// *Diabetes.- 2008. - 58 (suppl. 1).*
51. Аметов, А.С. TECOS – новое исследование по оценке сердечно-сосудистой безопасности ингибитора дипептидил- пептидазы-4 ситаглиптина / А.С. Аметов, Л.Л. Камынина// *Эндокринология: новости, мнения, обучение. - 2015. - №3. - С. 38-50.*
52. Cornel, J.H. Effect of sitagliptin on kidney function and respective cardiovascular outcomes in type 2 diabetes: Outcomes from TECOS. / J.H. Cornel, G.L. Bakris, S.R. Stevens // *Diabetes Care, 2016. - 39 (12). - P. 2304-2310.*
53. Hollander, P. Efficacy and safety of insulin detemir once daily in combination with sitagliptin and metformin: the Transition™ randomised controlled trial , P. Hollander // *Diabetes, Obesity and Metabolism. - 2010.*
54. Аметов, А.С. Преимущества терапии сахарного диабета базальным аналогом инсулина детемир (Левемир®) / А.С. Аметов, Т.Н. Солянова // *Ожирение и метаболизм. - 2011. - С. 84-86.*

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИЕРСИНИОЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

И.И. Полотов, Е.Е. Логинов, Г.М. Муканбеткеримова, А.Ш. Джумагулова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Иерсиниозные инфекции распространены повсеместно, характеризуются значительным полиморфизмом клинических проявлений с поражением различных органов и систем. В статье проведен анализ клинико-лабораторных особенностей диагностики псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза у 30 больных, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в период 2015-2017 гг. Причиной инфицирования явилось употребление свежих овощей, фруктов и салатов. Клиническая картина не изменила своих классических черт и при своевременной диагностики, а также адекватно проводимой этиотропной терапии характеризовалась гладким течением с последующим выздоровлением.

Ключевые слова: иерсиниоз, псевдотуберкулез, клинические симптомы, диагностика.

ИЕРСИНИОЗ ООРУСУНУН КЛИНИКАЛЫК-ЛАБОРАТОРИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

И.И. Полотов, Е.Е. Логинов, Г.М. Муканбеткеримова, А.Ш. Джумагулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамалекеттик медициналык академиясы

Жугуштуу оорулар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Иерсиниоз жугуштуу оорусу кенен жайылган, анын ар кандай клиникалык белгилери түрдүү органдардын жабыркашы менен мүнөздөлөт. Бул макалада республикалык клиникалык жугуштуу ооруканасындагы 2015-2017-жылдар аралыгында дарыланган 30 оорулунун псевдотуберкулез менен ичеги иерсиниоздун клиникалык, лабораториялык жана дарт аныктоонун өзгөчүлүктөрүнүн анализи көрсөтүлгөн. Жугузуп алуунун себептери тамак азыктарына мөмөлөрдү, салаттарды колдонуу болуп саналган. Клиникалык көрүнүшү анын классикалык өзгөчөлүктөрүн өз убагында дарт аныктоодо өзгөрткөн жок, ошондой эле этиотроптуу дарылоонун шайкештиги кийинки калыбына келтирүүнүн жылмакай өтүшү менен мүнөздөлгөн.

Негизги сөздөр: иерсиниоз, псевдотуберкулез, клиникалык белгилер, дарт аныктоо.

CLINICO-LABORATORY CHARACTERISTICS OF YERSINIOSIS INFECTIONS

I.I. Polotov, E.E. Loginov, G.M. Mukanbetkerimova, A.S. Djumagulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Infectious Diseases,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Yersiniosis infections are widespread, characterized by significant polymorphism of clinical manifestations with damage to various organs and systems. The article analyzes the clinical and laboratory features of the diagnosis of pseudotuberculosis and intestinal yersiniosis in 30 patients hospitalized in the RCIM during 2015-2017. The cause of infection was consuming of fresh vegetables, fruits and salads. Clinical picture didn't change its classical features even contemporary diagnosis and also in adequately conducted etiotropic therapy it was characterized by uncomplicated course with subsequent recovery.

Keywords: yersiniosis, pseudotuberculosis, clinical symptoms, diagnosis.

Актуальность. Термин «иерсиниозная инфекция» объединяет два инфекционных заболевания, вызываемых бактериями рода *Yersinia*: псевдотуберкулез (экстраинтестинальный иерсиниоз) и кишечный иерсиниоз (интестинальный иерсиниоз). Между псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом много общего, но имеются и различия, что дает основание рассматривать их как самостоятельные нозологические формы.

Иерсиниозы относятся к повсеместно распространенным зоонозным инфекционным заболеваниям и поражает все возрастные группы. Показатели заболеваемости в разных регионах Российской Федерации колеблются от 5,08 до 9,98 на 100 тыс. населения, в Республике Казахстан на 100 тысяч населения показатель составляет 1,86 [1]. Регистрируются как спорадические случаи, так и групповые заболевания [2,3].

Эпидемиологически значимыми факторами риска являются: нарушение технологии приготовления блюд из сырых овощей; наличие грызунов в доме и местах хранения овощей и корнеплодов; употребление заготовленных на зиму овощей без термической обработки, которые хранятся в индивидуальных подвалах [1,4,5].

Несмотря на то, что в Кыргызстане имеются все предпосылки для распространения иерсиниозной инфекции, до сих пор нет систематического изучения и регистрации этой инфекции. Надо полагать, что официально регистрируемые показатели заболеваемости в республике не отражают истинной картины. Трудности диагностики псевдотуберкулеза и иерсиниоза связано прежде всего с особенностями течения инфекционного процесса, полиморфизмом клинических проявлений инфекции, высокой частотой рецидивирующего течения (13,6-43,5%), низким уровнем лабораторной диагностики, крайне редким бактериологическим подтверждением, а также неудовлетворительными знаниями врачей данной патологии [3].

Поэтому в последние годы растет число ошибочных диагнозов: острого респираторного заболевания, скарлатины, кори, краснухи, вирусного гепатита, острого аппендицита, ревматизма и т.д., что приводит к необоснованной терапии и длительной нетрудоспособности пациентов.

Поэтому **целью** настоящего исследования явилось изучение клинико-лабораторных особенностей течения псевдотуберкулеза и иерсиниоза для обеспечения своевременного адекватного лечения

Материалы и методы

Был проведен анализ 30 историй болезни пациентов с диагнозом псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за 2015-2017 гг. Критерием включения больных в изучаемую группу было лабораторное подтверждение диагноза иерсиниозной инфекции (реакция непрямой гемагглютинации (РНГА) и реакция связывания комплементов (РСК) с псевдотуберкулезным и иерсиниозным антигеном).

Также были использованы клинические (общий анализ крови, общий анализ мочи) и биохимические исследования (аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), билирубин, протеинограмма). При необходимости определяли маркеры вирусных гепатитов (А, В, С), проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости и почек.

Проводилась статистическая обработка с помощью программы SSPS.

Результаты и обсуждение

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2015-2017 гг. зарегистрировано 30 случаев иерсиниозной инфекции, среди них псевдотуберкулез выявлен у 24 (80%) пациентов, тогда как кишечный иерсиниоз – у 6 (20%). Соотношение встречаемости псевдотуберкулезной инфекции к кишечному иерсиниозу составляет 4:1.

При изучении возрастного состава больных отмечается, что в 60% случаев иерсиниозная инфекция наблюдалась среди взрослого населения, при этом у большинства пациентов с псевдотуберкулезом (75%). Тогда как кишечный иерсиниоз в 66,7% случаев встречался среди детей. По половому составу преобладали мужчины (60%).

Исследуя эпидемиологический анамнез заболевания, удалось выявить, что 43,3% больных употребляли в пищу сырые овощи, салаты, свежевыжатые соки из фруктов и овощей; 23,3% – не исключают наличие грызунов в доме.

Псевдотуберкулез всех случаях протекал в генерализованной форме. При кишечном иерсиниозе 83,3% больных перенесли гастроинтестинальную форму, лишь в 1 (16,7%) случае зарегистрирована генерализованная форма.

Все наблюдаемые госпитализировались на различных сроках заболевания. Большинство больных поступали в стационар в поздние сроки заболевания: 46,7% больных – на 4-5-й день, 30% больных - к концу первой недели. Лишь в 23,3% случаев больные поступали в первые 3 дня заболевания.

В основном диагностирована среднетяжелая форма заболевания (80%), тяжелая форма встречалась у 20% больных, как при псевдотуберкулезе, так и при кишечном иерсиниозе.

Для типичного течения псевдотуберкулеза и кишечного иерсиниоза характерны экзантемные, абдоминальные и кишечные синдромы, которые протекают изолированно или сочетаются (16,7%).

Начальными симптомами болезни являются признаки общеинфекционного синдрома: температура, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота, слабость.

Температура у подавляющего большинства больных с псевдотуберкулезом и кишечным иерсиниозом в течение первых суток повышается до максимальных цифр. Выраженность лихорадочной реакции определяется тяжестью болезни: у 60% больных она была в пределах 38,2-39°C, у 15% – 39-40°C, у 16,4% – субфебрильная. Как

правило, отмечается постоянный или волнообразный тип лихорадки, реже – ремитирующий. Длительность температуры составила в среднем $6,53 \pm 0,38$ суток.

Иньекция сосудов склер наблюдалась у половины больных и длилась 3-5 дней. При псевдотуберкулезе гиперемия лица (симптом «капюшона») отмечено у 58,3%, симптом «перчаток» – у 75 %.

Экзантема отмечается у 91,7% больных с псевдотуберкулезом и у 16,7% – с кишечным иерсиниозом на обычном или гиперемированном фоне кожи. По характеру сыпь была пятнисто-папулезной (76,6%), а также встречалась мелкоточечная (16,7%) и геморрагическая (6,7%). Сыпь локализовалась на туловище, конечностях с максимальной выраженностью вокруг суставов, появлялась на 1-3 день болезни и держалась от 2 до 4 дней. Средняя продолжительность синдрома экзантемы составила $2,23 \pm 0,12$ сут.

В остром периоде болезни у 33,3% больных с псевдотуберкулезом определяется увеличенная и болезненная печень, реже – селезенка, тогда как при кишечном иерсиниозе – в 16,7%. У 8,3% больных с псевдотуберкулезом увеличение печени сочеталось с легкой иктеричностью склер и кожи, при этом отмечались изменения и в биохимических показателях (повышение АЛТ, АСТ).

У 12,5% больных с псевдотуберкулезом и 16,7% с кишечным иерсиниозом выявлен синдром лимфаденопатии, и чаще всего увеличивались тонзиллярные, передне- и заднешейные, подмышечные лимфоузлы. Синдром «малинового языка» встречался у 13,3 % больных, чаще регистрировался у детей дошкольного возраста.

Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта чаще встречались при кишечном иерсиниозе у 83,3% больных, тогда как при псевдотуберкулезе – в 20,8% случаев. Клинически проявлялись рвотой (50% и 66,7%), болями в животе (12,5% и 33,3%), жидким стулом (20,8% и 83,3% соответственно при псевдотуберкулезе и кишечном иерсиниозе). При кишечном иерсиниозе в 1 случае отмечались признаки терминального илеита. Общая продолжительность абдоминального синдрома варьировала в среднем $3,77 \pm 1,5$ суток.

Поражение опорно-двигательного аппарата обнаружено у 33,3% больных с псевдотуберкулезом и у 16,7% – с кишечным иерсиниозом, при этом наиболее часто выявляются артралгии и, реже, острые артриты. Чаще всего в патологиче-

ский процесс вовлекались крупные суставы нижних конечностей. Длительность синдрома артралгии в среднем составило $5,02 \pm 0,9$ суток.

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы выявляются у всех больных и проявляются тахикардией, приглушением сердечных тонов и склонностью к гипотонии.

Специфическая диагностика с использованием серологических методов исследования проводилась всем обследованным. Диагноз «псевдотуберкулез» и «иерсиниоз» подтверждался на основании нарастания титра антител методом РСК (66,7%) и РНГА (33,3%). Бактериологическое исследование кала также проводилось всем пациентам с кишечным иерсиниозом, но во всех случаях анализ был отрицательным. Это объясняется культуральными свойствами инфекционного агента и длительностью проведения анализа [6].

Анализ показателей гемограммы у больных иерсиниозной инфекции, выявил изменения, характерные для бактериальной инфекции. В 59,6% случаев отмечается умеренный лейкоцитоз ($12 \pm 1,0 \times 10^9/\text{л}$) с нейтрофильным сдвигом (16,7%). Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) была повышена в 46,7% случаев, продолжительностью в среднем $15,48 \pm 1,43$ суток.

В общем анализе мочи у 13,3% больных обнаруживались в начальном периоде умеренная протеинурия, лейкоцитурия, единичные гиалиновые цилиндры. Эти изменения носили кратковременный характер и проходили через 5-7 суток, в среднем составило $5,87 \pm 0,12$ суток.

При биохимическом исследовании крови повышение количества общего билирубина выявлено в 3,3% случаев при псевдотуберкулезе (до 41 мкмоль/л). Повышение содержания АСТ и АЛТ в крови обнаружено у 13,3% больных, продолжительностью в среднем $5 \pm 3,01$ дней. Все больные с гиперферментемией обследовались на маркеры вирусных гепатитов и были получены отрицательные результаты.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлены признаки хронического гепатита (3,3%), гепатоспленомегалии (9,9%), хронического холецистопанкреатита (3,3%).

Все больные получили антибиотики (ципрофлоксацин, цефтриаксон) в течение 7-10 дней. Сравнительный анализ длительности симптоматики при монотерапии и в комбинации 2-х антибиотиков не дал достоверных различий в эффективности (Табл.)

Таблица

Продолжительность симптомов у больных на фоне антибиотикотерапии

Клинические признаки	Продолжительность проявлений у больных		ДИ
	Монотерапия АБТ	Комбинированная АБТ	
Повышение t	2,15±0,36	2,8±0,6	0,16
Рвота	1,5±0,5	1,4±0,5	0,18
Экзантема	2,45±0,68	2,3±0,8	0,19
Лимфоаденопатия	1,9±0,3	1,8±0,4	0,92
Артрит	1,8±0,4	1,5±0,5	0,36
Диарея	1,7±0,44	1,7±0,48	0,34

Все больные выписаны из стационара с полным выздоровлением, случаев развития рецидивов не отмечено. Среднее пребывание больных в стационаре составило 7,3±1,7дня.

Выводы:

1. Соотношение встречаемости псевдотуберкулеза к кишечному иерсиниозу составляет 4:1. В современных условиях сохраняются классические симптомы заболевания вне зависимости от варианта течения инфекционного процесса и характеризуются симптомами интоксикации, экзантемы, абдоминального и суставного синдрома, гепатомегалии.
2. Для подтверждения диагноза иерсиниозов рекомендуется комплексное использование лабораторных методов: серологические методы (РСК, РНГА, ИФА) и ПЦР.
3. Эффективными этиотропными препаратами для лечения иерсиниозной инфекции остаются фторхинолоны и цефалоспорины.

Литература

1. Филиппенко, А.В. Псевдотуберкулез и кишечный иерсиниоз: совершенствование неспецифической профилактики и лечения / А.В. Филиппенко, И.А. Иванова, И.В. Морозова // Медицинский вестник Юга России. - 2017. - Т. 8, №1. - С. 28-31.
2. Дорошенко, Е.П. Новый подход к лечению псевдотуберкулезной инфекции / Е.П. Дорошенко, Н.Д. Омельченко // Инфекционные болезни. - 2015. - Т. 13, Приложение 1. - С. 113.
3. Ющук, Н.Д. Клинико-прогностические критерии различных форм и вариантов течения иерсиниозной инфекции / Н.Д. Ющук, И.В. Шестокова, И.П. Балмасова // Терапевтический архив. - 2009. - №11. - С. 24-32.
4. Multiple outbreaks of *Yersinia pseudotuberculosis* infection in Finland / [K.Jalava, S.Hallanvuuo, U-M. Nakari et al.] // J.Clin. Microbiol. - 2004. - №42. - P. 2789-2791.
5. Hakkinen, M. An outbreak of gastrointestinal illness and erythema nodosum from grated carrots contaminated with *Yersinia pseudotuberculosis* / M.Hakkinen, M.Valkonen // J.Infect. Dis. - 2006. - P. 1209-1216.
6. Диагностическая и лечебная тактика при абдоминальной форме иерсиниозов у детей [М.Д. Шестокова, Е.А. Воскресенская, Г.И. Кокорина и др.] // Педиатрия. - 2012. - Том 91, №4. - С. 38-42.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БЕЗЖЕЛТУШНОЙ ФОРМЫ ЛЕПТОСПИРОЗА

Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра инфекционных болезней

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: На примере клинического случая продемонстрирована возможность диагностики безжелтушной формы лептоспироза. Диагностика лептоспироза зависит от тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, более углубленного анализа клинических симптомов, учитывая, что болезнь не всегда имеет типичную картину, внедрения современных методов диагностики (иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция).

Ключевые слова: лептоспироз, клиническая картина, диагностика, антитела.

ЛЕПТОСПИРОЗДУН САРЫКСЫЗ ФОРМАСЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ОКУЯСЫ

Н.В. Фесенко, А.А. Абдубалиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Инфекциондук оорулар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Изилдөө максаты – клиникалык окуя менен сарыксыз лептоспирозду дианостикалоо мүмкүнчүлүгүн көрсөтүү. Лептоспироздун диагностикасы эпидемиологиялык тарыхты толук чогултуудан, типтүү эмес клиникалык симптомторду терең изилдөөдөн жана заманбап диагностика методунан (иммуноферменттик анализ, полимераздуу чынжыр жообу) көз каранды.

Негизги сөздөр: лептоспироз, клиникалык сүрөттөө, оорунун динамикасы, диагностика, антителдер.

CLINICAL CASE OF UNICTERIC FORM OF LEPTOSPIROSIS

N.V. Fesenko, A.A. Abdubalieva

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Infectious diseases

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: On the example of a clinical case was demonstrated the possibility of diagnosing an icteric form. The Diagnosis of leptospirosis depends on depth analysis of clinical symptoms, which not always have a typical picture and modern diagnostic methods: enzyme immunoassay, polymerase chain reaction

Keys words: leptospirosis, clinical picture, disease dynamics, diagnostics, antibodies.

Лептоспироз – острая зоонозная природно-очаговая инфекционная болезнь с преимущественно водным путем передачи возбудителя, характеризующаяся выраженной интоксикацией и поражением со стороны печени, почек и сосудов. Лептоспироз включен Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ) в категорию наиболее тяжелых и широко распространенных зоонозных инфекций. По данным ВОЗ, от этого заболевания погибают от 30 до 35% зараженных им людей. Заболеваемость в РФ регистрируется во всех климатогеографических зонах и составляет 0,43 – 1,72 на 100 тыс. населения [1,2,3].

С 2000 г. в Кыргызской Республике нет официальной регистрации лептоспироза. Но официальное отсутствие заболеваемости не является отражением фактического состояния заболеваемости, так как очаги с резервуарами инфекции продолжают существовать и действовать. По-видимому,

лептоспирозы нередко пополняют статистику иных инфекционных болезней со сходной клиникой, создавая ложное впечатление эпидемического благополучия. Отсутствие современных лабораторных методов диагностики в республике, а также низкая эпидемиологическая настороженность практических врачей в отношении лептоспироза приводит к гиподиагностике этого заболевания.

Тяжелое течение лептоспироза с частыми осложнениями (септический шок, острое повреждение почек, острая почечно-печеночная недостаточность, тромбгеморрагический синдром) и высокой летальностью определяют актуальность данной проблемы [4,5]. Кроме того, большой процент ошибочных диагнозов из-за многообразия клинических проявлений и низкой информированности врачей приводят к несвоевременной и неадекватной терапии лептоспироза.

Поэтому целью настоящего исследования является разбор клинического случая безжелтушной формы лептоспироза для оценки критериев ранней диагностики.

Материалы и методы исследования. Приводим собственные наблюдения за безжелтушной формой лептоспироза у больного, госпитализированного в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в 2017 г.

Результаты и их обсуждение

Согласно клинико-патогенетической классификации лептоспироза выделяют 2 основные формы течения: желтушную и безжелтушную, а также ведущие синдромы: ренальный, гепаторенальный, менингеальный, геморрагический. Безжелтушная форма может встречаться в 35-50% случаев. У больных безжелтушной формой лептоспироза отмечается острое начало заболевания с непродолжительной лихорадкой, развитием острой почечной недостаточности (56,3%), поражением дыхательных путей (31,3%), мышечным болевым синдромом (18,8%). Менингеальный синдром и экзантема определяются лишь у 6,3% больных. Большинство случаев безжелтушной формы лептоспироза этиологически связано с *L. Grippotyphosa* [6].

Таким образом, лептоспироз не всегда имеет типичную клиническую картину. На примере данного клинического случая рассмотрены объективные трудности диагностики безжелтушной формы лептоспироза и некоторые аспекты дифференциальной диагностики.

Больной Б., 78 лет, поступил в Республиканскую клиническую инфекционную больницу 08.06.17 г. в 00:20 с направительным диагнозом «Менингит». При поступлении жаловался на слабость, повышение температуры тела до 39 градусов, боли в области затылка, высыпания по всему телу.

Считает себя больным с 02.06.2017 г., когда повысилась температура тела, появилась головная боль. За медицинской помощью не обращался. 06.06.2017 г. состояние ухудшилось: общая слабость, высокая температура тела до 39°C градусов, появились высыпания на теле на 4-й день заболевания: сначала на туловище, затем на конечностях. Усилились головные боли, появились боли в поясничной области, в суставах и мышцах нижних конечностей. В связи с ухудшением состояния тела 08.06.2017 г. каретой скорой помощи был доставлен в РКИБ. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что проживает в Аламудунском районе, контакта с инфекционными больными не было, домашний скот не содержит. Известно, что страдает гипертонической

болезнью 3 степени, атеросклерозом коронарных сосудов, имеет пахово-мошоночную грыжу.

Состояние больного при поступлении расценивалось как средней тяжести, температура тела 38,2°C. Сознание ясное. Менингеальные симптомы отрицательные, правильного телосложения, нормального питания. По всему телу на кожных покровах туловища пятнисто-папулезная сыпь. Слизистая полости рта обычной окраски. Зев гиперемирован, зернистость задней стенки глотки. Лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 108 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, аритмичные. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Дыхание через нос свободное, в легких ослабленное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень на 1-2 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Диурез снижен. Стул оформлен, регулярный.

Результаты клинического осмотра позволили первоначально предположить наличие у пациента энтеровирусной инфекции с пневмонией. Были проведены следующие исследования: общий анализ крови от 08.06.2017 г.: гемоглобин – 137 г/л, эритроциты – $4,26 \times 10^{12}/л$, цветовой показатель – 0,96, тромбоциты – $199 \times 10^9/л$, лейкоциты – $8,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 81%, лимфоциты – 10%, моноциты – 5%, скорость оседания эритроцитов – 6 мм/час. Общий анализ мочи от 09.06.2017 г.: цвет-соломенно-желтый, прозрачность-прозрачный, протеинурия – 0,33 г/л, эпителий плоский – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 50-60 в п.зр., эритроциты – 20-30 в п.зр., цилиндры – 5 в п.зр., соли – мочевой кислоты, бактерии +. Биохимическое исследование крови от 9.08.17 г.: общий билирубин – 16,6 мкмоль/л, прямой – 8,1 мкмоль/л, непрямой – 8,5 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза – 129 УИ/л, аланинаминотрансфераза – 141 УИ/л, глюкоза – 5,31 ммоль/л, креатинин – 180,8 мкмоль/л. На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки от 9.06.17 г. выявлены признаки бронхита.

После полученных лабораторных данных, диагноз «пневмония» был исключен. Однако учитывая, продолжающуюся лихорадку, интоксикацию, наличие пятнисто-папулезной сыпи, боли в икроножных мышцах, повышение активности аминотрансфераз и креатинина, больному были проведены дополнительные методы исследования для исключения тифопаратифозных заболеваний, малярии, бруцеллеза, псевдотуберкулеза, вирусного гепатита. В динамике из лабораторных данных имеет место нарастание активности

аминотрансфераз (от 12.06 аспаратаминотрансфераза – 231 МЕ/л, аланинаминотрансфераза – 302 МЕ/л) при нормальном количестве общего билирубина 14 мкмоль/л. Результат на гемокультуру (от 09.06.17 г.) отрицательный. ИФА на маркеры вирусных гепатитов (от 12.06.17 г.) отрицательные. Реакция Райта и Хеддельсона (от 09.06.17 г.) отрицательные.

В период наблюдения состояние больного без положительной динамики: лихорадка держалась на высоких цифрах с повторными волнами на 9 день заболевания с сохраняющимися симптомами интоксикации: выраженные головные боли, снижение аппетита, тошнота, рвота. Сохранялся кожный синдром в виде пятнисто-папулезной сыпи, спонтанные боли в мышцах нижних конечностей, поясницы. В связи с этим более тщательно был уточнен анамнез. Выяснилось, что больной Б., периодически пользуется арычной водой для бытовых нужд. Перед заболеванием занимался благоустройством арычной системы. Содержит собаку.

На этом основании с учетом эпидемиологического анамнеза, летней сезонности, клинических проявлений (лихорадки, экзантемы, миалгии, гепатомегалии, снижение диуреза), а также результатов лабораторных данных, указывающих на поражение печени и почек (повышение уровня трасаминаз, креатинина) было высказано предположение о лептоспирозе. Результат реакции прямой гемагглютинации с лептоспирозным антигеном в 1 сыворотке был отрицательным (от 09.06.17 г.), во 2 сыворотке (от 12.06.17 г.) – 1:320.

Таким образом, только детальный клинический и эпидемиологический анализ позволили изменить диагноз и подтвердить лептоспироз, протекающий в безжелтушной форме, средней тяжести.

После проведенного лечения, включавшего антибактериальную и дезинтоксикационную терапию, больной отметил значительное улучшение состояния. Больной провел 6 койко-дней и выписался с выздоровлением.

Дифференциальную диагностику безжелтушной формы лептоспироза целесообразно проводить с малярией, риккетсиозами, иерсиниозами,

бруцеллезом и другими инфекционными болезнями, при которых наблюдают длительную лихорадку, печеночный и почечный синдром.

Заключение. Причиной ошибочного диагноза при лептоспирозе следует считать некачественно собранный эпидемиологический анамнез. Ошибка при оценке клинической картины связана с преобладанием в раннем периоде симптомов интоксикации и отсутствием проявлений характерных для лептоспироза и недостаточно глубокого анализа врачами имеющихся у больного синдромов. Для постановки диагноза необходим более детальный анализ клинических симптомов в сопоставлении с эпидемиологическими данными, а также широкое внедрение новых современных методов лабораторной диагностики лептоспироза (ИФА, ПЦР). Ранняя и качественная диагностика лептоспироза, влияющая на прогноз заболевания, во многом зависит от настороженности практических врачей в отношении этой инфекции.

Литература

1. Шаракишанов, М.Б. Современные тенденции распространения лептоспироза за рубежом / М.Б. Шаракишанов, Н.В. Бренева, А.К. Носков // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. - 2012. - №5. - С. 389-341.
2. Новые лабораторные методы и препараты в мониторинге лептоспироза / П.В. Самарина и др. // Медицинский вестник Северного Кавказа. - 2008. - №1. - С. 38-41.
3. Павленко, Л.В. Особенности эпидемиологии лептоспироза на современном этапе / Л.В. Павленко // Запорожский медицинский журнал. - 2013. - №6. - С. 63-69.
4. Мойсов, М.Л. Нарушения гемостаза при лептоспирозе / М.Л. Мойсов, В.В. Лебедев, А.А. Подсадная // Инфекционные болезни. - 2012. - №3. - С. 67-74.
5. Авдеева, М.Г. Лептоспироз: осложнения, причины смерти и патоморфогенез / М.Г. Авдеева, В.Н. Горюдин // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2015. - №3. - С. 34-37.
6. Маркосьян, Н.С. Клинические особенности безжелтушной формы лептоспироза в Республике Мордовия / Н.С. Маркосьян, Р.В. Афросина, А.Н. Черемисова // Научный альманах. - 2016. - №10. - С. 466-469.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗИОГРАММЫ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ДАННЫХ ОСТРЕЙШЕГО ПЕРИОДА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

**У ЖИТЕЛЕЙ 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 анализа оценки нейровизуализации и гемостазиограммы у пациентов с острым инфарктом мозга получавших стационарное лечение в отделении ангионеврологии ГКБ №1.

Ключевые слова: инфаркт мозга, гемостазиограмма, нейровизуализация.

**БӨКСӨ ТООЛУУ ТУРГУНДАРЫНЫН ИШЕМИЯЛЫК ИНСУЛЬТТУН
ӨТӨ КУРЧ МЕЗГИЛИНДЕ ГЕМОСТАЗИОГРАММА ЖАНА НЕЙРОНЕЙРОВИЗУАЛДЫК
КӨРСӨТКҮЧТӨРҮН ТАЛДООСУ**

Н.Т. Чекеева¹, А.Т. Жусупова²

¹ Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигине караштуу Улуттук госпитал

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

Корутунду: макалада №1 ШКО ангионеврология бөлүмүнүн мээнин оор инфаркт оорусунун стационардык дарыланып жаткан бейтаптарынын гемостазиограмма жана нейровизуалдык анализинин жыйынтыктары келтирилди

Негизги сөздөр: гемостазиограмма, мээнин инфаркты, нейровизуалдык изилдөө.

**ANALYSIS OF HEMOSTASIOGRAMS AND NEUROISUALIZATION DATA
OF THE PREACUTE PERIODS OF THE ISCHEMIC STROKE
IN LOW-MOUNTAIN RESIDENTS**

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 analysis of the evaluation of neuroimaging and haemostasiograms in patients with acute and preacute cerebral infarction receiving treatment in the Department of Angioneurology of State Clinical Hospital No.1.

Key words: cerebral infarction, hemostasiogram, neuroimaging.

Введение. Инсульт, как следствие острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК) был и остается одной из ведущих медико-социальных проблем современности, что связано с высокими уровнями встречаемости данной формы патологии, инвалидизации и смертности заболевших людей [2,6,7,9]

Согласно результатам международных эпидемиологических исследований, заболеваемость в данной нозологической группе составляет в среднем 257,9 случаев среди 100000 человек и напрямую зависит от возраста (в 18,45 раз чаще среди

лиц старше 75 лет). Количество больных в развивающихся странах в 1,29 раз выше, чем в развитых [6].

Главным фрагментом патогенеза ишемического инсульта является гибель нервных клеток, возникающая в результате острой фокальной кислородной депривации церебральной ткани, которая в свою очередь развивается вследствие острого нарушения мозгового кровообращения [1]. Для достоверной идентификации пострадавшего участка применяются нейровизуализационные методы обследования.

Фокальная ишемия и гипоксия пострадавшего участка развивается за счет уменьшения диаметра просвета приносящего сосуда и/или снижения объемной скорости кровотока [4]. Появление препятствия для потока крови может быть связано с наличием тромбов или эмболов (атеротромботический и кардиоэмболический варианты болезни) [3]; уплотнением и утолщением стенок интракраниальных сосудов мелкого калибра при лакунарных ишемических инсультах, например, в условиях сахарного диабета или артериальной гипертензии [5]. Ишемизация ткани головного мозга возможна в условиях системных нарушений гемодинамики, сопровождающихся снижением минутного объема сердца и/или объема циркулирующей крови, а также в ситуациях, связанных со снижением объемной скорости кровотока в сонных и позвоночных артериях [8]. Отдельной разновидностью инфаркта мозга является гемореологический ишемический инсульт, для которого характерна повышенная активность механизмов коагуляционного и сосудисто-тромбоцитарного гемостаза [10].

Экологические условия проживания на различной высоте, особенно в экстремальных условиях высокогорья, обуславливают появление различного рода физиологических реакций, позволяющих организму адаптироваться к среде обитания. Основной особенностью проживания в горной местности является необходимость адаптации к условиям гипоксии, что достигается за счёт изменения функционирования всех систем организма, но прежде всего путём увеличения гематокрита и содержания гемоглобина в крови [11,12,13]. Патологические особенности развития ОНМК в условиях различной высоты над уровнем моря остаются до настоящего времени малоизученными. Целью настоящего исследования являлись оценка нейровизуализационных данных у пациентов с ишемическим инсультом, постоянно проживающих в условиях низкогогорья, а также изучение особенностей активности свертывающих и противосвертывающих механизмов в первые 24 часов от начала заболевания.

Материалы и методы

В нашей работе у 36-ти больных, находившихся на стационарном лечении в отделении ангионеврологии Городской клинической больницы №1 по поводу ишемического инсульта был проведен анализ локализации очага поражения по данным нейровизуализации и индексация значений показателей гемостазиограммы. Нейровизуализационное исследование всех больных проводилось на базе частного медицинского центра лучевой диагностики «ЮРФА» на аппарате Hitachi 1,5 тесла» фирмы Hitachi (Япония). Лабораторное гемостазиологическое обследование включало скрининговые тесты, тесты активации свертывания крови, тесты на определение активности фибринолитической системы, которые проводились в лаборатории гематологии при Национальном центра кардиологии и терапии им. М.М. Миррахимова.

При гемостазиологических скрининговых исследованиях определяли активированное парциальное (частичное) тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое время (ПВ), протромбиновый индекс (ПТИ), международное нормализованное отношение (МНО), тромбиновое время (ТВ), концентрацию фибриногена в плазме. Активность свертывающей и противосвертывающей систем оценивали по количеству растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК) и уровню содержания плазминогена.

Критериями исключения являлось 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.

Возраст пациентов с ишемическим инсультом варьировал от 39 до 80 лет (64,50±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

	Всего	Мужчины		Женщины	
		Абс.	%	Абс	%
30-39	1	1	2,78	0	0
40-49	1	1	2,78	0	0
50-59	11	9	25,00	2	5,56
60-69	9	4	11,11	5	13,89
70-79	10	4	11,11	6	16,67
80 и выше	4	1	2,78	3	8,33

Результаты и обсуждение

Нейровизуализационное исследование, выполненное при госпитализации пациентов (не позднее 48 часов от начала заболевания), позволило установить локализацию очагов острой ишемии мозговой ткани. У 61,11% больных (22 человека из 36-ти) уменьшение кровенаполнения произошло в зоне каротидных артерий, в 38,89% случаев пострадал вертебробазилярный бассейн.

В пределах каротидной зоны кровоснабжения острое снижение поставок крови в ткань головного мозга развилось у 58,33% пациентов в бассейне средней мозговой артерии (СМА) и у 2,78%

– внутренней сонной артерии (ВСА). Недостаточность вертебро-базилярной системы гемодинамики наблюдалась в равных количествах за счет окклюзии основной (ОА) (13,89% больных с ишемическим инсультом) и задней мозговой артерии (ЗМА) (13,89% пациентов). Комбинированное нарушение кровоснабжения было отмечено у 2-х пациентов из 36-ти и заключалось в одновременном уменьшении перфузии кровью мозговой ткани в бассейнах основной и средней мозговых артерий (ЗМА и СМА) (рис. 1).

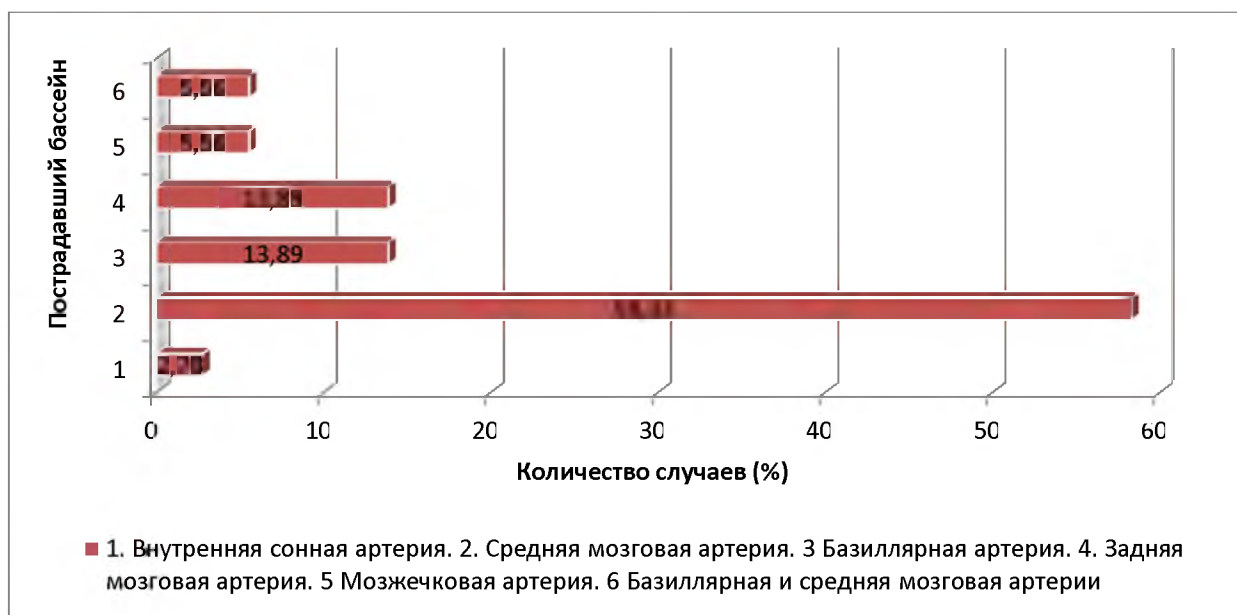


Рис. 1. Распределение случаев острой ишемии мозговой ткани по зонам кровоснабжения головного мозга.

При лабораторном измерении показателей системы гемостаза было установлено, что на момент госпитализации (не позднее 24 часов после развития инсульта) количество тромбоцитов в

крови заболевших ишемическим инсультом (ИИ) находилось в референсном диапазоне, равняясь $242,13 \pm 12,06 \times 10^9 / \text{л}$ (табл. 2).

Таблица 2

Показатели гемостазиограммы

Лабораторные показатели гемостазиограммы	Референсный интервал	Статистические критерии	Нозологическая единица
			ИИ
			Количество больных (абс.)
			36
Количество тромбоцитов в крови ($\times 10^9 / \text{л}$)	170-350	$M \pm m$ P	$242,13 \pm 12,06$
АЧТВ (с)	22,5-35,5	$M \pm m$ P	$20,56 \pm 0,24$
ПВ (с)	12-16	$M \pm m$ P	$11,27 \pm 0,12$
ПТИ (%)	80-110	$M \pm m$ P	$93,94 \pm 0,96$
МНО	0,82-1,18	$M \pm m$ P	$0,79 \pm 0,01$

ТВ (с)	14-17	M±m P	12,51±0,06
Фибриноген (г/л)	2,00-4,00	M±m P	2,89±0,03
РФМК (этаноловый тест)	«+» или «-»		Слабо «+» – 63,89%, «-» – 36,11% БОЛЬНЫХ

где, ИИ – ишемический инсульт; АЧТВ – активированное частичное тромбoplastиновое время; ПВ – протромбиновое время; МНО – международное нормализованное отношение; ТВ – тромбиновое время; РФМК – растворимые фибрин-мономерные комплексы; М – средняя арифметическая величина; m – ошибка среднего арифметического значения;

Активированное частичное тромбoplastиновое время (АЧТВ) в первые двое суток инфаркта мозга составляло 20,56±0,24 с, что на 8,62% меньше нижней границы физиологического оптимума. В острейшем периоде ИИ протромбиновое время (ПВ) было укорочено по сравнению с минимальным референсным значением. Протромбиновый индекс (ПТИ) у пациентов в первые 24 часов после госпитализации равнялся 93,94±0,96%. Международное нормализованное отношение (МНО) на 1 и 2 день после острой интракраниальной сосудистой катастрофы уменьшилось до 0,79±0,01 при статистической норме в пределах 0,82-1,18. Тромбиновое время (ТВ) в острейшей стадии ишемического инсульта составило 12,51±0,06 при значениях в пределах 18-24 сек. Количество фибриногена в плазме крови в первые 24 часа после инфаркта мозга составляло 2,89±0,03 г/л. При постановке этанолового теста у больных в 63,89% случаев имел место слабо-положительный результат; у остальных пациентов с ИИ – отрицательный.

Таким образом, при анализе острейшего и острого периодов ишемического инсульта, результаты нейровизуализационного исследования позволили установить, что острая окклюзия интракраниальных артерий с последующей ишемией мозговой ткани и необратимой альтерацией клеточного состава пострадавшего участка у постоянных жителей низкогорья наиболее часто развивалась в бассейне средней мозговой артерии (СМА) – 58,33% случаев. На втором месте по частоте встречаемости находились внезапные сосудистые катастрофы в зонах кровоснабжения основной и задней мозговой артерий (ОА и ЗМА) (по 13,89% в зонах ОА и ЗМА). Наименее часто острое торможение поставок крови наблюдалось в системах внутренней сонной (ВСА, 2,78%) и мозжечковой (МА, 5,56%) артерий, а также при сочетанном нарушении перфузии крови в руслах средней и задней мозговых артерий (СМА и ЗМА, 5,56%).

При лабораторном анализе состояния свертывающих и противосвертывающих механизмов у

всех больных в условиях низкогорья с ишемическим инсультом (ИИ) в первые двое суток данного заболевания были выявлены гематологические признаки гиперкоагуляционного синдрома. Гиперактивность протромбинового комплекса плазмы развивалась за счет активации внутреннего и внешнего каскадов свертывания, о чем свидетельствовало уменьшение АЧТВ и укорочение протромбинового времени (ПВ). Интенсификацию процессов образования фибрина подтверждало сокращение тромбинового времени (ТВ).

Литература

1. Стаховская, Л.В. Эпидемиология инсульта в России по результатам территориально-популяционного регистра (2009-2010) // Л.В. Стаховская, О.А. Ключихина, М.Д. Богатырёва // Журн. неврол. и психиатрии им. С.С. Корсакова - 2013. - №5. - С. 4-10.
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. Amin, H. Cardioembolic stroke: practical considerations for patient risk management and secondary prevention / Amin H., Nowak R.J., Schindler J.L. // Postgrad Med. - 2014. - Vol. 126(1). - P. 55-65.
4. Bang, O.Y. Intracranial Atherosclerosis: Current Understanding and Perspectives // J Stroke. - 2014. - Vol. 16 (1). - P. 27-35.
5. Bèjot, Y. Stroke in diabetic patients / Y. Bèjot, M. Giroud // Diabetes Metab. - 2010. - Vol. 36, Suppl 3. - P. 84-7.
6. Epidemiology of ischaemic stroke and traumatic brain injury / V.L. Feigin, S. Barker-Collo., R. Krishnamurthi et al. // Best Pract Res Clin Anaesthesiol. - 2010. - Vol. 24 (4). - P. 485-94.
7. Epidemiology and prevention of stroke: a worldwide perspective / E.V. Kuklina, X. Tong, M.G. George et al. // Expert Rev Neurother. - 2012. - Vol. 12(2). - P. 199-208.
8. Mangla, R. Border zone infarcts: pathophysiologic and imaging characteristics / R. Mangla, B. Kolar, J. Almast // Radiographics. - 2011. - Vol. 31 (5). - P. 1201-14.

9. Mukherjee, D. *Epidemiology and the global burden of stroke* / D. Mukherjee, C.G. Patil // *World Neurosurg.* - 2011. - Vol. 76 (6 Suppl). - P. 85-90.
10. Panichpisal, K. *The management of stroke in antiphospholipid syndrome* / K. Panichpisal, E. Rozner, S.R. Levine // *Curr Rheumatol Rep.* - 2012. - Vol. 14(1). - P. 99-106.
11. Ward, M.P. *High Altitude Medicine and Physiology* / M.P. Ward, J.S. Milledge, J.B. West // London, UK: Chapman & Hall Medical. - 1989. - P. 435.
12. Bärtsch, P. *General introduction to altitude adaptation and mountain sickness* / P. Bärtsch, B. Saltin // *Scand J Med Sci Sports.* - 2008. - Vol. 18 (Suppl 1). - P. 1-10.
13. Naeije, R. *Physiological adaptation of the cardiovascular system to high altitude* // *Prog Cardiovasc Dis.* - 2010. - Vol. 52 (6). - P. 456-66.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ВЗРОСЛЫХ**

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешова, Шолпанбай у. М., А.Ш. Джумагулова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлены результаты исследования клинико-эпидемиологического наблюдения за 54 больными с паротитной инфекцией, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в период 2015-2017 гг. Анализ полученных данных показал более частую встречаемость заболевания в возрастной группе 15-20 лет у лиц мужского пола, увеличение комбинированных железистых форм, в том числе в 40,7% с орхитом. На данный момент сезонность эпидемического паротита чаще всего наблюдается в зимне-весенний период.

Ключевые слова: клинические формы, паротитная инфекция, орхит, панкреатит.

**ЧОЦ КИШИЛЕР АРАСЫНДАГЫ ТЕПКЕ ЖУГУШТУУ ООРУСУНУН
КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

В.А. Шуленин, Э.Ю. Шабалина, А.Б. Эргешова, Шолпанбай у. М., А.Ш. Джумагулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Жугуштуу оорулар кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Берилген статьяда 2015-2017-жылдар аралыгында Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар ооруканасында тепке жугуштуу оорусу менен дарыланган 54 бейтаптын клиникалык жана эпидемиологиялык байкоолорунун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Анализдин жыйынтыгы боюнча 15-20 жаш курактагы эркектердин арасында көп кездешкен, аралдаш бездүү түрлөрү көбөйгөн, анын ичинде 40,7% орхит менен коштолгон. Азыркы убакта тепкенин сезондуулугу көбүнчө кыш-жаз мезгилдерине туура келет.

Негизги сөздөр: кликалык түрлөрү, тепке жугуштуу оорусу, орхит, панкреатит.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MUMPS IN ADULTS

V.A. Shulenin, E.Y. Shabalina, A.B. Ergeshova, Sholpanbai u. M., A.Sh. Djumagulova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Infectious Diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of clinical and epidemiological observation of 54 patients with mumps are presented in this article. These patients were hospitalized in the Republican hospital of infectious diseases in period 2015-2017 years. The analysis of the obtained data showed a more frequent occurrence of the disease at the age of 15-20 years and an increase in combined glandular forms, including 40,7% with orchitis. The epidemic rise of mumps is observed in the winter-spring period.

Keywords: clinical forms, mumps, orchitis, pancreatitis.

Эпидемический паротит представляет собой острое системное вирусное инфекционное заболевание с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся преимущественным поражением слюнных желез, а также других железистых органов и нервной системы. Эпидемический паротит относится к «управляемым» инфекциям и после введения в практику иммунизации заболеваемость в мире значительно снизилась, но только в 42% стран вакцинация против паротитной инфекции включена в Национальные прививочные календари [1,3,5]

Современные особенности эпидемиологии паротитной инфекции в Кыргызской Республике также определяются осуществляемой с 1987 г. массовой, а затем плановой иммунизацией детского населения живой паротитной вакциной. Вакцинопрофилактика изменила длительность эпидемического цикла в сторону увеличения (на 8-10 лет и более) и поло-возрастную восприимчивость. Произошло «повзросление» инфекции, при этом повысился риск возникновения неблагоприятных последствий, таких как церебральный синдром, внутричерепная гипертензия,

хронический панкреатит, сахарный диабет, вследствие атрофии яичек – мужское бесплодие и импотенция [2,4]. Поэтому паротитная инфекция у взрослых стала актуальной проблемой современной медицины, что и послужило основанием для проведения данного исследования.

Целью исследования является анализ эпидемиологических и клинических особенностей паротитной инфекции у взрослых

Материалы и методы исследования

Был проведен анализ 54 историй болезни пациентов с паротитной инфекцией в возрасте от 15 до 40 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу за 2015-2017 гг., а также использовались официальные данные департамента профилактики заболеваний и Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызской Республике за

2007-2017 гг. Диагноз подтверждался на основании клинико-эпидемиологических и лабораторных исследований.

Проводилась статистическая обработка с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

В связи с экономическими трудностями, вакцинопрофилактика паротитной инфекции в КР была прекращена в 1992 г. и в рамках Национального прививочного календаря возобновилась только в 2007 году. В результате отсутствия вакцинопрофилактики паротитной инфекции, произошло накопление неиммунного контингента, в связи с чем, в период 2002-2007 гг. отмечалось стабильное эпидемиологическое неблагополучие по паротитной инфекции, с неуклонным подъёмом заболеваемости до 92,9 на 100 тыс. населения.

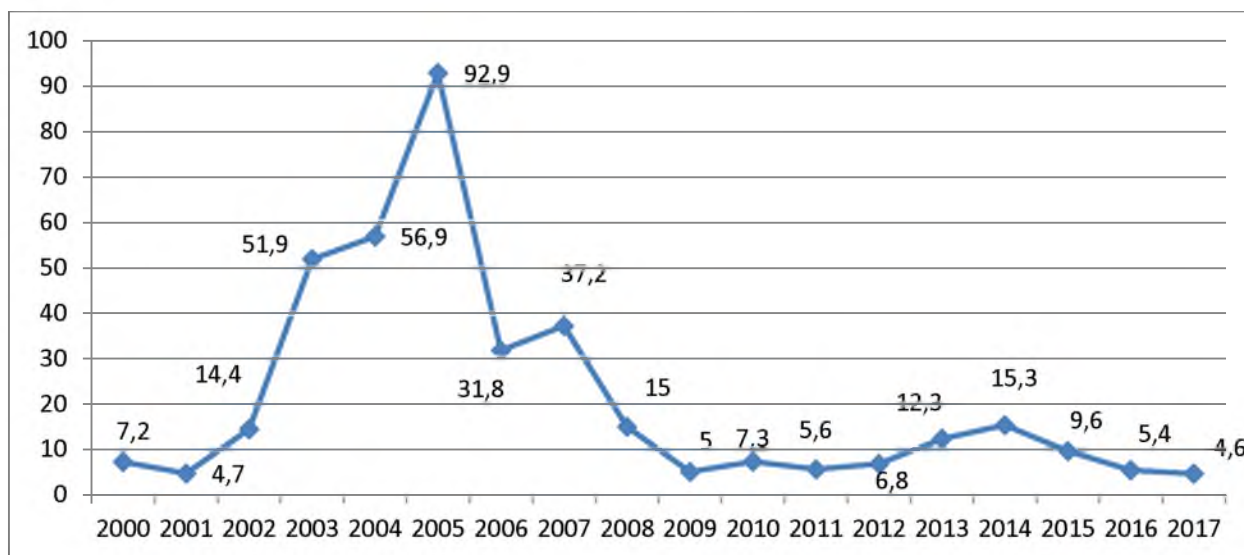


Рис. 1. Многолетняя динамика заболеваемости эпидемическим паротитом в Кыргызстане, 2000-2017 гг. (на 100 тыс. населения).

С 2008 года заболеваемость паротитной инфекцией в Кыргызстане стабилизировалась, составив 155 случаев (5,0 на 100 тыс.) в 2009 году, с тенденцией к повышению в 2013-2015 гг (12,3-15,3 на 100 тыс.). При этом, эпидемический процесс повторил свой виток десятилетней давности: хотя количество больных паротитом в 2013-2015 гг. было значительно меньше, чем в 2003-2005 годы.

В вакцинальный период отмечается изменение возрастной структуры при данной инфекции с тенденцией вовлечения в процесс лиц старшего возраста (до 57%), что является следствием более позднего контакта с возбудителем и непродолжительностью поствакцинального иммунитета (рис. 2). За период 2015-2017 гг заболеваемость встречалась в 36,9% случаев среди подросткового и взрослого населения.

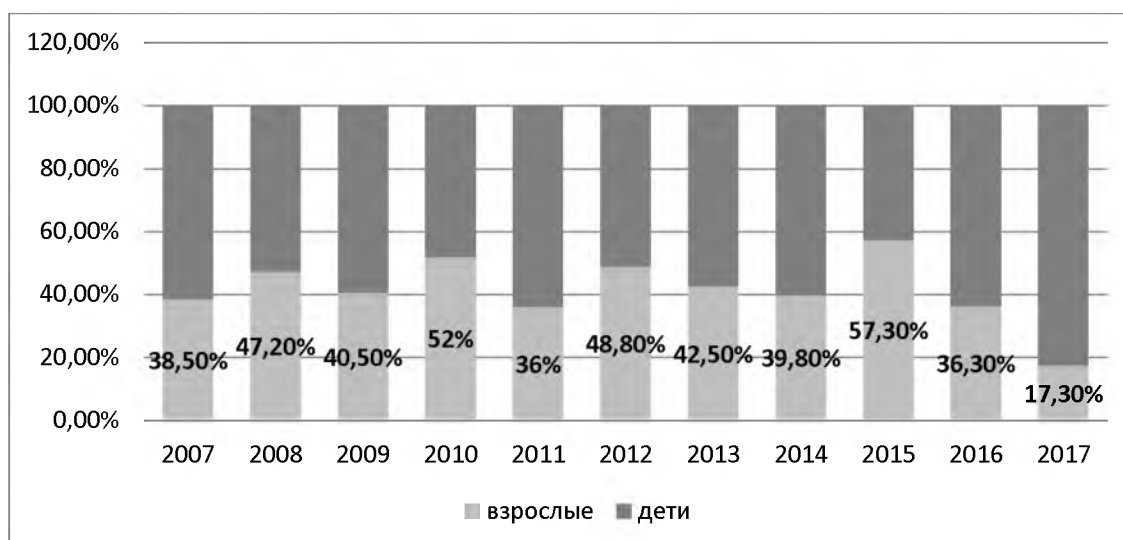


Рис. 2. Заболеваемость паротитной инфекцией среди взрослых в КР, 2007-2017 гг (в %).

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за 2015-2017 гг зарегистрировано 54 случаев паротитной инфекции у взрослых. При изучении возрастного состава

больных отмечается, что абсолютное большинство из числа госпитализированных больных были молодые люди в возрасте от 15 до 20 лет (59,2%) и только 5,6% – старше 30 лет.

Таблица 1

Возрастная структура госпитализированных взрослых больных ПИ (2015-2017 гг.)

Возраст		
	абс. числа	%
15-20 лет	32	59,2%
21-25	11	20,4%
26-29	8	14,8%
>30 лет	3	5,6%
Всего	54	100%

Среди взрослых больных преобладали лица мужского пола (71,9%), у которых чаще встречаются различные осложнения.

Как известно, эпидемический паротит сезонная инфекция: наибольший подъем заболеваемости наблюдается в зимние и весенние месяцы. Кыргызстан находится в зоне жаркого климата и начиная с мая устанавливается теплая погода, а вирусы паротита мало устойчивы к воздействию прямых солнечных лучей. Так, абсолютное большинство (88,9%) больных с паротитной инфекцией зарегистрированы в зимне-весенний период.

По структурному составу больных паротитной инфекцией следует отметить, что среди обследованных преобладали школьники и студенты, что составило 38,9%, и 14,8% больных составили работающие лица, преимущественно возрастной группой 20-30 лет, очень мобильной, социально активной, что по всей вероятности, также связано с большим риском инфицирования.

Изучение эпидемиологического анамнеза показало, что 37,1% больных имели контакт с больными паротитной инфекцией в учебных заведениях и в кругу семьи. В отношении прививочного статуса в 64,8% случаях он неизвестен.

В первые 2 дня от начала болезни госпитализированы 16 (29,6%) больных. Основная же масса пациентов поступала в стационар на 4-5 дни (70,4%) болезни в связи с ухудшением состояния, обусловленным вовлечением других органов и систем в патологический процесс (поджелудочная железа, тестикулы, центральная нервная система).

Паротитная инфекция у госпитализированных больных, в основном, протекала в среднетяжелой (74,1%) и тяжелой формах (18,5%). Легкая форма заболевания зарегистрирована только у 7,4% и они были госпитализированы по эпидемиологическим показаниям (из закрытых детских коллективов и военнослужащие).

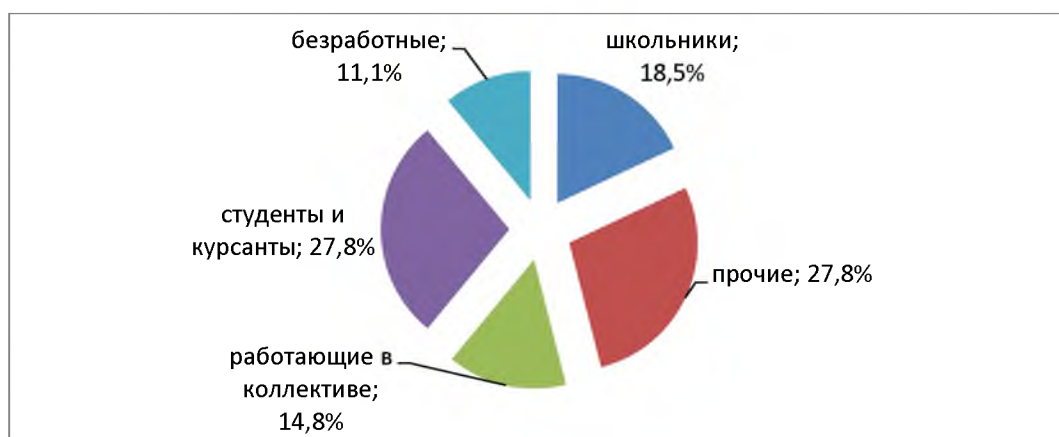


Рис. 3. Распределение больных с паротитной инфекцией по занятости (%).

Анализ историй болезней взрослых больных с паротитной инфекцией показал, что в 48,1% случаев встречается изолированное поражение слюнных желёз – паротит и возрастает число

множественных поражений железистых органов (50%). Необходимо отметить высокую частоту сочетания паротита и орхита (40,7%).

Таблица 2

Характеристика клинических форм паротитной инфекции у взрослых, госпитализированных в 2015-2017 годы

Клинические формы	Абсолютное число (n= 54)	% встречаемости клинических форм
Паротит	26	48,1%
Паротит+панкреатит	5	9,3%
Паротит+орхит	22	40,7%
Паротит+менингит	1	1,9%

При оценке тяжести клинических форм паротитной инфекции ориентиром служили степень выраженности и продолжительность симптомов интоксикации и местных изменений. При множественном поражении железистых органов и комбинированной форме – диспепсические явления, степень выраженности неврологической симптоматики, уровни диастазы крови.

Паротитная инфекция у взрослых лиц, также как и у детей, начиналась остро с признаков интоксикации и поражения околоушных слюнных желёз. С первых дней болезни у абсолютного большинства взрослых (92,6%) с паротитной инфекцией отмечалось повышение температуры тела, и только у единичных больных лихорадка отсутствовала.

У взрослых чаще регистрировалась лихорадка выше 38-39°C, а длительность её была в среднем 5,3±1,1 дня. Часто отмечались такие признаки интоксикации, как слабость (77,8%), снижение аппетита (90,7%), головная боль (75,2%), рвота (38,9%).

При осмотре полости рта у больных обнаруживалась отёчность слизистых оболочек, особенно вокруг слюнного протока – положительный симптом Мурсона, который был установлен у 26

(48,1%) больных. При изолированной форме паротитной инфекции, почти у всех взрослых больных (92,6%) отмечалось двустороннее поражение околоушных слюнных желёз. Околоушные слюнные железы оставались увеличенными в среднем в течение 8,3±2,4 дней, после чего происходило постепенное уменьшение их размеров.

Поражение половых желёз в сочетании с паротитом зарегистрировано у 22 (40,2%) мужчин, при этом 81,8% были молодые люди от 15 до 20 лет. У 15 мужчин (68,2%) орхит был односторонним, у 7 (31,8%) – двусторонним. Орхит проявлялся болезненностью в области поражённых яичек, отёком и гиперемией мошонки, повышением температуры тела и ухудшением общего состояния. У 18 (81,8%) мужчин с паротитным орхитом первые признаки поражения репродуктивных органов появились на 4-6 день заболевания, у 4 (18,2%) – на 7-10 день болезни. Явления орхита держались в среднем 9,7±2,6 дней.

Частота развития панкреатита, по данным различных авторов, варьирует в широких пределах – от 2 до 50%, чаще он развивается у детей и подростков, может протекать бессимптомно и диагностируется только на основании повышения активности амилазы и диастазы в крови и моче.

В наших исследованиях сочетание панкреатита с поражением других железистых органов установлены у 5 (9,3%) больных. В большинстве случаев (60%), клинические симптомы панкреатита у больных были слабо выражены, и единственным опорным диагностическим признаком было повышение уровня диастазы в крови (80%). Панкреатит обычно развивался на 4-5-й день болезни. В поздние сроки, со второй недели паротитной инфекции, панкреатит возникал в 10%. Симптомы панкреатита отмечались на фоне увеличения околоушных слюнных желёз. У больных наблюдалась тошнота (60%), многократная рвота (20%), интенсивная боль, опоясывающего характера в средней части живота (40%), и жидкий, непереваренный стул, без патологических примесей до 2-3 раз в сутки (20%). Значительное повышение активности диастазы у больных сохранялось в среднем $8,1 \pm 1,5$ дней, тогда как клинические симптомы острого панкреатита исчезали уже через $5,3 \pm 2,9$ дней.

Поражение центральной нервной системы в виде серозного менингита отмечено лишь в одном случае (1,9%).

Среднее пребывание в стационаре больных с паротитной инфекцией составило $8,9 \pm 1,9$ дней.

Таким образом, для ликвидации и предупреждения распространения инфекции есть только один надёжный способ – достижение стабильно высокого охвата детского населения прививками против эпидемического паротита. Учитывая осложнения и неблагоприятные последствия в исходе паротитной инфекции у переболевших, необходимо ориентировать лиц молодого возраста (15-20 лет) на иммунизацию против данной инфекции.

Выводы:

1. В анализируемый период наблюдений 2015-2017 гг. по сравнению с данными за 2013-2014 гг. заболеваемость паротитной инфекцией снизилась в три раза, но продолжается её рост среди взрослых с пиком в возрастной группе 15-20 лет (59,2%), при этом мужчины в 1,5 раза чаще болеют, чем женщины, с традиционной зимне-весенней сезонностью.
2. У большинства пациентов (74,1%) заболевание протекало в средне-тяжелой форме с множественным поражением железистых органов, чаще паротит с орхитом (40,2%) среди возрастной группы 15-20 лет с выраженной интоксикацией, яркими симптомами местного воспаления.
3. С профилактической целью необходимо вакцинация против паротитной инфекции неиммунных лиц молодого возраста (15-20 лет)

Литература

1. Нестеров, А.Е. Эпидемический паротит у взрослых / А.Е. Нестеров, Т.В. Мальшева, Г.М. Игнатьев // Эпидемиологические и инфекционные болезни. - 2008. - №3. - С. 52-54.
2. Тимченко, В.Н. Эпидемиологический паротит – эволюция, причина бесплодного брака, современная терапия, экстренная профилактика / В.Н. Тимченко. СПб., 2007. - 261 с.
3. Актуальность проблемы эпидемического паротита среди взрослого населения / [Ж.В. Терентьева, Л.В. Лялина, Л.Н. Пожсидаева и др.] // Развитие научных исследований и надзор за инфекционными заболеваниями: Матер. междунар. конф. / Под ред. А.Б. Жебруна. - СПб., 2010. - С. 98-99.
4. Мусаев, А.Т. Особенности эпидемического паротитного менингита / А.Т. Мусаев, Е.Т. Ералиева, М.К. Усерова // Вестник Каз НМУ. - 2015. - №4. - С. 76-78.
5. Immune responses to mumps vaccine in adults who were vaccinated in childhood / [R. Hanna-Wakima, L.L. Yasukawa, P. Sung et al.] // J. Infect. Dis. - 2008. - Vol. 197, №12. - P. 1669-1675.

**МЕТОДИКА ФОРМИРОВАНИЯ СТОЙКОЙ БЕСКАНЮЛЬНОЙ ТРАХЕОСТОМЫ
ПРИ СОХРАНЕННОЙ ГОРТАНИ**

М.М. Кадыров, А.Ш. Шаршенбекова, Эшболот к. Н.

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

Резюме: Приведены методические основы выполнения стойкой бесканюльной трахеостомы при стойком стенозе гортани, в расширенных вариантах резекции гортани, предупреждающей осложнения, присущие канюльной трахеостоме.

Ключевые слова: Стойкая бесканюльная трахеостома, канюльная трахеостома, трахеостомия.

**САКТАЛГАН КЕКИРТЕКТЕ ТУРУКТУУ ТҮТҮКСҮЗ ТРАХЕОСТОМАСЫН
ТҮЗҮҮ ҮКМАСЫ**

М.М. Кадыров, А.Ш. Шаршенбекова, Эшболот к. Н.

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

Корутунду: Кекиртек тешигинин тарып кеткендеги туруктуу түтүксүз трахеостоманын аткаруу үкмасынын негиздери, кекиртектин резекциясынын кеңейтилген түрлөрү, түтүктүү трахеостомасына тиешелүү эскертилген күчөтүүлөр тууралуу маселелер келтирилген.

Негизги сөздөр: туруктуу түтүксүз трахеостома, түтүктүү трахеостома, трахеостомия.

**THE FORMATION METHOD OF PERSISTENT CANNULA FREE TRACHEOSTOME
IN PRESERVED LARYNX**

M.M. Kadyrov, A.Sh. Sharshenbekova, Eshbolot k. N.

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

Summary: There are given the methodical bases of performing persistent cannula free tracheostome in persistent stenosis of larynx resection preventing from complications from cannule tracheostome.

Key words: Persistent cannula free tracheostome, tracheal cannula, tracheostomy.

Введение. Больным по поводу стойких стенозов гортани, обычно производят расширенное хирургическое пособие требующее выполнения трахеостомии зияние которой поддерживается трахеостомической трубкой. Имеются указания в сообщениях М.М. Кадырова [1]. Между тем, какими бы высокими и термопластичными свойствами не обладали трахеостомические трубки, они все же являются инородными телами, проведенными через кожно-трахеальный канал и введенными в трахею. А это значит, что недостатки, присущие канюльной трахеостоме, остаются, хотя и тяжесть их проявления выражена в меньшей степени. У таких больных сохраняется воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале. Его стенки покрываются грануляциями и фибринозным налетом. В его просвете имеется гнойное отделяемое. Последний задерживается на трахеостомической трубке, повышает бактериологическую обсемененность, причем патогенными представителями микромира. Такое содержимое разлагается и издает неприятный за-

пах. Та часть канюли, которая находится в трахее, оказывает давление на его стенки, нарушает функцию мерцательного эпителия. В свою очередь, это приводит к накоплению содержимого в ниже расположенном трахеобронхиальном дереве. В нем развивается трахеобронхит, а иногда и воспалительный процесс в легких. Не оказывает безразличным это воздействие и для других участков респираторного тракта, в том числе и выше расположенной гортани [2].

Если же используются ригидные трубки, то частота и тяжесть осложнений канюленосительства значительно возрастает. Появляются язвенные поверхности от давления трубки из-за их стандартной, неизменяемой формы, переломы колец трахеи, разрастание грануляций, формирование стойких рубцевых стенозов и т.д. К тому же число подобного рода осложнений значительно возрастает при поспешном выполнении экстренных трахеостомий и повторных введении трахеоканюль при неудавшихся деканюляциях.

Описанные ситуации послужили нам основанием разработать методические основы формирования временных и стойких бесканюльных трахеостом и их использования. Они во многом облегчали состояние больных, предупреждали развитие послеоперационных ближайших и отдаленных осложнений, помогали в использовании резервных механизмов разделительной функции гортани, способствовали более надежной фиксации мобилизованных отделов трахеи после циркулярной или фигурной ее резекции [3].

Поэтому изучение вопроса, связанного с исследованием различных аспектов формирования

стойкой бесканюльной трахеостомы, следует считать актуальным.

Методика формирования стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани по Фейгину Г.А. и Кадырову М.М. (1982). После местной инфильтрационной анестезии 0,5% раствором новокаина через срединный разрез шеи от уровня нижнего края перстневидного хряща и до нижней проекции яремной вырезки осуществляем обычный подход к трахее, но с бережным отношением к тканям, без тщательного скелетирования передней стенки трахеи и отсепаровки тканевых слоев в стороны (рис. 1).



Рис. 1. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с сохраненной гортанью (1 этап-кожный разрез) А) вид спереди Б) вид с горизонтальной плоскости.

Избыток тканей, суживающий подход к трахее (подкожная жировая клетчатка, перешеек щитовидной железы, края мышц), иссекаем. Затем через межкольецовое пространство вводим 1,0 мл

10% раствора лидокаина. После этого на уровне 2-4 колец трахеи из ее передней стенки выкраиваем лоскут языкообразной формы и широким питающим нижним основанием (рис. 2).



Рис. 2. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (3 этап-выкраивание языкообразного лоскута из передней стенки трахеи на уровне ее 2-4 колец. После иссечения избытка тканей) А) вид спереди, Б) вид с горизонтальной плоскости.

Языкообразный лоскут трахеи отворачиваем книзу и сшиваем с двух сторон с кожей верхнего угла и боковых краев раны монолитным капроновым шовным материалом. Длинные концы от этих нитей не срезаем. С двух сторон от сформированной трахеостомы (правой и левой) раз-

дельно их связываем узлом. К узлам привязываем марлевые тесемки. Тесемки увязываем позади шеи с легким натяжением таким образом, чтобы нити лигатур не погружались в кожу у края трахеостомы и не оставляли в ней «странгуляционных следов» (рис. 3).

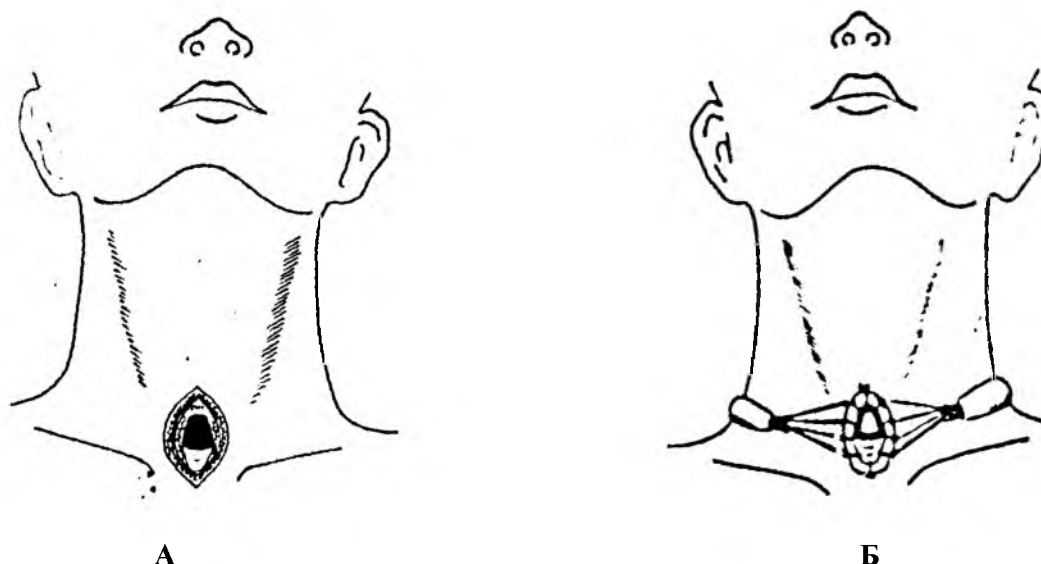


Рис. 3. Схематическое изображение методики формирования стойкой бесканюльной трахеостомы с нижним языкообразным лоскутом при сохраненной гортани (4 этап)
а) языкообразный лоскут трахеи отвернут книзу и б) сшит с нижним углом раны.

Швы со стойкой бесканюльной трахеостомы снимаем через 10-12 дней после операции. Сформированная таким образом стойкая бесканюльная трахеостома широко и стойко зияет. Через нее осуществляется достаточная вентиляция легких, что позволяет избавить больных от введения в сформированный просвет трахеостомической трубки.

Стойкую бесканюльную трахеостому формировали в следующих патологических и хирургических ситуациях: 1) при травматических повреждениях гортани, сопровождающихся размождением анатомических элементов гортани, пересечением или повреждением ниже-гортанных или возвратных ветвей блуждающих нервов (5 наблюдений); 2) при стенозах гортани, обусловленных двусторонним поражением ниже-гортанных нервов или возвратных ветвей блуждающих нервов инфекционной этиологии (4 наблюдения); 3) при стойких стенозах гортани, когда в названном органе имелись выраженные воспалительные изменения, грануляции, язвенные поверхности и активное келлоидное рубцевание, временно препятствующие визуальному и анатомическому выполнению операции, направленной на устранение стойкого стеноза гортани (2 наблюдения); 4) при длительном канюленосительстве после

крико-конико-тиреостомий (4 наблюдения); 5) при тяжело протекающем и быстро рецидивирующем папилломатозе гортани и с распространением опухоли на нижний этаж органа и трахею (2 наблюдения); 6) при стенозах гортани, обусловленных послелучевым хондроперихондритом (4 наблюдения); 7) при развитии стойкого рубцового стеноза гортани после органосохраняющих операций на ней, когда трахеостома либо не формировалась, либо выполнялась по общепринятой методике и закрылась самостоятельно после удаления трахеостомической трубки (5 наблюдений); 8) при стенозах гортани, обусловленных инкурабельным раком органа (3 наблюдения); 9) при стенозах гортани, обусловленных курабельной опухолью, как этап перед основными лучевым, хирургическим, или комбинированным лечением (5 наблюдений); 10) при планировании лучевого лечения после резекций гортани (67 наблюдений); 11) при выполнении расширенных вариантов резекций гортани (174 наблюдения) [4].

Результаты оценки сформированной стойкой бесканюльной трахеостомы при сохраненной гортани у 275 больных в отдаленном послеоперационном периоде (табл. 1).

Клиническая оценка состояния стойкой бесканюльной трахеостомы в отдаленном послеоперационном периоде (через 12 мес.)

Клиническая оценка по			
Конечному исходу	Размеру сформировавшейся трахеостомы (см), количество больных	Дыхание через трахеостому	Состоянию краев трахеостомы и мягких тканей вокруг нее
Сформировалась достаточных размеров	1,2*1,0 и более 206 наблюдений	Свободное в покое и физической нагрузке	Края раны гладкие с нежными послеоперационными рубцами. Окружающие ткани не изменены
Сформировалась малых размеров	1,0*0,8 42 наблюдений	Свободное в покое и слегка затруднено при физической нагрузке	Края раны ровные, гладкие. Местами прилегающая кожа и мягкие ткани замещены рубцом.
Сформировалась недостаточных размеров или рубцово заросла	0,7*0,3 и менее 27 наблюдений	Невозможно без вставления трахеостомической трубки или трахеостомии	Вокруг трахеостомы грубые келоидные рубцы

Заключение.

Стойкая бесканюльная трахеостома, освобождая больного от канюленосительства, облегчает послеоперационное состояние больных. Ее наличие обеспечивает свободное дыхание. При такой трахеостоме не появляются нежелательные осложнения (воздушная эмфизема, гнойно-воспалительный процесс в кожно-трахеальном канале, трахее и бронхах, нарушение транспортной функции слизистой оболочки). Сформировавшаяся стойко зияющая трахеостома освобождает больных от тягостных ощущений больного и окружающих, проявляющихся неприятным запахом, пароксизмами кашля и бессонницей. Стойкая трахеостома, при правильном ее формировании, избавляет больных от повторных небезопасных введений трахеоканюль, переломов колец, появления грануляций и рубцовых деформаций в

просвете трахеи, ее трехеомаляций, пролежней в ее стенке, порою жизненно опасных и т.д. [2].

Литература

1. Фейгин, Г.А. *Что нужно знать о трахеостомии: монография* / Г.А. Фейгин, М.М. Кадыров, Д.Г. Фейгин. - Фрунзе: Изд-во Кыргызстан, 1989. - 92 с.
2. Крюков, А.И. *Диагностика, лечение и профилактика осложнений у хронических канюленосителей* / [А.И. Крюков и др.] // *Медицинский совет*. - 2014. - №3. - С. 88-91.
3. Сулайманов, Ж.С. *К проблеме трахеотомии и трахеостомии* / Ж.С. Сулайманов // *Здравоохранение Кыргызстана*. - 2009. - №4. - С. 80-81.
4. Кассиль, В.Л. *Искусственная и вспомогательная вентиляция легких* / В.Л. Кассиль, М.А. Выжигина, Г.С. Леснин. - М., 2009. - 81 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Э.М. Мадаминов, М.Ш. Манасов, Э.Б. Исаев, М.Н. Макеева
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Дать оценку результатам традиционных органосохраняющих операции и результаты метода абдоминализации фиброзной капсулы 180 больных. У 77 больных использован метод капитонажа и инвагинации, оментопластика по Р.П. Аскерханову и у 103 пациентов выполнена абдоминализация. После капитонажа и инвагинации осложнения возникли у 15 (19,5%), а после абдоминализации осложнения у 10 (9,7%). Летальных исходов в обеих группах не было.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, оперативное лечение, осложнения, абдоминализация.

**БООР ЭХИНОКОККОЗУНУН АЗ ЖАБЫРКАТУУЧУ ОПЕРАЦИЯЛАРДАН КИЙИНКИ
НАТЫЙЖАЛАРЫ**

Э.М. Мадаминов, М.Ш. Манасов, Э.Б. Исаев, М.Н. Макеева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)
Жалпы практика хирургия жана комбустиология курсу менен бөлүмү
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 180 бейтаптардын абдоминализация ыкмасы булалуу капсула иш салттуу органдын жыйынтыктарын чыгаруу жана натыйжаларын баалоо. 77 бейтапка Р.П. Аскерханов боюнча ыкмасы менен жасалган жана 103 бейтапка абдоминализация ыкмасы менен жасалган. Операциядан кийинки сезгенүүлөр капитонаж жана инвагинация ыкмасы менен 15 бейтапта (19,5%), 10 бейтапта (9,7%) абдоминализация ыкмасы менен түзүлдү.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, хирургиялык дарылоо, сезгенүүлөр, абдоминализация.

RESULTS OF ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN ECHINOCOCCOSIS OF THE LIVER

E.M. Madaminov, M.Sh. Manasov, E.B. Isaev, M.N. Makeeva
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
(principal – professor I.O. Kudaiberghenova, MD)
General Surgery Department with Combustiology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: To assess the results of traditional organ-preserving surgeries and the results of the method of abdomination of the fibrous capsule in 180 patients. In 77 patients the method of capitonage and invagination was used, omentoplasty according to R.P. Askerkhanov and 103 patients underwent abdomination. After capitonage and intussusception, complications occurred in 15 (19.5%), and after complication abdomination in 10 (9.7%). There were no lethal outcomes in both groups.

Key words: liver, echinococcosis, operative treatment, complications, abdominization.

Введение. Эхинококкоз распространенное заболевание с преимущественным поражением печени, лечение которого хирургическое. Особые затруднения наблюдаются при ликвидации полости фиброзной капсулы, в этом плане используются органосохраняющие (капитонаж, инвагинация, пластика сальником по Р.П. Аскерханову) [1,2] и радикальные (перицистэктомия и резекция печени) [3,4]. Органосохраняющие операции применяются более широко, так как они технически просты, но в ближайшие сроки облитерация полости происходит в длительное время, нередко

формируются желчные или гнойные свищи и остаточные полости которые часто осложняются нагноением. Но самое главное, что после органосохраняющих операции рецидив эхинококкоза отмечается в 10-30% [1].

Радикальные операции более сложны они выполняются в специализированных хирургических отделениях, квалифицированными хирургами и при хорошем обеспечении отделения аппаратурой и инструментарием, но главное преимущества этих операции в том, что рецидив после них не превышает 1% [5,6].

Учитывая преимущества и недостатки органосохраняющих и радикальных операции мы попытались оценить эффективность традиционных органосохраняющих операции и использованного нами метода абдоминализации.

Цель работы: Дать оценку результатам традиционных органосохраняющих операции и методу абдоминализации полости фиброзной капсулы.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находилось 180 больных из них женщин 110, мужчин 70, в возрасте от 20 до 60, а давность заболевания от 6 мес. до 3 лет. В процессе работы нами выделены 2 группы: в первую включены больные, которым полость фиброзной капсулы ликвидирована путем использования метода капитонажа, инвагинации и по Р.П. Аскерханову, а вторую группу составили больные 103, которым выполнена операция абдоминализации полости фиброзной капсулы. Эта методика была разработана А.А. Вишневым в 1956 году [7] для лечения эхинококкоза легких и использована И.К. Ахунбаевым и Н.И. Ахунбаевой [8] также в лечении эхинококкоза легких, но мы эту методику применили в лечении эхинококкоза печени и попытались определить результаты этого метода.

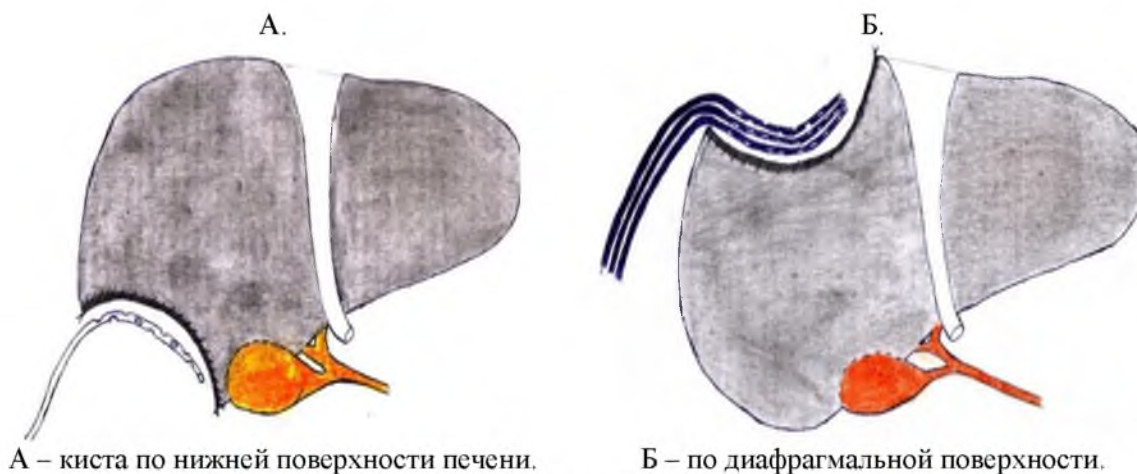
Методика абдоминализации заключается в следующем: после лапаротомии и ревизии печени и органов брюшной полости при выявлении эхинококковых кист место предполагаемой punctии обкладывали салфетками, смоченные одним из сколексоцидных растворов, а затем выполняли punctию и аспирацию содержимого иглой с широким просветом или троакаром, после чего в полость вводили раствор декасана или озонированный раствор и после экспозиции 5-6 минут содержимое аспирировали, затем полость

вскрывали, удаляли хитиновую оболочку и еще раз обеззараживали полость фиброзной капсулы, а затем осуществляли тщательный осмотр полости с целью выявления желчных свищей. При сомнении в полость укладывали на 3-5 минут салфетку марлевую. При наличии свища салфетка пропитывалась желчью, а при отсутствии свища салфетка оставалась бесцветной. Затем иссекали свободные края фиброзной капсулы до печеночной ткани и на края накладывали обвивной гемостатический шов. При выявлении свища его ушивали Z-образными швами и вновь контроль на герметичность. Полость оставляли открытой, она имела вид тарелки, но к ней касательно подводили дренажную трубку и один страховой дренаж в подпеченочное пространство.

В тех случаях, когда в стенке фиброзной капсулы определялись очаги обызвествления, то абдоминализацию дополняли частичной перицистэктомией (удаляли два внутренних слоя фиброзной капсулы).

При диафрагмальной локализации эхинококковых кист также производили эхинококкэктомию по этапно, но полость фиброзной капсулы дренировали связкой дренажей фашина. Схема операции абдоминализации полости фиброзной капсулы дана на рисунке.

Абдоминализацию мы считали показанной при кистах, не превышающих 15 см в диаметре, при краевом расположении кист и при кистах в зоне сегментов, где выполнение капитонажа или инвагинации затруднительно (7-8 сегменты печени) и при расположении кисты, когда выполнение капитонажа или инвагинации представляет риск повреждения крупных сосудов и желчных протоков (1,4 сегментах).



А – киста по нижней поверхности печени. Б – по диафрагмальной поверхности.
Рис. Схема операции абдоминализации.

В обследовании больных, помимо общепринятых методов обследования хирургических больных, использовали УЗИ при поступлении для определения характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнения брюшной и грудной полости, исследовали также функциональное состояние печени и почек. Результаты исследования обработаны путем вычисления относительных величин (%).

Результаты и их обсуждение

Все поступившие больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Оперативный

доступ выбирался в зависимости от локализации эхинококковых кист. При расположении кист в правой доле использовали подреберный доступ в правом подреберье по Федорову, а при расположении в левой доле – верхнесрединный. Обеззараживание кист осуществляли 0,02% раствором декасана обоснованный экспериментально и клинически Алиевым М.Ж. [9] и озонированным раствором 8-10 мкг/мл. обоснованный Максут у. Э. [10]. Типы операции и характер осложнения в ближайшем послеоперационном периоде даны в таблице.

Таблица

Типы операции и осложнения после традиционных методов ликвидации полости фиброзной капсулы и метода абдоминализации

Типы операции	Всего абс. %		из них возникли осложнения					всего
	абс. ч.	%	остаточная полость	желче- истечение	плеврит	нагноение раны	инфильтрат	
Капитонаж	48	62,3	5	1	2	1		9
Инвагинация	23	29,9	2	-	-	1	-	4
Пластика сальником по Р.П. Аскерханову	6	7,8	1	-	1	-	-	2
Итого	77	100,0	8	1	3	3	-	15 (19,5)
Абдоминализация	103	100,0	-	1	6	-	3	10 (9,7)

Анализ течения и результатов оперативного лечения показал, что после органосохраняющих операции типа капитонажа, инвагинации, пластики по Р.П. Аскерханову осложнения возникли у 15 пациентов, что составило 19,5%. Наиболее часто наблюдались такие осложнения как остаточная полость, плеврит и нагноение раны. К моменту выписки в остаточных полостях при УЗИ жидкости не выявлено и они выписаны в удовлетворительном состоянии с рекомендацией явиться на контрольное обследование через 3 месяца, а затем каждые пол года. В отдаленные сроки у одного больного возникло нагноение остаточной полости и он был госпитализирован, произведена пункция под контролем УЗИ и полость дренирована. У остальных больных наблюдение сроком до 2 лет показало, что полости постепенно уменьшались, но у 2 они продолжали оставаться.

Из 103 больных, которым выполнена абдоминализация полости фиброзной капсулы, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде выявлены у 10 больных, что составило 9,7%. Из 10 больных плеврит обнаружен у 6 при локализации кисты в зоне 7-8 сегмента,

желчеистечение отмечено у одного больного которое прекратилось самостоятельно и при контрольном УЗИ скопления жидкости не обнаружено, выписан в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через месяц патологии не обнаружено.

В отдаленные сроки после операции от 1 года до 3 лет обследована 55 больных после капитонажа и инвагинации и рецидив заболевания выявлен у 3 больных (5,4%), а после абдоминализации обследовано 82 и рецидив не обнаружен.

Выводы:

1. В лечении эхинококкоза печени можно использовать методику абдоминализации с соблюдением показаний к выполнению данного оперативного метода лечения.
2. Метод абдоминализации имеет преимущества в том плане, что при нем существенно снижается частота послеоперационных осложнений.
3. Методика абдоминализации не сложна и не требует дополнительных затрат.

Литература

1. Кенжаев, М.Г. Диагностика эхинококкоза и профилактика его рецидива [Текст] / М.Г. Кенжаев, Б.А. Акматов // Бишкек: ОсОО «Медфарминфо». - 2001. - 157 с.
2. Аскерханов, Р.П. Хирургия эхинококкоза [Текст] / Р.П. Аскерханов // Дагестанское книжное издательство. - 1976. - 372 с.
3. Мусаев, А.И. Способы ликвидации фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев // Бишкек: «Медфарминфо». - 1999. - 156 с.
4. Вишневский, В.А. Радикальное лечение эхинококкоза печени, современное состояние проблемы [Текст] / В.А. Вишневский, В.А. Икрамов, Р.З. Кахаров // Бюллетень Сибирской медицины. - 2007. - №3. - С. 22-26.
5. Джоробеков, А.Д. Резекция печени при очаговых заболеваниях [Текст] / А.Д. Джоробеков // Хирургия в условиях равноправия традиций. - 2000. - С. 87-93.
6. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия. - 2003. - №1. - С. 31-36.
7. Вишневский, А.А. К хирургическому лечению эхинококкоза легкого [Текст] / А.А. Вишневский // Вестник хирургии. - 1956. - №11. - С. 74-79.
8. Ахунбаев, И.К. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение [Текст] / И.К. Ахунбаев, Н.И. Ахунбаева // Фрунзе: Кыргызстан. - 1977. - 312 с.
9. Алиев, М.Ж. Эффективность методов обеззараживания полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / М.Ж. Алиев: Автореф. дисс. канд. мед. наук. 14.01.17. Бишкек. - 2015. - 21 с.
10. Максут уулу Эрлан. Озонированный раствор как средство обеззараживания плодоносных элементов эхинококкоза [Текст] / Э. Максут уулу // Вестник хирургии Казахстана. - Алматы, 2010. - №2. - С. 29-38.

СИНДРОМ «ВЛАЖНОГО ЛЕГКОГО».

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ОЦЕНКА (секционная практика)

М.Ш. Мукашев¹, Дукендер у. Н.², Ж.Т. Турганбаев³, Т. Токонов¹

¹ Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра судебной медицины и права

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

² Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ КР

(директор – Кошоков Д.Ж.)

³ Республиканское бюро паталогической анатомии МЗ КР

(начальник – к.м.н., доцент Турганбаев Ж.Т.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводится случай экспертной практики по установлению причинно-следственной связи наступления смерти через 8-9 дней после получения множественных переломов ребер.

Причина смерти имела несколько опосредованных, связанных между собой, патологических процессов с полученной травмой: переломы ребер – болевой синдром – поверхностное парадоксальное дыхание – скопление секрета в бронхах – развитие синдрома «влажного легкого» – нарушение дыхательной функции – нарушения кровообращения – застой в малом круге кровообращения – развитие дыхательной – сердечно-сосудистой недостаточности – смерть.

Ключевые слова: травма, переломы, синдром «влажного легкого», respiratory, cardiovascular failure.

«НЫМДУУ ӨПКӨ» СИНДРОМУ.

СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК БАА БЕРҮҮ (секциялык практика)

М.Ш. Мукашев¹, Дукендер у. Н.², Ж.Т. Турганбаев³, Т. Токонов¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)

² Саламаттык сактоо министрлигинин республикалык соттук-медициналык экспертиза борбору

(башчы – Кошоков Д.Ж.)

³ Саламаттык сактоо министрлигинин паталогиялык анатомия бюросу

(башчы – м.и.к., доцент Турганбаев Ж.Т.)

Корутунду: Макалада эксперттик практикада аныкталган, кабыргасынан көптөгөн жаракат алып, 8-9 күндөн кийин өлүмгө дуушар болгондун себеби көрсөтүлөт. Бири-бири менен кыйыр байланышкан паталогиялык процесстерден алынган, жаракаттардан улам өлүмдүн себеби: кабыргалардын сынышы – оору синдрому, үстүнкү парадоксальк дем алуу – бронхто секреттин топтолушу – “нымдуу өпкө” синдромунун өнүгүшү – дем алуу функциясынын, кан айлануунун бузулушу, кичи айлампада токтошу – дем алуу жана жүрөк кан тамыр жетишсиздиги – өлүм.

Негизги сөздөр: жаракат, сыныктар, «нымдуу өпкө» синдрому, дем алуу, жүрөк кан тамыр жетишсиздиги, паталогиялык процесс, эксперттик практика.

SYNDROME OF “WET LUNG”.

FORENSIC MEDICAL EVALUATION (sectional practice)

M.Sh. Mukashev¹, Dycender u. N.², J.T. Turganbaev³, T. Tokonov¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

(rector – d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.)

² Republic center of Forensic expertise Ministry of Helth of Kyrgyz Republic

(director – Koshocov D.J.)

³ Republic bureau of pathological anatomy Ministry of Helth of Kyrgyz Republic

(chief – c.m.s., docent Turganbaev J.T.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article cites the case of expert practice on establishing the cause-effect relationship of the onset of death 8-9 days after receiving multiple fractures of the ribs.

The cause of death had several mediated, related pathological processes with the visiting trauma fractures of the ribs-pain syndrome-superficial paradoxical breathing-secretion of the secretion in the bronchial tubes development of the “wet lung” syndrome – impairment of the respiratory function-circulating disturbance – stagnation in a small circle – cardiovascular insufficiency – death.

Keywords: trauma, fractures, syndrome of “wet lung”, respiratory, cardiovascular hailing.

Причиной закрытой травмы груди в большинстве случаев являются бытовые и дорожно-транспортные травмы. Прямая травма твердым предметом небольших размеров (ограниченная слеодообразующая поверхность) приводит к перелому ограниченного участка реберной дуги, обычно в месте приложения травмирующей силы при прогибе (сдавлении) ребра или нескольких ребер внутрь грудной клетки. При этом перелом начинается со стороны внутренней пластинки ребра по механизму растяжения, затем на наружной поверхности ребра – по механизму сжатия.

Переломы ребер, если они не множественные, сами по себе не опасны и обычно заканчиваются выздоровлением в сравнительно короткие сроки.

Если же травмирующая сила воздействует на значительной площади или неоднократном воздействии тупых твердых предметов с переломами ребер, то образуется подвижный участок грудной стенки, называемый «реберным клапаном» [1]. Нарушения реберного каркаса, как правило, сопровождаются недостаточностью легочной вентиляции с последующими расстройствами кровообращения. Объем легочной вентиляции уменьшается даже при единичных переломах ребер, особенно у пожилых лиц. Задержка кашля из-за болей приводит к скоплению секрета в бронхиальном дереве, еще больше уменьшается легочная вентиляция, и создаются условия для развития синдрома «влажного легкого». Особенно опасны в этом отношении множественные переломы ребер, реберные клапаны, проявляющиеся парадоксальным дыханием, когда подвижный фрагмент грудной стенки совершает движения, обратные дыхательным колебаниям всей грудной клетки. В момент вдоха реберный клапан втягивается, а в момент выдоха выступает наружу. При этом концы обломков соприкасаются друг с другом, вызывая болевой синдром с резким нарушением легочной вентиляции с сокращением притока крови к правому предсердию и повышением давления в малом круге кровообращения [1].

Повторная травматизация концов обломков ребер, которая имеет место при дыхательных движениях, имеет определенные морфологические признаки, используемые в судебно-медицинской практике для установления давности причинения переломов и сроков переживания человека при смертельных случаях [2]. Этими признаками могут служить: выкрашивание концов отломков, шлифование их краев, образование площадок, отгибание компактной части кости, смятие губчатого вещества. В нашей судебно-медицинской

практике имел случай экспертизы трупа, и его приведем в качестве секционного случая.

Заключение №158 (экспертиза по материалам дела) от 8.04.2015 г. Из постановления следователя известно, что 20.08.14 г. в отдел внутренних дел поступило сообщение о скоропостижной смерти гр. И.В., 1963 г.р., а 22.08.14 г. в прокуратуру района обратился сын покойного о принятии мер в отношении сотрудников районного отделения милиции, которые 12.08.14 г. беспричинно избили его отца, гр. И.В. Было возбуждено уголовное дело в отношении сотрудников милиции по статье 305 ч. 2 УК КР (превышение должностных полномочий) [3]. По результатам судебно-медицинской экспертизы труп смерти гр. И.В. наступила от «полиорганной недостаточности, развившейся в результате хронического активного гепатита и алкогольной кардиомиопатии», при наличии переломов 6 ребер и других телесных повреждений причинной связи смерти с травмой не устанавливается.

При судебно-медицинском исследовании трупа гр. И.В. обнаружены переломы 7,8,9 ребер по передне-подмышечной линии и 10,11,12 ребер справа по задне-подмышечной линии без повреждения ткани легкого. В мягких тканях передне-боковой поверхности грудной клетки на уровне 7,8,9 ребер по средне-подмышечной линии кровоизлияние темно-красного цвета размером 5×6 см (взято на судебно-гистологическое исследование).

20.11.2014 г. назначена комиссия судебно-медицинская экспертиза (заключение №697) с эксгумацией трупа. Дополнительно обнаружен перелом 9 ребра слева по передне-подмышечной линии. При повторном просмотре судебно-гистологических стеклопрепаратов (№1883, 13-14 от 15.04.2015 г.) органов и тканей, взятых при первичном судебно-медицинском исследовании трупа гр. И.В., выявлены: легкие – нарушение воздушности (дистелектаз) – участки эмфизематозные, чередуются ателектатическими. В просвете многих альвеол отечная жидкость богатая белками (рис. 1), по ходу бронхов и в просвете части альвеол воспалительные инфильтраты. Кровеносные сосуды застойны, полнокровны (рис. 2). Фрагмент произвольной мышечной ткани: значительная лимфо-лейкоцитарная инфильтрация и отек между мышцами, умеренное разрастание грануляционной ткани, некроз части клеток и соединительной ткани. Вывод: отек легких, бронхит, начинающаяся очаговая пневмония. Флегмонозное воспаление с некрозом тканей. Печень: выраженная дистрофия гепатоцитов. Некроза гепатоцитов и мезенхимальной реакции нет.

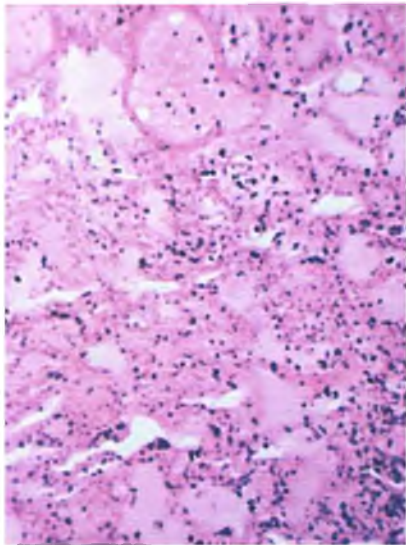


Рис. 1. Утолщение межальвеолярных перегородок (из-за отека), накопление отечной жидкости в полостях альвеол.

Ув. 240. Окр. гематоксилин-эозин.

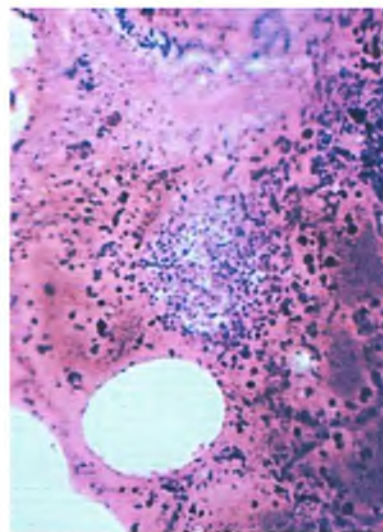
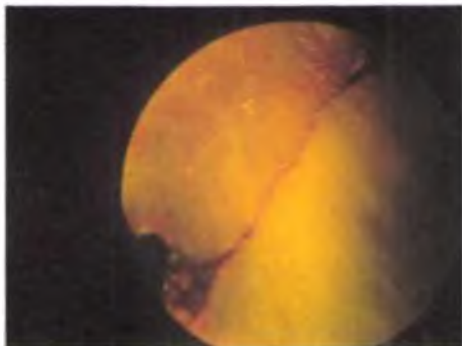


Рис. 2. Кровоизлияние в альвеолы, отек. Лимфоидно-лейкоцитарная инфильтрация стромы сращенный эпителий в альвеолах.

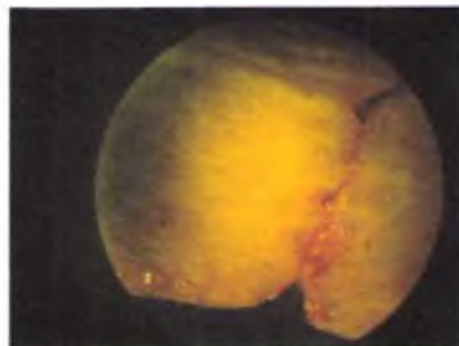
Ув. 240. Окр. Гематоксилин-эозин.

При медико-криминалистическом исследовании (акт №38 от 08.04.15 г.) отломков ребер, изъятых при эксгумации трупа, установлено: 7,8,9,10,11 ребра – на внутренней костной пластинке края перелома ровные, отвесные, мелко-

зубчатые, хорошо сопоставимые. Имеется сглаживание микронеровностей в прикраевом участке перелома, при косом освещении отмечается блестящая площадка (рис. 3-6), образование дополнительного отломка.

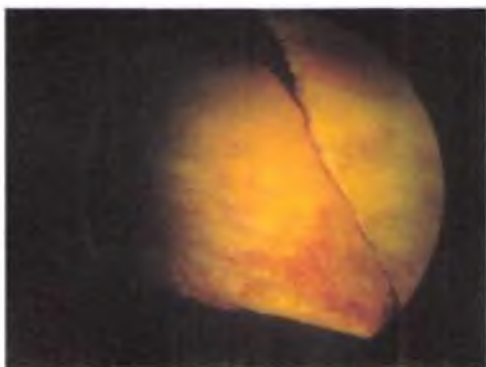


Внутренняя костная пластинка.

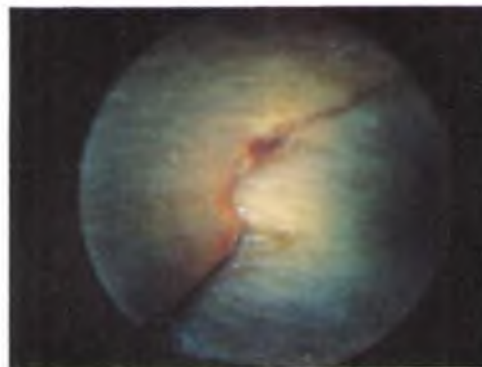


Наружная костная пластинка.

Рис. 3. 7-е ребро справа. Сглаживание микронеровностей, блестящая площадка.



Внутренняя костная пластинка.

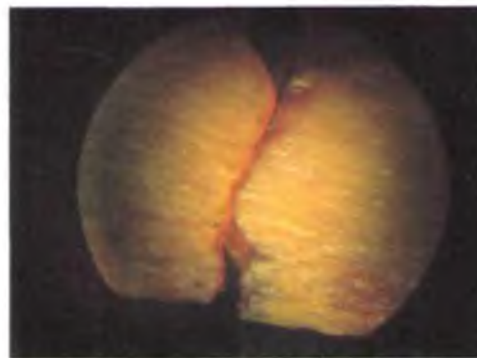


Наружная костная пластинка.

Рис. 4. 8-е ребро справа. Образование дополнительного отломка.



Внутренняя костная пластинка.

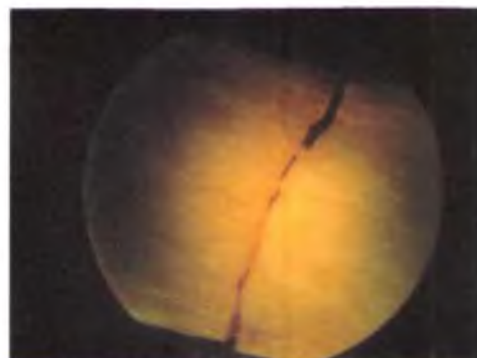


Наружная костная пластинка

Рис. 5. 9-е ребро справа.



Внутренняя костная пластинка.



Наружная костная пластинка.

Рис. 6. 10-е ребро справа.

Выявленная сглаженность краев переломов (выкрашивание), зашлифованность по краям и образование площадки в концах отломков свидетельствует о неоднократных трениях концов отломков при дыхательных движениях в течение определенного промежутка времени, исчисляемого несколькими сутками. О временном промежутке говорит и флегмонизация очагов кровоизлияний в мягких тканях в проекции переломов ребер и развитие явлений бронхита и пневмонии.

Таким образом, в данном случае имела место дважды опосредованная причинно-следственная связь наступления смерти гр. И.В. и причинением телесных повреждений в виде множественных переломов ребер (6 справа и 1 слева): переломы – болевой синдром – поверхностное пар-

доксальное дыхание – скопление секрета в бронхах – развитие синдрома «влажного легкого» – нарушение дыхательной функции – нарушение кровообращения – застой в малом круге кровообращения – развитие дыхательной – сердечно-сосудистой недостаточности – смерть.

Литература

1. Краснов, А.Ф. Повреждения груди/ А.Ф. Краснов, В.М. Аршин, М.Д. Цейтлин // Справочник по травматологии. - М.: Медицина, 1984. - С. 346-348.
2. Диагностикум механизмов и морфологии переломов при тупой травме скелета / Отв. редактор Крюков В.Н. – Новосибирск: «Наука», 2011. - С. 130-177.
3. Уголовный Кодекс Кыргызской Республики. - Бишкек, 2015.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КИШЕЧНЫМИ АНАСТОМОЗАМИ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

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

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Мусаев А.И.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен ретроспективный анализ историй болезни 67 больных с кишечными анастомозами. Мужчин было 42, женщин 25, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя $62 \pm 1,7$ лет. Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные. В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных.

Ключевые слова: несостоятельность кишечного анастомоза, перитонит.

**ИЧЕГИ-КАРЫН АНАСТАМОЗУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН ТАЛДОО**

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)

Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы

(кафедра башчысы – м.и.д., профессор А.И. Мусаев)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ичеги-карын анастомоздору менен ооруган 67 оорулунун оору баянына ретроспективдүү анализ жүргүзүлгөн. 42 эркек, 25 аял болгон, оорулунун курагы 25тен 78 жашка чейин термелген, орточо $62 \pm 1,7$ жашты түздү. Бардык оордошуп кетүүлөр 11 (16,3%), анын ичинде жараат, интра жана экстра абдоминалдык. Операциядан кийинки мезгилде 67 бейтаптын ичинен алтоондо (8,9%) ичеги-карын тигиштеринин кудуретсиздиги белгиленген, 2 (2,9%) оорлуу каза болгон.

Негизги сөздөр: ичеги-карын анастомозунун кудуретсиздиги, перитонит.

**ANALYSIS OF THE RESULTS OF TREATMENT
OF PATIENTS WITH INTESTINAL ANASTOMOSIS**

A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Sayfulaev

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbayev

(rector – dms, professor Kudaibergenova I.O),

Department of General Surgery with a course of combobiology

(the head of the department is d.m.s., professor Musaev A.I.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: A retrospective analysis of the case histories of 67 patients with intestinal anastomoses was carried out. There were 42 males and 25 females, the age of patients ranged from 25 to 78 years, an average of 62 ± 1.7 years. Total complications revealed 11 (16.3%), including wound, intra- and extra-abdominal. In the post-operative period, inconsistency of the intestinal sutures was noted in 6 (8.9%) of 67 patients, 2 (2.9%) died.

Key words: insufficiency of intestinal anastomosis, peritonitis.

Введение.

Значительная часть оперативных вмешательств на органах брюшной полости сопровождаются вскрытием и ушиванием кишечника, который содержит большое количество различных патогенных микроорганизмов. В связи с этим, послеоперационное заживление раны кишечника протекает в условиях обильного бактериального загрязнения [1,2].

По данным литературы, осложнения в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на толстом кишечнике отмечаются в 19-25 % [3,4].

Убедительно доказано, что одной из причин развития несостоятельности кишечного шва с последующим развитием послеоперационного перитонита является так называемая биологическая негерметичность. Повышенная проницаемость

кишечных швов предъявляет особые требования к их наложению и укреплению, а решение вопроса о профилактике несостоятельности кишечного шва остаётся до сих пор одной из актуальных проблем современной хирургии.

Одним из тяжелейших осложнений, приводящих к развитию гнойно-септических процессов в брюшной полости, является несостоятельность швов анастомоза, развивающаяся в 4-17% случаев [5,6]. Летальность при несостоятельности швов анастомоза достигает 89% и не имеет тенденции к снижению [7].

Высокий процент осложнений вынуждает хирургов искать новые методы, повышающие надежность кишечных швов.

Цель – Провести анализ историй болезни больных с несостоятельностью кишечных анастомозов.

Материалы и методы

Было проанализировано историй болезней 67 пациентов, перенесших операции на кишечнике, выполненные в хирургических отделениях ГКБ №1 в период с сентября 2010 по сентябрь 2017 гг.

Среди больных было 42 (62,6%) мужчин и 25 (37,4%) женщин, возраст больных колебался от 25 до 78 лет, в среднем составляя 62±1,7 лет.

Характеристика пациентов по полу и возрасту представлена в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
До 45	4 (9,5%)	3 (12%)	7 (10,4%)
45-59	11 (26,2%)	8 (32%)	19 (28,4%)
60-74	19 (45,3%)	9 (36%)	28 (41,8%)
75 и старше	8 (19%)	5 (20%)	13 (19,4%)
Итого	42 (62,7%)	25 (37,3%)	67 100%

Сопутствующие заболевания выявлены у 56 пациентов из 67, причем, у 24 (35,8%) имелось одно тяжелое сопутствующее заболевание, у остальных больных наблюдались два и более сопутствующих заболевания. Преобладали хронические сердечно-сосудистые заболевания в стадии субкомпенсации (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь II-III ст.) – 41 пациент, инфаркт миокарда в анамнезе отмечен у 3, заболевания легочной системы были у 19 пациентов,

у 12 пациентов была анемия (Hb<90 г/л), желчно-каменная болезнь у 11, сахарный диабет II типа у 12, ОНМК в анамнезе у 2 пациентов, заболевания мочеполовой системы у 16.

32 больных оперировано по экстренным показаниям, остальные 35 в плановом порядке. Всем больным кроме хирургического лечения проводилась консервативная терапия.

Распределение больных по заболеваниям органов брюшной полости представлено в таблице 2.

Таблица 2

Распределение хирургической патологии органов брюшной полости

Заболевание	Всего	
	абс.	%
Дивертикулит подвздошной кишки с перфорацией	3	4,5
Рак толстого кишечника	8	11,9
Ранение с повреждением тонкой кишки	9	13,5
Ранение с повреждением толстой кишки	3	4,5
Мезентериальный тромбоз с гангреной тонкой кишки	2	2,9
Долихосигма	19	28,4
Ущемление вентральных грыж с некрозом тонкого кишечника	8	11,9
Гемангиома тонкого кишечника	1	1,5
Болезнь Крона	3	4,5
Острая кишечная непроходимость с гангреной кишечника	11	16,4
Всего	67	100%

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом. Характер выполненных операций

на органах брюшной полости представлен в таблице 3.

Таблица 3

Характер оперативных вмешательств

Виды операций	Всего	
	абс.	%
Гемиколэктомия	13	19,4
Резекция сигмовидной кишки	23	34,4
Резекция тонкой кишки	24	35,8
Ушивание ран тонкого кишечника	4	5,9
Ушивание ран толстого кишечника.	3	4,5
ИТОГО	67	100%

При наложении анастомозов на органах желудочно-кишечного тракта использовалась стандартная методика наложения двухрядного шва по Альберту.

Виды анастомозов, сформированных у пациентов, представлены в таблице 4.

Таблица 4

Виды анастомозов у пациентов

Операция	всего	
	абс.	%
Тонко-тонкокишечный анастомоз	31	46,3
Толсто-тонкокишечный анастомоз	17	25,4
Толсто-толстокишечный анастомоз	19	28,3
Всего	67	100

Результаты и их обсуждение

В послеоперационном периоде несостоятельность кишечных швов отмечена у 6 (8,9%) из 67 пациентов, умерло 2 (2,9%) больных. Осложнение развивалось обычно на 5-6-ые сутки после операции. Одним из первых проявлений несостоятельности кишечного анастомоза было развитие перитонита и выход кишечного содержимого по дренажным трубкам. Трое больных из шести с несостоятельностью кишечных швов были оперированы по поводу острой кишечной непроходимости с некрозом тонкого и толстого кишечника, наложены тонко-тонкокишечный и тонко-толстокишечный анастомозы. При релапаротомии выявлена несостоятельность межкишечного анастомоза с продолжающейся гангреной анастомозированного участка, диффузный перитонит. Также несостоятельность кишечного анастомоза отмечена по одному случаю у больных с долихосигмой и раком толстого кишечника, где были

наложены толсто-толстокишечный анастомоз и илеотрансверзоанастомоз.

Один больной с сегментарным тромбозом тонкой кишки с гангреной 1,5 м подвздошной кишки, была выполнена резекция 2 м кишки с анастомозом «бок-в-бок». На повторной операции отмечен продолженный тромбоз с ишемией кишки выше и ниже анастомоза. Была выполнена субтотальная резекция тонкой кишки. Больной умер на 5-е сутки от продолжающего перитонита и полиорганной недостаточности.

У 2-го умершего пациента после оперативного вмешательства по поводу рака толстого кишечника обнаружена несостоятельность илеотрансверзоанастомоза на фоне токсического шока, запущенного перитонита. Больной умер на 6 сутки после релапаротомии от полиорганной недостаточности и раковой интоксикации.

Итоговая оценка осложнений и летальности представлена в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика осложнений и летальности

Показатель	Всего	
	абс.	%
Раневые осложнения:	2	2,9
Нагноение лапаротомной раны	2	2,9
Интраабдоминальные осложнения	7	10,5
Несостоятельность анастомоза, перитонит	6	8,9
Кровотечение	1	1,5
Экстраабдоминальные осложнения:	2	2,9
Полиорганная недостаточность	2	2,9
ИТОГО	11	16,3%
Летальность	2	2,9%

Всего осложнений выявлено 11 (16,3%), в том числе раневые, интра- и экстраабдоминальные.

Таким образом, ретроспективный анализ историй болезни больных выявил 8,9% несостоятельности кишечных анастомозов при оперативных вмешательствах в экстренном порядке и на фоне системных нарушений, обусловленных перитонитом и раковым процессом, тяжестью сопутствующей патологии и полиморбидности. Анализируя характер течения послеоперационного периода, необходимо отметить, что процент осложнений и летальности (2,9%) довольно высок.

Отсутствие достаточного числа исследований, посвященных профилактике несостоятельности кишечных анастомозов, является причиной того, что нет четких указаний по проведению превентивных мер данного осложнения при наложении кишечных соустьев.

Литература

1. Запорожец, А.А. Послеоперационный перитонит / А.А. Запорожец, - Минск, 1974. - С. 93-103.
2. Кишечный шов / [В.И. Корепанов и др]. - М.: РМАПО, 1995. - 74 с.
3. Morks, A.N. Can intraluminal devices prevent or reduce colorectal anastomotic leakage: A review / A.N. Morks, K. Havenga, R.J. Ploeg // *World J. Gastroenterol.* - 2011 October 28. - Vol. 17 (40). - P. 4461-4469.
4. Systematic review of laparoscopic vs open colonic surgery within an enhanced recovery programme / [M.S. Vlug et al.] // *Colorectal. Dis.* - 2009 May. - Vol. 11 (4). - P. 335-43.
5. Агаев, Э.К. Несостоятельность швов кишечных анастомозов у больных после экстренной и неотложной резекции кишки / Э.К. Агаев // *Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова.* - 2012. - №1. - С. 34-37.
6. Sajid, M.S. Single layer versus double layer suture anastomosis of the gastrointestinal tract / M.S. Sajid, M.R. Siddiqui, M.K. Baig // *Cochrane Database Syst. Rev.* - 2012. - Vol. 18. - P. 1.
7. Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник и др.] // *Фундаментальные исследования.* - 2014. - №7. - С. 177-180.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

А.И. Мусаев¹, Б.С. Ниязов², Д.С. Ибраимов¹, Б.О. Сайфулаев¹, Н.У. Ибраимов¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

² Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты 22 больных с инфицированным панкреонекрозом, которые были оперированы с применением медикаментозной терапии до и после операции. Контрольная группа (10 чел) получали традиционную терапию, а больным основной группы включены антибиотико-лимфотропная смесь, местная и общая озонотерапия (12 чел). Лучшие результаты получены во второй группе.
Ключевые слова: Поджелудочная железа, панкреонекроз, осложнения, оперативное лечение, общая и местная озонотерапия, лимфотропная терапия.

**ИРИЦДҮҮ ПАНКРЕОНЕКРОЗ ДАРТЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО**

А.И. Мусаев¹, Б.С. Ниязов², Д.С. Ибраимов¹, Б.О. Сайфулаев¹, Н.У. Ибраимов¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу боюнча

Кыргыз мамлекеттик медициналык институту

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Операциядан мурун жана кийин медикаментоздук терапия колдонуу менен операция болгон ириңдүү панкреонекроз дарты менен ооруган 22 бейтаптын дарылоонун натыйжасы көрсөтүлгөн. Байкоо тобунда (10 адам) салттуу түрдөгү терапия алган, ал эми негизги топтогу бейтаптарга антибиотикалык-лимфотроптук кошулма менен дарыланды, орундуу жана жалпы озонотерапия (12 адам). Жакшы натыйжа экинчи тобунан алынды.

Негизги сөздөр: Уйку беzi, панкреанекроз, өтүшсүү, жалпы жана жергиликтүү озон терапия, лимфотропикалык терапиясы.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREONECROSIS

A.I. Musaev¹, B.S. Niyazov², D.S. Ibraimov¹, B.O. Sayfulaev¹, N.U. Ibraimov¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

² Kyrgyz State Medical Institute for Refresher Course and Advanced Professional Training
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Results of 22 patients with pancreatonecrosis, which were operated with the use of drug therapy before and after the operation, are given. The first group (10 patients) received traditional therapy, and patients of the second group included antibiotic-lymphotropic mixture and total ozonotherapy (12 people). The best results were obtained in the second group.

Key words: Pancreas, pancreatic necrosis, complications, surgical treatment, general and local ozone therapy, lymphotropic therapy.

Введение. Проблема острого панкреатита является самой сложной в неотложной хирургии. В последние годы значительно увеличилось количество больных с острым панкреатитом. По частоте госпитализации в ургентной хирургии это заболевание вышло на одно из первых мест [1,3,11]. Одним из осложнений острого панкреатита является развитие панкреонекроза, который представляет сложную проблему и нередко сопровождается летальным исходом [2,12]. Ранее диагностика панкреонекроза была сложна, но с появлением ультразвукового исследования (УЗИ) значительно улучшилась их диагностика,

а использование компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) дают возможность определить не только размеры и локализацию некротического очага, но и отношение воспалительного очага к окружающим тканям и сосудам [5,8].

Несмотря на достижения современной панкреатологии, остаются полностью не решенными вопросы выбора метода лечения острого панкреатита, особенно его перехода от острой на инфицированную форму с последующим развитием панкреонекроза [6,10]. Нет единого подхода к ме-

рам профилактики осложнений этого заболевания, что имеет большое значение при выборе срока и тактики оперативного лечения [4,7,9].

Учитывая частоту осложнений и летальности при панкреонекрозе, продолжается поиск наиболее эффективных методов профилактики и лечения, которые бы позволили улучшить исход заболевания.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом, путем включения в комплекс оперативного лечения антибиотико-лимфотропной смеси, местной и общей озонотерапии.

Материал и методы обследования

В городской клинической больнице №1 г. Бишкек находилось 239 больных, поступивших с диагнозом: острый панкреатит. Лечение начинали с консервативной терапии, которая включала базисную и специализированную терапию. Из них в процессе наблюдения у 22 больных выявлен панкреонекроз и его осложнения, требовавшие оперативного лечения. Из 22 пациентов, женщин было 12 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин - 10 в возрасте от 36 до 76 лет. Давность заболевания составляла от 2 до 5 суток. Ведущим этиологическим фактором панкреонекроза явилось систематическое употребление алкоголя (12 чел.), а у ряда больных (4 чел.), ранее не употреблявших алкоголь, болезнь развилась после приема обильной жирной и острой пищи, и у (6 чел.) длительно страдающих калькулезным холециститом.

В установлении диагноза панкреонекроза использовали следующий комплекс диагностических методов включающий: общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы, (общий анализ крови, общий анализ мочи, общий билирубин, аланинаспартаза, аланинтрансфераза, общий белок, С – реактивный белок, глюкоза и амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Оперировано 22 больных, из них 10 в послеоперационном периоде получали традиционную комплексную терапию, а 12 больных наряду с традиционным лечением получали непрямую антибиотико-лимфотропную, общую и местную озонотерапию.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов лечения больных контрольной и основной групп показал, что оперативному лечению больные подвергались при неэффективности комплексной консервативной терапии,

прогрессировании степени тяжести эндотоксикоза и присоединении явлений перитонита, в таких случаях проводимая предоперационная подготовка, явилась продолжением медикаментозной терапии, включавшей дезинтоксикационную, антисекреторную, антиферментную, спазмолитическую, обезболивающую и симптоматическую терапию.

Все они с момента поступления получали консервативное лечение объемом, предусмотренным степенью тяжести эндотоксикоза. После динамического наблюдения и выявления осложнений были выполнены следующие операции:

- лапаротомное дренирование сальниковой сумки у 6 больных;
- лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости у 4;
- лапаротомия, оментобурсостомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому у 5;
- лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия с перитонеальным диализом поджелудочной железы, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому, оментобурсостомия, дренирование забрюшинного пространства, сальниковой сумки и брюшной полости у 7 больных.

Необходимо отметить, что у всех больных была тяжелая степень эндотоксикоза и у каждого из них было по 4 признака синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), гипер- или гипотермия, тахипноэ или гипокания, тахикардия, лейкоцитоз или лейкопения, что требовало комплексной терапии для коррекции синдрома и ликвидации возникших осложнений.

Из 22 больных у 6 было выполнено лапаротомное дренирование сальниковой сумки, показанием к выполнению этой операции служило ухудшение общего состояния, выражающееся в повышении температуры, повышении лейкоцитоза с резким снижением количества лимфоцитов на фоне уже несколько дней стабилизировавшегося состояния и главное, что в сальниковой сумке при УЗИ обнаруживался выпот, поджелудочная железа теряла четкость ее контуров и структура была неоднородная. Учитывая данные клиники, лабораторных и инструментальных исследований, этим больным было выполнено дренирование сальниковой сумки, доступ был верхне-срединный. После лапаротомии вскрывали желудочно-ободочную связку, осматривали поджелудочную железу от головки до хвоста и

оценивали изменения железы. В окружающую клетчатку железы вводили 0,5% раствор новокаина с ингибиторами протеаз, полость сумки осушали и дренировали двумя встречными дренажами с дополнительными боковыми отверстиями, уложенными касательно к телу железы и выводили дренаж в правую и левую области подреберья. Листки рассеченной связки ушивали. К концу операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор для введения антибиотико-лимфотропной смеси, по методу разработанному С.У. Джумабаевым и соавт., (1997) [4], которая состояла из цефазолина или цефтриаксона 1,0; гепарина 70 ед на кг веса тела, тактивина 1 мл, 2 мл прозерина, лидазы 8-12ед на 15-20 мл 0,5% раствора новокаина. Смесь один раз вводили в момент операции, а в послеоперационном периоде смесь вводили 1 раз в сутки на протяжении 4-5 дней. Брюшную полость дренировали.

После операции выполняли весь объем медикаментозной терапии как при тяжелой степени эндотоксикоза и в комплекс лечения включали внутривенное введение озонированного физиологического раствора хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл – 400 мл ежедневно на протяжении 5-6 дней. Состояние постепенно улучшалось, нормализовалась температура тела, исчезал болевой синдром. Среднее пребывание в стационаре составило 14,8±1,12 койко-дней.

У 4 больных на фоне выполняемого медикаментозного лечения состояние ухудшалось, повысилась температура тела, ухудшились показатели крови, а при УЗИ была обнаружена жидкость не только в сальниковой сумке, но и в брюшной полости, что явилось показанием для лапароскопической санации, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости. В момент лапароскопии проводили некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, промывали полость сальниковой сумки 0,02% раствором декасана, затем дренировали, далее брюшная полость после санации и промывания озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл также завершалась ее дренированием. После операции полость сальниковой сумки и брюшную полость орошали озонированным раствором и усиливали антиферментную и противовоспалительную терапию. У 3 из них нам удалось добиться выздоровления, а одна больная умерла от полиорганной недостаточности. Она была ранее оперирована по поводу острого калькулезного холецистита, в момент операции изменений со стороны поджелудочной железы не обнаружено, произведена холецистэктомия и дренирование брюшной полости. Через

две недели после операции усилились боли в животе, повысилась температура тела, резко ухудшилось состояние, повысился уровень лейкоцитов с нейтрофильным сдвигом. При УЗИ обнаружено увеличение поджелудочной железы, ее неоднородность и наличие жидкости в сальниковой сумке, брюшной полости, в обеих плевральных полостях. Выполнялись плевральные пункции и массивная медикаментозная терапия, произведена эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости, но из-за выраженного воспалительного процесса, сальниковую сумку дренировать не удалось. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, нарастали явления полиорганной недостаточности, которые и явились причиной смерти больной.

У 5 больных была выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по А.В. Вишневному, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, оментобурсостомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Показанием к выполнению этой операции было ухудшение состояния больных и выявление признаков деструктивного панкреатита. У 4 из них удалось добиться выздоровления, но требовалось длительное и массивное использование медикаментозных средств. Сущность операции в том, что она позволяет отграничить очаг деструкции в поджелудочной железе от прилегающих органов и тканей, защитить забрюшинную клетчатку от воздействия панкреатического сока и токсинов при этом предотвращается всасывание ферментов и продуктов распада, сохраняется поджелудочная железа. Эта операция выполнялась при геморрагическом и при жировом панкреонекрозе.

После верхне-срединной лапаротомии рассекали желудочно-ободочную связку, выполняли осмотр поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, рассекали брюшину вдоль нижнего края поджелудочной железы, тупо выделяли заднюю поверхность железы из забрюшинной клетчатки, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, оментобурсостомия, затем дренировали сальниковую сумку и брюшную полость.

Самую тяжелую группу составили 7 больных, которые были оперированы по поводу осложненных форм панкреатита, которым мы выполнили деперитонизацию, абдоминализацию и некрсеквестрэктомия с перитонеальным диализом поджелудочной железы, холецистэктомия, дренирование холедоха по А.В. Вишневному, оментобурсостомия, дренирование забрюшинного про-

странства, сальниковой сумки и брюшной полости. Из этой группы больных, благодаря комплексу мер медикаментозной терапии у 5 больных удалось добиться выздоровления.

Наблюдение за данной группой показывает сложности течения острого панкреатита, возникновение нескольких осложнений, необходимости тщательного наблюдения и выполнения комплексного лечения, а при возникновении осложнений – проведения повторной операции. Наблюдение за динамикой признаков синдрома системной воспалительной реакции показало, что по мере выполнения мер их коррекции, идет снижение количества признаков этой реакции, а их нарастание указывает на возникновение осложнений, которые требуют выяснения причин увеличения ее признаков и выполнения их коррекции.

После любого оперативного вмешательства, несмотря на комплекс мер профилактики, довольно часто возникали осложнения, значительно отягчающие состояние больных. У всех оперированных имело место не менее 3 признаков ССВР.

Из 22 оперированных у 12 отмечены осложнения, всего осложнений было 16, из них у 4 больных было по два осложнения. Учитывая большую частоту осложнений, мы с целью их своевременного выявления каждые 1-2 дня выполняли УЗИ и через 3 дня необходимые лабораторные исследования.

Наиболее часто возникали плевриты, их диагностика не вызывала затруднений и при выявлении выпота в плевральной полости выполняли плевральные пункции до прекращения выпота, у одной больной был двухсторонний плеврит.

По два наблюдения отмечено возникновение поддиафрагмального абсцесса, абсцесса сальниковой сумки и возникновение толстокишечного свища. Возникшие осложнения у большинства удалось ликвидировать использованием медикаментозной терапии, а у 2 больных потребовалась

повторная операция в связи с выявлением абсцесса сальниковой сумки. Абсцесс поддиафрагмального пространства излечен его пункцией и дренированием под контролем УЗИ.

Возникший толстокишечный свищ существенно повлиял на течение заболевания, у одного привел к истощению и усугублению полиорганной недостаточности, что явилось причиной смерти, а у второго свищ самостоятельно закрылся. Это осложнение было у одного больного после операции деперитонизации и абдоминализации поджелудочной железы и у второго после деперитонизации, абдоминализации ПЖ, оментобурсостомии и дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

После операции умерло 4 больных, в основном от нарастающего эндотоксикоза и полиорганной недостаточности. Двое из них поступили с явлениями перитонита развившегося на почве панкреатита, после проведенной медикаментозной терапии они были оперированы, а после вмешательства выполняли тот же объем терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза. У двух больных операция выполнена в связи с прогрессированием и возникновением осложнений. Среднее пребывание в стационаре у оперированных по поводу острого панкреатита составило $14,8 \pm 1,22$ койко-дней, а у больных с осложнениями $21,4 \pm 1,18$ койко-дней.

В этой группе больных мы проследили за динамикой показателей ССВР и при этом отметили, что перед операцией у всех больных имело место их наличие (у 18 – все 4 признака, а у 4 по 3 признака). В послеоперационном периоде у большинства больных на 3 сутки сохранялись 4 или 3 признака, а по мере увеличения срока послеоперационного периода, количество признаков уменьшалось. Поскольку у 12 из 22 оперированных больных возникли осложнения, то мы проследили за динамикой ССВР у больных с благоприятным исходом и у больных с возникшими осложнениями.

Таблица

Динамика синдрома системной воспалительной реакции у больных с неосложненным и осложненным послеоперационным течением

Группы	Сроки обследования	Количество признаков			
		4	3	2	1
Неосложненное течение (n-10)	до операции	8	2	-	-
	3 сутки	6	2	2	-
	6 сутки	4	1	3	2
	12 сутки	-	1	-	-
Осложненное течение (n-12)	до операции	10	2	-	-
	3 сутки	6	4	2	-
	6 сутки	8	2	2	-
	12 сутки	3	2	5	2

Анализ полученных результатов показал, что послеоперационный период протекал с выраженными явлениями эндотоксикоза, особенно у больных с возникшими осложнениями. Использование комплекса лечения, с учетом степени тяжести эндотоксикоза в сочетании с лимфотропной терапией способствует коррекции ССВР, но несмотря на комплекс терапии у 4 больных нарастали явления полиорганной недостаточности, у них сохранялись признаки ССВР, что подтверждает неблагоприятный исход болезни.

Осложнения возникли у 12 больных, всего осложнений 16, из них у 4 пациентов было по 2 осложнения, умерло 4, основной причиной смерти была полиорганная недостаточность.

Выводы:

1. При поступлении больных с острым панкреатитом лечение следует начинать с комплексной медикаментозной терапии, включающую базисную и специализированную терапию, а также ввести динамическое наблюдение с целью выявления осложнений, требующих оперативного вмешательства.
2. При оперативном лечении необходимо использовать введение региональной антибиотико-лимфотропной смеси, местную и общую озонотерапию которые позволяют предотвратить гнойно-септические осложнения.

Литература

1. Багненко, С.Ф. Острый панкреатит – современное состояние проблемы и нерешенные проблемы [Текст] / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. - 2008. - Т.3. - №3. - С. 104-112.
2. Дарвин, В.В. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение [Текст] / В.В. Дарвин // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - Том 19, №4. - С. 76-83.
3. Горбачев Н.Б. Анализ лечения острого панкреатита и панкреонекроза [Текст] / Н.Б. Горбачев, В.Е. Хитрихеев, Ж.Б. Очиров // Бюллетень

Восточно-Сибирского научного отделения Российской Академии медицинских наук. - 2005. - №3. - С. 336-337.

4. Джумабаев, С.У. Лимфотическая терапия в хирургии желудка [Текст] / С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаева // Ибн-Сина. - 1997. - 208 с.
5. Малоинвазивные вмешательства в лечении больных с локализованными инфицированными формами панкреонекроза [Текст] / [И.С. Малков, А.М. Зайнутдинов, А.П. Киришин и др.] // Анналы хирургии. - 2005. - №4. - С. 47-50.
6. Новые методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений панкреонекроза [Текст] / [П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, А.Л. Локтионов и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение. - 2012. - С. 56.
7. Пекарев О.Г. Состояние гемо и лимфостимуляции при обострении хронического воспалительного процесса органов малого таза у женщин в условиях коррекции [Текст] / О.Г. Пекарев, М.С. Любарский, Т.С. Овсянникова // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2010. - №3. - С. 12-20.
8. Прудков, М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита [Текст] / М.И. Прудков, С.А. Совцов // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т. 7, №1. - С. 220-221.
9. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial [Text] / [R. Isenmann, M. Runzi, M. Kron et al.] // Gastroenterology. - 2004, Apr. - Vol. 126, №4. - P. 997-1004.
10. Medical treatment of acute pancreatitis/ [J. Mayerle, P. Simon, M. Lerch et al.] [Text] // Gastroenterol Clin N Am. - 2004. - Vol. 33. - P. 855-869.
11. Muniraj, T. Endoscopic management of pancreatic fluid collections [Text] / T. Muniraj, P.A. Jamidar, W.H. Nealon // J. Clin Gastroenterol. - 2016. - Vol. 19. - P. 275-287.
12. Pocard, M. CT of acute pancreatitis: a matter of time [Text] / M. Pocard, P. Soyer // Diag. Interv. Imag. - 2015. - Vol. 96, №2. - P. 129-131.

**РАДИКАЛЬНЫЕ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ
ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ И ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ**

Б.С. Ниязов¹, М.Ж. Алиев², К.А. Гапуров², Т.А. Калыбеков²

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
(ректор – д.м.н., профессор Т.Ч. Чубаков),

² Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор И.О. Кудайбергенова)

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: представлены результаты оперативного лечения эхинококкоза печени у 188 больных, которым выполнены радикальные операции (42 чел.) и органосохраняющие (146 чел.). В ближайшие сроки после радикальных операций осложнения возникли у 4 (9,5%), а случаев рецидива эхинококкоза печени не выявлено. После органосохраняющих операций в ближайшие сроки осложнения отмечены у 18 (12,3%), а рецидив болезни выявлен у 3 (2,1%) через 2 года.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, радикальные и органосохраняющие операции, осложнения, рецидив.

**БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫН ДАРЫЛООНУН РАДИКАЛДУУ ЖАНА
МҮЧӨСАКТООЧУ ОПЕРАЦИЯЛЫК ЖОЛДОРУ, АЛАРДЫН БААЛУУЛУГУ**

Б.С. Ниязов¹, М.Ж. Алиев², К.А. Гапуров², Т.А. Калыбеков²

¹ Кайра даярдоо жана квалификацияны өркүндөтүү боюнча
Кыргыз Мамлекеттик медициналык институту
(ректор – м.и.д., профессор Т.Ч. Чубаков),

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)

Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Боор эхинококкоз дарты менен жабыркаган 188 бейтапка операциялык дарылоонун жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Анын ичинен 42 бейтапка радикалдуу, 146 бейтапка мүчөсактоочу операциялар жасалган. Радикалдуу операциядан кийинки жакынкы аралыктагы кабылдоолор 4 (9,5%) бейтапта, ал эми мүчөсактоочу операциядан кийин 18 (12,3%) бейтапта өөрчүдү жана эхинококкоз дартынын кайталанма түрү 2 жылдан кийин 3 (2,1%) бейтапта пайда болду.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, радикалдуу, мүчөсактоочу операциялар, кабылдоолор, эхинококкоз дартынын кайталанма түрү.

**RADICAL AND ORGAN-PRESERVING OPERATIONS IN LIVER ECHINOCOCCOSIS
AND THEIR EFFECTIVENESS**

B.S. Niazov¹, M.J. Aliev², K.A. Gapurov², T.A. Kalybekov²

¹ Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Training
(rector – d.m.s., professor Chubakov T.Ch.),

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., professor. Kudaibergenova I.O.)

Surgery department of general practice with a course of Combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: There are shown results of operative treatment of echinococcosis of the liver in 188 patients, who been radically operated (42 persons) and Organ saving operation (146 persons). In the short time we have found 4 (9.5%) patients with complications who had been radically operated but there were no cases of echinococcosis Relapse. After organ saving operations, we have found complications in 18 (12.3%) persons, Relapse echinococcosis were found in 3 (2.1%) persons after 2 years.

Key words: liver, echinococcosis, radical and organ-preserving operations, complications, relapse.

Введение. Часто поражающийся орган при эхинококкозе – это печень, так как она является первым фильтром. Эхинококкоз заболевание, которое распространено повсеместно, особенно там, где развито животноводство [1], и лечение его только оперативное [2,3,4].

Несмотря на предложенное множество антипаразитарных обработок полости фиброзной капсулы, методов операции и ликвидации остаточных полостей, частота осложнений в ближайшем и отдаленном периодах остается на высоком уровне. Подтверждением этому является большое число послеоперационных осложнений – 6,7-47,5%, значительная частота рецидивов заболевания – 3,3-54% и высокая летальность – 4,5-10,2% [5,6,7].

Отмечается, что частота осложнений после резекции печени или перицистэктомии выше, чем после органосохраняющих операций [8,9,10], но и после радикальных операций развиваются наиболее серьезные осложнения (кровотечение, печеночно-почечная недостаточность, желчеистечение) [9,10].

После органосохраняющих операций наиболее частыми осложнениями являются – остаточная полость с последующим в ней нагноением (2,2-13,8%), длительное выделение желчи при наличии желчного свища (0,9-9,2%) [8,9,10,11]. Нагноение остаточной полости требует чрескожно-чреспеченочного дренирования под контролем УЗИ или компьютерной томографии, а в ряде случаев и повторного оперативного вмешательства. Среди послеоперационных осложнений также отмечаются подпеченочный и поддиафрагмальный абсцесс, легочно-плевральные осложнения, нагноение послеоперационной раны [12,13,14,15].

Все хирургические вмешательства при эхинококкозе печени могут быть условно разделены на органосохраняющие и радикальные.

Это обусловлено отношением к удалению или оставлению фиброзной капсулы паразита [16,17,18]. Вариантами радикальных операций при эхинококкозе печени являются: анатомическая или атипичная резекция печени, перицистэктомия. В настоящее время перицистэктомия считается «золотым стандартом» в хирургическом лечении эхинококковых кист печени [19,20], но вместе с тем радикальные операции более травматичные, сопровождаются значительной кровопотерей и требуют высокой квалификации хирурга, наличия специальной аппаратуры, инструментария, хорошей организации анестезиологической и реанимационной службы [18,19]. При органосохраняющих операциях

оставление фиброзной капсулы увеличивает не только риск рецидива заболевания, но и существенно повышает вероятность развития послеоперационных осложнений, связанных с остаточной полостью.

Такая вероятность тем более повышена при осложненном течении эхинококкоза, когда имеют место изменения фиброзной капсулы, так или иначе связанные с гибелью паразита: обызвествление и ригидность капсулы, наличие сообщения полости фиброзной капсулы с желчными протоками, нарушение целостности капсулы и ее микробная инвазия при нагноении эхинококковой кисты. Поэтому удаление фиброзной капсулы, несомненно, повышает радикальность операции и снижает вероятность развития осложнений.

В настоящее время доказанным считается факт проникновения в толщу фиброзной капсулы протосколексов, микробной инфильтрации фиброзной капсулы при нагноении кисты [3,5,8,16]. В ряде работ приведены данные, подтверждающие возможность миграции зародышевых элементов за пределы фиброзной капсулы [5,14]. На этом основании авторы считают, что методом выбора при лечении эхинококкоза печени должна быть радикальная операция (резекция, перицистэктомия).

Таким образом, представленные литературные данные, свидетельствуют о низкой частоте рецидива и относительно безопасном течении послеоперационного периода при использовании радикальных операций, в том числе у больных с осложненными формами эхинококкоза печени, что указывает на необходимость более широко применять радикальные операции.

Цель исследования:

Определить частоту осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и частоту рецидива эхинококкоза в отдаленном периоде после органосохраняющих и радикальных операций.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 188 больных, которые были оперированы по поводу эхинококкоза печени с 2012 по 2015 гг в ГКБ №1 г. Бишкек. Мужчин было 89 (47,3%), женщин – 99 (52,7%), возраст варьировал от 16 до 76 лет.

При обследовании определяли размеры кист и при этом выделяли: малые (до 5 см в диаметре), средние (до 10 см), большие (до 20 см) и гигантские (более 20 см). Малые кисты выявлены у 46 (24,5%), средние у 68 (36,2%), большие у 39 (20,7%), гигантские у 35 (18,6%) больных. По локализации кист, чаще поражена была правая доля

у 81 (43,1%), левая у 73 (38,8%) и обе доли у 34 (18,1%) больных.

В план обследования больных входило, кроме общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, электрокардиограмма, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это ультразвуковое исследование внутренних органов (уточняли расположение и размеры кист), реакция Казони, при неясных случаях компьютерная томография. Полученные результаты исследования обработаны методом вычисления относительных величин в (%).

Результаты и их обсуждение

В клинике ГКБ № 1 начиная от 2012 по 2015 гг. из 188 наблюдаемых больных произведена гемигепатэктомия у 18 (9,6%), краевая резекция печени у 24 (12,8%) больных, остальным 146 (77,6%) больным произведены органосохраняющие операции с различной методикой ликвидации полости фиброзной капсулы.

Показанием к гемигепатэктомии считали массивное поражение одной из долей, наличие кисты больших размеров, когда ткань печени была лишь в виде тонкой полоски или в доле печени было расположено несколько кист, в этих случаях операция оправдана, с точки зрения профилактики осложнений со стороны не ликвидированных полностью полостей функционально

неполноценной доли. В остальных случаях, касающихся поражения II и III сегментов печени, при краевом расположении кист, выполняли экономные сегментарные резекции.

При радикальном методе операции возникли следующие осложнения: внутрибрюшное кровотечение у 1 (2,4%), которое излечено введением гемостатиков, реактивный плеврит у 2 (4,7%), излеченный плевральными пункциями, послеоперационная печеночная недостаточность у 1 (2,4%) прогрессирование предотвращена введением гепатопротекторов. Все из осложнения возникли на 3-4 сутки после операции.

При органосохраняющих операциях были произведены различные операции и ликвидации полости фиброзной капсулы. При этом использовали закрытый тип операции – у 47 (25%), полузакрытый – у 31 (16,5%), открытый – у 68 (36,1%), а при ликвидации полости фиброзной капсулы применяли следующие способы: дренирование остаточной полости у 48 (32,9%), абдоминализация полости фиброзной капсулы у 20 (13,7%), капитонаж по Дельбе у 21 (14,4%), инвагинация свободных краев фиброзной капсулы в полость у 16 (10,9%), частичная перицистэктомия с наложением – П-образных швов у 10 (6,8%), оментопластика по Р.П. Аскерханову у 31 (21,3%). Частота применения различных способов ликвидации полости дана в таблице.

Таблица

Типы операций и частота осложнений после эхинококкэктомии (n-188)

Тип операции	Всего больных		Из них возникли осложнения, абс. число
	абс. число	%	
Закрытый	47	25	5
Полузакрытый	31	16,5	4
Открытый	68	36,1	9
Гемигепатэктомия	18	9,6	3
Краевая резекция печени	24	12,8	1
Итого	188	100,0	22 (11,7%)

После органосохраняющих операций возникло желчеистечение у 3 (2,1%), которое самостоятельно прекратилось, реактивный плеврит у 5 (3,4%), излечен пункцией плевральной полости, нагноение послеоперационной раны у 3 (2,1%), им проведено лечение под повязкой.

В отдаленном периоде поступили с нагноением остаточной полости 4 (2,6%) больных. Двум произведен пункционно – дренажный метод лечения под контролем ультразвукового исследование двумя после обследования произведено повторное оперативное лечение через 6 месяцев, а у 3 (2,1%) больных возник рецидив эхинококкоза печени

через 2 года, у которых ранее был прорыв кисты в брюшную полость до поступления в клинику.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения методики радикальной эхинококкэктомии в профилактике рецидива болезни. Резюмируя вышеизложенное, отметим, что в настоящее время открытые оперативные вмешательства на печени остаются основным способом лечения эхинококкоза печени. При выборе способа операции предпочтение следует отдавать органосохраняющим, радикальным вмешательствам. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамическое наблюдение за больными.

Выводы:

1. Органосохраняющие операции должны выполняться как наименее трудоемкие, но по показаниям и с соблюдением мер апаразитарности и антипаразитарности.
2. После радикальных операции рецидив развивается очень редко, но они должны выполняться в специализированных отделениях, оснащенных современным оборудованием и имеющих высококвалифицированных хирургов.

Литература

1. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник Хирургии Казахстана. - 2012. - №1. - С. 100-101.
2. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза печени [Текст] / [Б.И. Альперович, Р.В. Сорокин, М.В. Толкаева, С.Р. Будков] // Анналы хирургической гепатологии. - 2006. - Т. 11, №1. - С. 7-10.
3. Журавлев, В.А. Гидатидозный эхинококкоз печени. [Текст] / В.А. Журавлев, В.М. Русинов, Н.А. Щербакова // Хирургия. - 2004. - №4. - С. 51-54.
4. Абдуллаев, А.Г. Выбор рациональной хирургической тактики при эхинококкозе печени с поражением желчных протоков [Текст] / А.Г. Абдуллаев, А.А. Мовчун, Р.М. Агаев // Хирургия. - 2005. - №2. - С. 38-42.
5. Альперович, Б.И. Хирургия печени. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 352 с.
6. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени [Текст] / А.В. Андреев, В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 1, №2. - С. 98-99.
7. Гальперин, Э.И. Нестандартные ситуации в хирургии желчных путей [Текст] / Э.И. Гальперин, Ю.М. Дедерер // - М, 1987. - 335 с.
8. Оморов, Р.А. Осложнения эхинококкоза печени [Текст] / Р.А. Оморов // Форс-Мажор в хирургии. - Бишкек: СП «Кырсекоп», 2010. - 136-141 с.
9. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / [А.Т. Аллаберганов, М.М. Алиев, И.М. Байбеков и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2001. - Т. 160, №6. - С. 47-50.
10. Даминова, Н.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени [Текст] / Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2008. - Т. 167, №5. - С. 68-70.
11. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика [Текст] / Ф.Н. Нишанов. // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №2. - С. 91-94.
12. Миниинвазивные вмешательства при эхинококкозе печени [Текст] / [Р.М. Ахмедов, А.О. Османов, А.Э. Курбонов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2010. - Том 15, №3. - С. 99-102.
13. Перцистэктомия в оперативном лечении эхинококкоза печени [Текст] / [А.И. Мусаев, М.Б. Усубалиев, Р.М. Баширов и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Том 10, №2. - С. 120-121.
14. Ветшев, П.С. Эхинококкоз: современные состояние проблемы [Текст] / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев, С.В. Муслик // Украинський журнал хірургії. - 2013. - №3. - С. 196-201.
15. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени. [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия. - 2003. - №1. - С. 31-35.
16. Полуэктов, В.Л. Новые подходы в тактике хирургического лечения больных эхинококкозом печени. [Текст] / В.Л. Полуэктов, В.Ю. Шутов, В.Г. Березной // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - №10. - С. 126.
17. Новый эффективный способ профилактики послеоперационных осложнений в хирургии эхинококкоза печени. [Текст] / [А.З. Вафин, А.В. Попов, Э.Г. Мнацаканян и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - Т.13, № 3. - С. 42.
18. Вишневский, В.А. Радикальное лечение резидуального эхинококкоза печени [Текст] / В.А. Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Альманах института хирургии им. И.В. Вишневского. - 2008. - Т. 3, №2. - С. 213-214
19. Попов, А.Ю. Хирургическое лечение больных с сочетанным эхинококковым поражением [Текст] / А.Ю. Попов, И.В. Басанкин, А.Н. Петровский // Хирургия. - 2012. №6. - С. 55-56.
20. Prousalidis, J. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis [Text] / John Prousalidis // Can J Surg. - 2012. vol. 55, №1. - P. 15-20.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ АХАЛАЗИИ КАРДИИ
Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Б.А. Авасов¹, Н.А. Маманов², Д.К. Кушубеков¹**

¹ Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра факультетской хирургии,
г. Бишкек, Кыргызстан.

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

² Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic, г. Бишкек, Кыргызстан.
(Заведующий ЭВХЦ ЮРФА-Clinic – к.м.н. Маманов Н.А.).

Резюме: Представлены результаты эзофагокардиомиотомии по Геллеру-De Brune Groeneveldt у 16 больных ахалазией кардии (АК) в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания от 1 года до 6 лет. 3 стадия заболевания установлена у 12 больных и 2 стадия – у 4, что было подтверждено рентгеноскопией пищевода и ЭГДС. 13 пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия в модификации нашей клиники лапаротомным доступом. Трём больным выполнена эзофагокардиомиотомия с передней гемизофагофундопликацией по Дору с применением эндовидеохирургических технологий. Во время операции и в раннем послеоперационном периоде специфических осложнений, связанных с операцией, не отмечено. Летальных случаев не было. Отдаленные результаты изучены у 10 больных (от 6 месяцев до 5 лет). Все они чувствовали себя удовлетворительно, дисфагии и изжоги не выявлено, отмечено восстановление веса, улучшение общего самочувствия.

Ключевые слова: ахалазия кардии, эзофагокардиомиотомия, антирефлюксные вмешательства.

**АХАЛАЗИЯ КАРДИЯНЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ
Р.А. Оморов¹, Б.К. Осмоналиев¹, Б.А. Авасов¹, Н.А. Маманов², Д.К. Кушубеков¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
Факультеттик хирургия кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргызстан

(кафедра башчысы – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корр. Оморов Р.А.).

² Эндовидеохирургиялык борбор ЮРФА-Clinic, Бишкек ш., Кыргызстан.
(ЭВХБ ЮРФА-Clinic башчысы – м.и.к. Маманов Н.А.).

Корутунду: Геллер-De Brune Groeneveldt боюнча 18 жаштан 66 жашка чейинки курактагы кардинин жетишсиздиги (КЖ) менен ооругандардын эзофагокардиомиотомиясынын натыйжалары берилди. Эркектери – 6, аялдары – 10, ооруунун узактыгы 1 жылдан 6 жылга чейин. Ооруунун 3-стадиясы 12 оорукчанда, 2-стадиясы 4 оорукчанда аныкталган. Бул рентгеноскопиядан жана ЭГДСден тастыкталган. 13 пациентке биздин клиникада лапаротомдук жол менен жетүү аркылуу модификацияланган эзофагокардиомиотомияда аткарылган. Үч оорукчанга эндовидеохирургиялык технологияларды колдонуу аркылуу Дор боюнча алдыңкы гемизофагофундопликациялар менен эзофагокардиомиотомия аткарылган. Операция учурунда жана операциядан кийинки мезгилде операцияга байланыштуу өзгөчө өтүшүп кетүү болгон эмес. Өлүмгө алып барган учурлар болгон эмес. Айрым натыйжалар 10 оорукчандан (6 айдан 5 жылга чейин) иликтенген. Баары өздөрүн канаатандыруу сезишкен, дисфагия жана зарына болушкан эмес, салмагы калыбына келип, жалпы абалынын жакшырганы байкалган.

Негизги сөздөр: кардиянын ахалазиясы, эзофагокардиомиотомия, антирефлюкстик кийлигишүү.

THE SURGERY TREATMENT RESULTS OF ACHALASIA CARDIA

R.A. Omorov¹, B.K. Osmonaliev¹, B.A. Avasov¹, N.A. Mamanov², D.K. Kushubekov¹

¹ The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Ahunbaev,
Chair of faculty surgery, Bishkek

(Head of the department – MD, professor, cor. member, Omorov R.A. National Academy of Sciences).

² Endovideosurgical centre URFA-Clinic, Bishkek, Kyrgyzstan
(Head of the EVSC URFA-Clinic – ph. D. Mamanov N.A.)

Resume: There were presented the results of the oesophagocardiomyotomy on Geller-De Brune Groeneveldt in 16 patients at the age of 18-66 with the achalasia cardia (AC). Male – 6, Female – 10. The disease duration from 1 year to 6 years. The 3rd stage of the disease was confirmed in 12 of the patients, 2nd stage – 4 patients. The confirmation was made by fluoroscopy of the esophagus and gastroscopy. Oesophagocardiomyotomy was

made in our clinic to 13 of the patients by laparotomy access. 3 patients were performed the oesophagocardiomyotomy with anterior gemioesophagofundoplication by Dor techniques using of endo-video surgical technologies. During the surgery and in early post-surgery periods a specific complications related to the surgery were not detected. Lethal cases are absent. Long-term results were studied among 10 patients (from 6 months to 5 years). All of the patients felt satisfactorily, dysphagia and pyrosis were not detected, recovery of weight and improvement of general health condition were observed.

Key words: achalasia cardia, oesophagocardiomyotomy, antireflux interventions.

Введение. Ахалазия кардии (АК) – это тяжелое прогрессирующее нейро-мышечное заболевание, характеризующееся нераскрытием нижнего пищеводного сфинктера (НПС) и приводящее к вторичному нарушению перистальтики и прогрессирующему снижению тонуса грудного отдела [1,2,4]. При АК происходит воспаление мышечной оболочки с повреждением и последующей дегенерацией ганглионарных клеток и фиброзом нервных сплетений [5]. Дальнейшие патологические изменения приводят к снижению синтеза оксида азота и вазоактивного кишечного пептида [7,8]. Возможной этиологической причиной АК является аутоиммуно-опосредованное разрушение тормозящих нейронов в ответ на неизвестный фактор у генетически предрасположенных лиц, однако конкретная причина неизвестна [9]. Распространенность АК составляет 10 случаев на 100000 населения, а заболеваемость – 1 на 100000. В качестве причины дисфагии она занимает третье место после рака пищевода и ожоговых стриктур. Встречается на всех континентах, с одинаковой частотой у мужчин и женщин, чаще всего в возрасте от 25 до 60 лет. АК является предраковым заболеванием, при котором риск возникновения рака увеличивается в 33 раза [1,2,4].

Для лечения АК на сегодняшний день в мире применяется операция эзофагокардиомиотомии по Геллеру (1913 г.) лапаротомным и лапароскопическим способами. Операция заключается в том, что абдоминальным доступом мобилизуется суженный участок пищевода, после чего мышечная оболочка в пораженном сегменте продольно

рассекается по передней и задней стенке до слизистой оболочки. В 1918 г. операция Геллера была несколько видоизменена голландским хирургом De Brune Groeneveldt, который предложил рассекать только переднюю стенку пищевода и кардии.

Существенным недостатком эзофагокардиомиотомии является частое возникновение рецидива заболевания до 36-50% случаев, что чаще всего связано с образованием рубца между краями пересеченных мышц с восстановлением их тонуса [2,4]. В то же время возможно развитие в послеоперационном периоде недостаточности кардии с последующим развитием рефлюкс-эзофагита, который многие авторы считают частым и тяжелым осложнением операции Е. Heller и находят его у 14-37% пациентов, несмотря на выполненную фундопликацию [8,9].

Таким образом, неоднозначность мнений относительно выбора хирургических методов коррекции нарушения проходимости в области кардии и отсутствие надежной профилактики послеоперационного рефлюкс-эзофагита являются основной проблемой хирургического лечения АК.

Материалы и методы

Представлены результаты хирургического лечения АК у 16 пациентов в возрасте от 18 до 66 лет. Мужчин было 6, женщин – 10. Длительность заболевания составила от 1 года до 6 лет. В соответствии с классификацией Б.В. Петровского (1962 г.) преобладали пациенты с 3 стадией заболевания – 12 (75%) человек, со 2 стадией было 4 (25%) случаев (табл. 1).

Таблица 1

Стадии ахалазии кардии по Петровскому Б.В. (1962 г.)

стадии АК	проявления АК	Количество пациентов
I	функциональный непостоянный спазм кардии без расширения пищевода.	-
II	стабильный спазм кардии с нерезко выраженным расширением пищевода и усиленной моторикой стенок.	4 (25%)
III	рубцовые изменения мышечных слоев НПС с выраженным расширением пищевода и нарушениями тонуса и перистальтики.	12 (75%)
IV	резко выраженный стеноз кардии со значительной дилатацией, удлинением, S-образной деформацией пищевода, эзофагитом и перизофагитом.	-

Наиболее распространенным симптомом АК у больных была дисфагия твердой и жидкой пищи по пищеводу (93,7%). Следующими по распространенности симптомами АК были: отрыжка непереваренной пищей (75%), боли за грудиной (50%), снижение веса (87,5%), ночной кашель (31,2%), связанный с аспирацией застойного содержимого пищевода во время сна, и изжога (25%). Изжога объяснялась задержкой остатков пищи и продукцией лактатов в результате ферментативной активности бактерий.

У всех пациентов клиническая картина АК была подтверждена рентгеноскопией пищевода и желудка, показывающей равномерное сужение нижней части пищевода, переходящей в закрытый НПС и напоминающее «писчее перо» или «птичий клюв». Пациентам также проведена ЭГДС для подтверждения диагноза АК и исключения так называемой псевдоахалазии, возникающей при опухолях кардио-эзофагеальной зоны. У 4 (25%) пациентов имелась сопутствующая патология: КБС (2), общий атеросклероз (1), гипертоническая болезнь (1), которые до госпитализации были консультированы специалистами для коррекции сопутствующей патологии.

Предоперационное обследование включало в себя: общий анализ крови и мочи, печеночные и

почечные тесты, свертываемость крови, глюкозу крови, группу крови и резус фактор, маркеры вирусного гепатита В и С, ИФА на ВИЧ и RW, ЭКГ, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) до и после операции.

В период с 2013 по 2018 года в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек – клинической базе кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева 13 пациентам выполнена внеслизистая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt в модификации нашей клиники (планируется получения рац. предложения). Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. После верхнее-срединной лапаротомии мобилизовали и низводили в брюшную полость через диафрагмальное отверстие суженный участок пищевода. Рассекали мышечную оболочку пищевода до слизистой в суженной его части по передней стенке не менее 8-10 см (рис. 1). При этом края рассеченных мышц расходились и слизистая свободно пролабировала через дефект в мышечной оболочке. Затем производили пластику кардии стенкой желудка непрерывным швом в модификации нашей клиники (рис. 2).

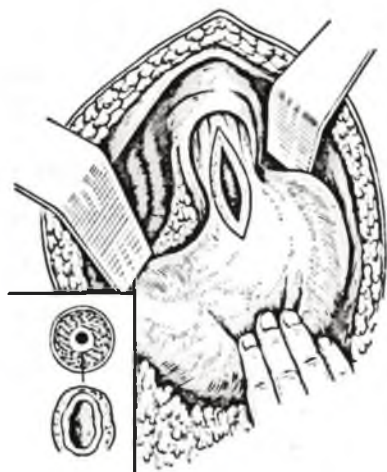


Рис. 1. Эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt.



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

В ЭВХЦ ЮРФА-Clinic трем пациентам выполнена эзофагокардиомиотомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt с передней гемиезофагофундопликацией по Дору в период с 2014 по 2018 г. Для проведения операций использован видеондоскопический комплекс фирмы «Эфа-Медика» (РФ, г. Санкт-Петербург) с необходимым набором лапароскопических инструментов. Операция проводилась следующим образом: положение больного на спине с подкладыванием валика на уровне

мечевидного отростка с наклоном на 20 градусов с поднятием головного конца с разведенными нижними конечностями. Оператор располагался между ног пациента, камердинер слева, ассистент справа от больного. Под тотальной внутривенной анестезией с использованием миорелаксантов устанавливали троакары (рис. 3). После панорамной ревизии органов брюшной полости производилась мобилизация кардиальной части пищевода с выделением суженного участка, рассечение этой

зоны и кардиальной части желудка с помощью лапароскопического L-образного электрода-крючка



Рис. 3. Места введения 5-троакаров.

с последующим проведением гемиезофагофундопликации по Дору (рис. 4).



Рис. 4. Гемиезофагофундопликация по Дору.

Приводим пример: Пациентка Б.А., 1966 г.р., поступила в ЭВХЦ ЮРФА-Clinic в плановом порядке 03.07.2015 года, № истории болезни 364-X-96. При поступлении предъявляла жалобы на затруднение прохождения твердой и жидкой пищи, рвоту съеденной пищей и слизью, похудание, общую слабость. Из анамнеза болезни: считает себя больной в течение 3 лет. Постоянно болезнь прогрессировала. За эти 3 года больная похудела на 45 кг. С 2013 года ежегодно проходила ЭГДС в РДЦ, где подозревали рубцовую стриктуру пищевода, назначено было консервативное лечение. В амбулаторных условиях получала инфузионную терапию. В 16.01.2015 г. больная прошла Р-скопию пищевода и установлена ахалазия кардии. Больная 17.06.15г. прошла ЭГДС в ЮРФА-Clinic, после чего было предложено оперативное лечение и больная госпитализирована. Из анамнеза жизни: популяция «А». Наследственность неотягощена. Перенесенные

заболевания: простудные болезни. В 2000 году холецистэктомия, кистэктомия из левого яичника. В 2009 году ампутация матки, кистэктомия из правого яичника. При осмотре: общее состояние больной относительно удовлетворительное. Вес 45 кг. Рост 160 см. Положение активное. Телосложение – астеническое. Общий кожный покров обычной окраски, дряблые, тургор кожи снижен. Дыхание ровное, проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 90/50 мм. рт. ст. Пульс 66 уд в мин. Локальный статус: язык суховат, обложен налетом. Живот втянут, участвует в дыхании, в правом подреберье, по срединной линии ниже пупка и надлобковой области имеются п/о рубцы. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Газы отходят. Стул не регулярный, запоры. Мочевыделение свободное. Данные лабораторных и инструментальных исследований:

• **Общий анализ крови от 06.07.15 г.**

эрит.	гем.	Ht	Лейк	лимф	моноц	нейтр.	тромб.	СОЭ
3,30x10 ¹² /л	90 г/л	26,67%	6,14x10 ⁹ /л	13,76%	3,96%	82,28%	124x10 ⁹ /л	6 мм/ч

• **Общий анализ мочи от 06.07.15 г.**

цвет	уд.вес	белок	глюк	кетоны	лейк	эпит.	эрит.	цил	соли	бакт.
жел	1010	-	-	-	7-8	5-6	0-1 в п/зр	-	-	отр

• **Биохимический анализ крови и свертывающая система от 06.07.15 г.**

ПТИ	95,2%	калий	4,73 ммоль/л
фибриноген	1,843 г/л	магний	1,03 ммоль/л
МНО	1,06	кальций	2,43 ммоль/л
креатинин	88,4 мкмоль/л	натрий	134,7 ммоль/л
ост.азот	19,6 ммоль/л	хлориды	101,5 мкмоль/л
глюкоза крови	4,4 ммоль/л	гепатит В anti HBc IgM	отр.
мочевина	6,0 ммоль/л	общий билирубин	16,2 мкмоль/л
общий белок	63,2 г/л	сифилис сумм.а/тела	отр.
ИФА ВИЧ	отр.	тимоловая проба	5.1 Ед

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 56 уд в мин., полувертикальное положение ЭОС, нарушение процессов реполяризации. Р-скопия: ахалазия кардии,

идиопатическое расширение пищевода (рис. 5). ЭГДС: ахалазия кардии, престенотическая дилатация пищевода, хронический эзофагит (рис. 6).

ФЛГ: Без изменений. Клинический диагноз: Ахалазия кардии III стадии.

08.07.2015 г. произведена операция лапароскопическая эзофагокардиомиотомия по Геллеру-Де Вруне Groeneveldt с передней гемизофагофундопликацией по Дору. В послеоперационном периоде проводились антибактериальная терапия, инфузии, витаминотерапия, обезболивающие, симптоматическая терапия, перевязки. Послеоперационный период протекал без осложнений. Раны зажили первичным натяжением. НГ зонд

удален на 2 сутки после операции. Пройдемость пищи восстановилась без затруднений. Дренажи из брюшной полости удалены на 3-4 сутки после операции. При проведении динамического ультразвукового наблюдения ограниченных жидкостных скоплений в брюшной полости не выявлено. Была выписана в удовлетворительном состоянии 14.07.2015 года (рис. 7).



Рис. 5. Рентгенограмма больной Б.А., 1966 г.р. Ахалазия кардии III стадии.

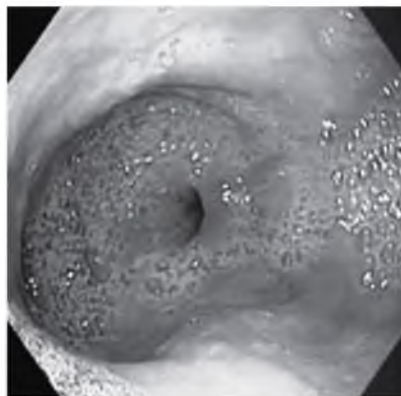


Рис. 6. Эндофото больной Б.А., 1966 г.р. Расширение пищевода в грудном отделе, в просвете большое количество пенистой слизи. Ахалазия кардии III стадии.



Рис. 7. Пациентка Б.А., 1966 г.р. через 10 дней после операции.

Результаты и обсуждение

Во время операции и в раннем послеоперационном периоде у пациентов специфических осложнений, связанных с эзофагокардиомиотомией, не было, болевой синдром был минимальный при лапароскопическом способе. Осложнений со стороны других органов не отмечено. Летальности не было. Ведение послеоперационного периода

больных проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу. НГ меняли на более тонкий зонд в конце операции и удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении

моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Проводился контроль проходимости кардиоэзофагеальной зоны с помощью рентгеноскопии и во всех случаях отмечена положительная динамика. Пациенты на 1-3 сутки активизировались, дренажи удаляли на 2 сутки после ультразвукового контроля, а на 6-10 сутки после операции были выписаны из клиники с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 10 (62,5%) пациентов в сроке от 6 месяцев до 5 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали дисфагию твердой и жидкой пищей, исчезли боли за грудиной, отрыжка, горечь во рту и изжога, отмечали восстановление веса и улучшение общего самочувствия.

Эзофакардиомитомия по Геллеру-De Brune Groeneveldt позволяет устранить основную причину АК, уменьшает риск развития рецидива заболевания. Модификации по Дору и нашей клиники и способствуют сохранить антирефлюксные свойства в кардиоэзофагеальной зоне, что имеет немаловажное значение в отдаленном послеоперационном периоде.

Заключение

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения АК. И хотя было предложено множество оперативных мето-

дик, поиски новых методов хирургического лечения является актуальным и подлежит дальнейшему изучению.

Литература

1. Гаджиев, А.Н. Клиника, диагностика, лечение кардиоспазма, ахалазии кардии и диффузного эзофагоспазма: Дис. ... д-ра мед. наук / А.Н. Гаджиев. - М., 2001.
2. Черноусов, А.Ф. Хирургия пищевода: Руководство для врачей / А.Ф. Черноусов, П.М. Богопольский, Ф.С. Курбанов. - М.: Медицина, 2000. - 350 с.
3. Муравьев, В.Ю. Эндоскопическое лечение ахалазии кардии / В.Ю. Муравьев, М.В. Бурмистров, А.И. Иванов // Эндоскопия. - 2013. - №2. - С. 2-6.
4. Endoscopic and surgical treatments for achalasia: a systematic review and meta-analysis / G.M. Campos [et al.] // Ann. Surg. - 2009. - Vol. 249. - P. 45-57.
5. Goldblum, J.R. Histopathologic features in esophagomyotomy specimens from patients with achalasia / J.R. Goldblum, T.W. Rice, J.E. Richter // Gastroenterology. - 1996. - Vol. 111. - P. 648-654.
6. Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia / [H. Inoue, H. Minami, Y. Kobayashi et al.] // Endoscopy. - 2010. - Vol. 42. - P. 265-71.
7. Woltman, T.A. Achalasia / T.A. Woltman, C.A. Pellegrini, B.K. Oelschlager // Surg. Clin. North. Am. - 2005. - Vol. 85. - P. 483-493.
8. Vaezi, M F. Diagnosis and management of achalasia. American College of Gastroenterology Practice Parameter Committee / M F. Vaezi, J.E. Richter // Am. J. Gastroenterol. - 1999. - Vol. 94. - P. 3406-3412.
9. Eckardt, A.J. Current clinical approach to achalasia / A.J. Eckardt, V F. Eckardt // World J. Gastroenterol. - 2009. - Vol. 15. - P. 3969-3975.

**МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

А.Т. Шамшиев, М.С. Абдрасулова, Н.Т. Качиев

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

Кафедра нейрохирургии до и последипломного обучения
(зав. кафедрой – д.м.н., проф., академик НАН КР М.М. Мамытов)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Аннотация: В данном исследовании был использован статистический анализ данных по эпидемиологии, эффективности хирургического лечения и дальнейшее качество жизни с метастатическими поражениями головного мозга за последние три года (2015-2017 гг). С улучшением ранней диагностики, обеспечивающей своевременное выявление солитарных, милиарных и мелких метастазов, приводит к выводу, что при малейшей церебральной симптоматике нужно провести диагностику на предмет наличия метастаза в головном мозге. За эти годы в Кыргызской Республике увеличилась частота обращений пациентов с метастатическими поражениями головного мозга. Таким образом рациональную хирургию метастазов опухолей в головном мозге можно считать методом выбора, что позволяет увеличить продолжительность и улучшить качество жизни оперированным пациентам.

Ключевые слова: головной мозг, метастазы, хирургическое лечение, эпидемиология.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА МЭЭНИН МЕТАСТАЗАЛЫК БУЗУЛУУСУ
КЛИНИКАЛЫК ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН
НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО**

А.Т. Шамшиев, М.С. Абдрасулова, Н.Т. Качиев

И.К. Ахунбаев ат. Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректор – м.и.д., проф., И.О. Кудайбергенова)

Нейрохирургиялык, дипломго чейинки жана дипломдон кийинки билим берүү бөлүмү
(каф. башчысы – м.и.д., академик М.М. Мамытов)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация: Бул изилдөөдө эпидемиялык берүүлөр, хирургиялык дарылоонун натыйжалуулугу жана акыркы үч жылдагы мээнин метастазалык бузулуусу менен жашоо боюнча статистикалык анализ колдонулган (2015-2017-жж.). Солитардык, миллиардык жана майда метастазаларды өз убагында аныктоону камсыз кылган, эрте диагноздоонун жакшыртылышы бул жыйынтыкка алып барат, ошол бир аз мээ белгилери кайда болушу менен мээде метастазалар бар экендигин далилдоо үчүн изилдөө керек. Акыркы жылдары Кыргыз Республикасында мээнин метастазалары менен кайрылган бейтаптардын саны көбөйдү. Ошонтип, жашоосунун сапатын жакшыртууга туура жана аларды узактыгын көбөйтүүгө мүмкүнчүлүк берген, мээдеги метастазалык шишиктерди хирургиялык дарылоо жандоо ыкмасын деп эсептесе болот.

Негизги сөздөр: мээ, мээ метастаздары, хирургиялык дарылоо, эпидемиология.

**METASTATIC LESIONS OF THE BRAIN IN THE KYRGYS REPUBLIC.
CLINICAL EPIDEMIOLOGY, ESTIMATION OF EFFICIENCY OF SURGICAL TREATMENT
OF METATASYS IN THE BRAIN**

A.T. Shamshiev, M.S. Abdrasulova, N.T. Kachiev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., prof., Kudaibergenova I.O.)

Department of Neurosurgery before and postgraduate education
(head of the department – d.m.s., Academician Mamytov M.M.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Annotation: In this study, statistical analysis of data on epidemiology, the effectiveness of surgical treatment, and the further quality of life with metastatic brain lesions over the past three years (2015-2017) was used. With the improvement of early diagnosis, which provides timely detection of solitary, miliary and small metastases, leads to the conclusion that, at the slightest cerebral symptomatology, it is necessary to diagnose for the presence of metastasis in the brain. Over the years, the frequency of treatment of patients with metastatic

brain lesions has increased in the Kyrgyz Republic. Thus, rational surgery of tumor metastases in the brain can be considered a method of choice, which allows to increase the duration and improve the quality of life for operated patients.

Key words: brain, metastases, surgical treatment, epidemiology.

Введение. В настоящее время в мире растет количество онкологических заболеваний, пропорционально возрастает частота метастазирования в частности в головной мозг, в связи с чем растет актуальность их изучения [1]. В головном мозге очаг стремительно прогрессирует в замкнутом внутримозговом пространстве, приводящий к быстрому нарушению жизненно важных функций, тогда как само по себе поражение опухолевым процессом других внутренних органов допускает более продолжительную сохранность компенсаторных способностей организма, создающее определенный резерв времени для более эффективного проведения комплексной терапии. По данным ВОЗ первичная локализация новообразования обнаружена в следующих органах: рак легкого 40-50%, рак молочной железы 21-30%, меланома кожи 17-20%, рак почки, рак щитовидной железы рак желудка, рак предстательной железы и мочевого пузыря, лимфопролиферативные заболевания – 12-13,5% [2]. В патогенезе метастазирования играют роль три наиболее значимых фактора: накопление изменений в метастазирующей клетке, наличие благоприятного микроклимата органа-мишени и завершение сложного каскада молекулярно-биологических событий, называемых «метастатический каскад» [3]. По морфологии опухоли имеют чувствительность к лекарственному лечению и лучевой терапии, а соматические состояния больных разнообразны включая неврологический дефицит. Своевременная диагностика, оперативное удаление опухолей и комплексное оказание помощи пациентам с церебральными метастазами злокачественных опухолей приводит к увеличению выживаемости и социальной адаптации пациентов. Золотым стандартом для диагностики метастатического поражения головного мозга является МРТ-исследование с внутривенным контрастным усилением, которое позволяет оценить локализацию, характер и число как супратенториальных, так и субтенториальных поражений мозгового вещества. В среднем при метастатических поражений головного мозга выживаемость без хирургического лечения составляет 2,5-3 месяцев [4]. При комплексном подходе к лечению растет число пациентов с 5-летней выживаемостью. В единичных случаях удается добиться клинического излечения.

Материалы и методы
В данном исследовании был использован статистический анализ данных по эпидемиологии, эффективности хирургического лечения и дальнейшее качество жизни пациентов с метастатическими поражениями головного мозга за последние три года (2015-2017гг), оперированных в отделениях нейрохирургия №1 и нейрохирургия №2 Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (НГ МЗКР).

Результаты их обсуждения

За последние три года в отделениях нейрохирургии НГ МЗКР были прооперированы 46 пациентов с метастатическими поражениями головного мозга: 2015 г. – 12, 2016 г. – 15, 2017 г. – 19, (рис. 1.). У 38 пациентов (82%) супратенториальной, у 8 пациентов (18%) субтенториальной локализации.

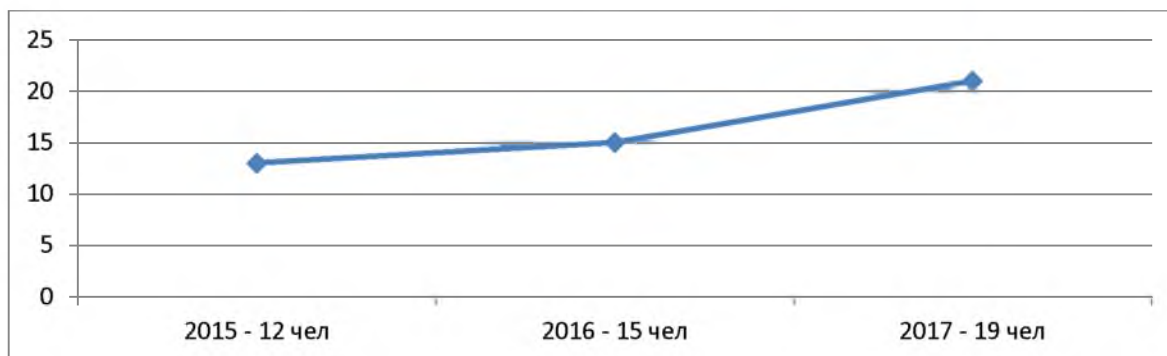


Рис. 1. Статистика количества пациентов, прооперированных в отделениях нейрохирургия №1 и нейрохирургия №2.



Рис. 2. Статистика по локализации первичного новообразования опухоли.

Заключение. За последние 3 года в Кыргызской Республике увеличилась частота обращений пациентов с метастатическими поражениями головного мозга. С улучшением ранней диагностики, обеспечивающей своевременное выявление солитарных, милиарных и мелких метастазов, приводит к выводу, что при малейшей церебральной симптоматике нужно провести диагностику на предмет наличия метастаза в головном мозге, тогда как поздняя диагностика может привести к множественным метастазам и соответствующему ухудшению состояния, разрушению жизненно важных структур головного мозга, что является абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению. По итогам исследования у 16 больных метастазы диагностированы при появлении минимальных церебральных проявлений, а у остальных при уже яркой клинической картины, также у этих 16 пациентов показатель продолжительности жизни на порядок выше, чем у последних. Таким образом, рациональную хирургию метастазов опухолей в головном мозге можно считать методом выбора, что позволяет увеличить продолжительность и улучшить качество жизни оперированным пациентам.

Литература

1. *Central nervous system metastasis, the biological basis and clinical considerations / Palmieri Diane ed. - Springer, 2012. - 225 p.*
2. *Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных с метастатическими опухолями головного мозга / [В.А. Алешин и др.]. - Москва, 2014. - 186 с.*
3. *Graus, F. Brain metastases in children / F. Graus, R.W. Walker, J.C. Allen // J. Pediat. - 1983. - №104. - P. 561-558.*
4. *Posner, J.B. Intracranial metastases from systemic cancer / J.B. Posner, N.L. Chernik // Adv. Neurol. - 1978. - №19. - P. 579-592.*

ЭФФЕКТИВНАЯ МАЛОИНВАЗИВНАЯ ПРОФИЛАКТИКА МАССИВНЫХ КРОВОПОТЕРЬ ПРИ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГИПОТОНИЧЕСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

А.А. Аскеров, А.А. Алтынбекова, Ж.М. Муталипова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра «Акушерства и гинекологии №2»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено проспективное исследование 84 случаев гипотонического ПРК, основную группу составили 35 женщин, которым наряду со стандартной терапией использовали баллонную тампонаду матки (БТМ), а в контрольную вошли 49 пациенток, получивших базовый протокол лечения. Оценку эффективности БТМ проводили по индикаторам, также оценивался уровень удовлетворенности пациенток по 10-ти балльной шкале.

Ключевые слова: гипотоническое послеродовое кровотечение, баллонная тампонада матки.

ТӨРӨТТӨН КИЙИНКИ МАССИВДУУ ГИПОТОНИАЛЫК КАН АЧЫЛЫП АГУУЛАРГА КАРАШТУУ НАТЫЙЖАЛУУ КИЧИ ИНВАЗИВДИК АЛДЫН АЛУУСУ

А.А. Аскеров, А.А. Алтынбекова, Ж.М. Муталипова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медицина академиясы

«Акушерство жана гинекология №2» кафедрасы

Бишкек ш, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Гипотониялык ТККлардын 84 учурун проспективтик изилдөө жүргүзүлгөн, негизги топту 35 аял түзүшкөн, аларга стандарттык терапия менен катар жатындын баллондук тампонадасын (ЖБТ) колдонушкан, ал эми текшерүү тобуна 49 бейтап кирген, алар дарылоонун базалык протоколун алышкан. ЖБТнын натыйжалуулугуна баа берүүнү индикаторлор боюнча жүргүзүшкөн, ошондой эле бейтаптардын 10 баллдык шкала боюнча канааттануу деңгээлине баа берилген.

Негизги сөздөр: гипотониялык төрөттөн кийинки кан ачылып агуусу, жатындын баллондук тампонадасы.

EFFECTIVE MINIMALLY INVASIVE PROPHYLAXIS OF MASSIVE BLOOD LOSS IN POSTPARTUM HYPOTONIC BLEEDING

A.A. Askerov, A.A. Altynbekova, J. Mutalipova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Obstetrics and Gynecology №2,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Conclusion: During retrospective analysis of 84 women, the main group consisted of 35 who got a standard therapy and a balloon tamponade (BT), in control included 49 who received a standard therapy. The effectiveness of BT evaluated with indicators; patient satisfaction evaluated on a 10-point scale.

Key words: hypotonic postpartum hemorrhage, uterine balloon tamponade.

Актуальность. По результатам исследований ВОЗ за период с 1990 по 2015 гг. уровень материнской смертности (МС) во всем мире снизился почти на 44%, а в Кыргызстане всего на 5% и составил 76 случаев на 100 тысяч живорожденных детей. Данный показатель является самым высоким среди стран Центральной Азии и Восточной Европы [1,2]. Послеродовое кровотечение (ПРК) занимает лидирующее место (27,1%) среди «большой пятерки» причин материнской смертности [3,4], а среди четырех основных причин ПРК, известных как «4Т» (тонус, ткань, травма, тромбоз), наиболее распространенной является гипотония матки [5]. В Кыргызской Республике

(КР) кровотечения также возглавляют список непосредственных причин МС и составляют – 43,2% [6].

В современном акушерстве изучение и применение консервативных и органосохраняющих методов остановки ПРК являются приоритетным направлением, т.к. позволяют реализовать репродуктивный потенциал у женщин детородного возраста. Имеются многочисленные исследования, что гистерэктомия способна дискредитировать функцию тазового дна в связи с изменениями кровоснабжения, иннервации и лимфодренажа этих органов и развитием полисистемных синдромов [7, 8].

В 2007 году, сотрудниками Лондонского Университета Святого Георга, была проведена сравнительная оценка эффективности органосохраняющих методов лечения ПРК. Совокупные результаты показали, что эффективность эмболизации маточных артерий – 90,7% (95% доверительный интервал (ДИ), 85,7% – 94,0%), баллонной тампонады матки (БТМ) 84,0% (95% ДИ, 77,5% – 88,8%), маточных гемостатических компрессионных швов (ГКШ) 91,7% (95% ДИ, 84,9%–95,5%), а также 84,6% (81,2%-87,5%) для деваскуляризации матки (ДМ) или перевязки внутренних подвздошных артерий (ПВПА) ($p=0,06$) [9]. Резюмируя полученные данные пришли к выводу о том, что по эффективности нельзя выделить ни один из четырех существующих методов остановки ПРК. Однако, по данным других авторов эффективность БТМ при лечении ПРК составляет от 80 до 100% [10,11,12,13] и выгодно отличается наименьшей инвазивностью, простотой и скоростью применения.

Таким образом, все вышеизложенное диктует необходимость дальнейшего изучения, и внедрения эффективных малоинвазивных методов борьбы с ПРК способствующих предотвращению массивной акушерской кровопотери, сокращению числа хирургических методов гемостаза, что в конечном итоге позволит сохранить репродуктивный потенциал женщин и повысить общей удовлетворенности пациента проведенным лечением.

Цель. Оценить эффективность применения баллонной окклюзии полости матки при лечении гипотонических послеродовых кровотечений.

Материалы и методы

На базе Клинического Родильного дома №2, Чуйской областной Объединенной Больницы, и Национального Центра Охраны Материнства и Детства проведено проспективное исследование за период с 2015 по 2016 гг. В данное исследование включены 84 пациентки. Критерии включения: роды в доношенном сроке, одноплодные, через естественные родовые пути, ранний послеродовый период осложнился гипотоническим кровотечением 500,0 мл и более. Неотложная акушерская помощь всем родильницам оказывалась согласно алгоритму, утвержденному в клиническом протоколе (КП) Кыргызской Республики.

Основную I группу составили 35 родильниц, которым наряду со стандартной терапией проведена баллонная тампонада полости матки, а во II контрольную группу вошли 49 родильниц без проведения БТМ. Пациентки из обеих групп были сопоставимы по возрасту и паритету родов. Согласно закону об охране здоровья граждан в КР и в соответствии с этическими нормами и кодексами профессиональной этики медицинского работника КР, у пациенток получено письменное информированное согласие на применение методики БТМ. Оценка эффективности проводилась по следующим индикаторам: общий объем кровопотери, потребность в трансфузии эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы, применение больших доз простагландинов (PG), антибиотиков (АБ), обезболивающих препаратов, инфузионная терапия (ИТ) объемом более 1500,0 мл, потребность в лапаротомии и органосохраняющем хирургическом гемостазе включающий: перевязку восходящих маточных, яичниковых артерий, гемостатические компрессионные швы на матку и перевязку внутренних подвздошных артерий; потребность в гистерэктомии (ГЭ), время начала грудного вскармливания (ГВ), уровень гемоглобина (Hb) при выписке. Кроме того, проводилось анонимное анкетирование и оценивался уровень удовлетворенности пациенток проведенным лечением по 10-ти балльной шкале.

Результаты и обсуждения

Средний возраст родильниц в основной группе составил – $24,7\pm 3,9$ лет, а в контрольной – $25,4\pm 3,8$ лет, первородящих в обеих группах было по 43% и 48% соответственно. Сравнимые группы пациенток статистически не различались по акушерскому и соматическому анамнезу. С целью профилактики ПРК всем 84 родильницам проведено активное ведение III периода родов. После исключения 3-х причин ПРК: «тромбин», «ткань», «травма» и наличия симптомов, подтверждающих диагноз гипотонического кровотечения, родильницам I группы наряду со стандартным алгоритмом оказания неотложной помощи проведена баллонная окклюзия полости матки, а родильницам из II группы помощь оказывалась без применения БТМ.

Таблица 1

Индикаторы эффективности баллонной окклюзии полости матки

Индикаторы	I группа (n=35)	II группа (n=49)
Средний общий объем кровопотери, мл	664,57±117,83	1150,08±357,12
Кровопотеря 500,0-1000,0 мл	33 (94,3%)	10 (20,4%)
Кровопотеря 1000,0-1500,0 мл	2 (5,7%)	31 (63,3%)
Кровопотеря >1500,0 мл	0 (0%)	8 (16,3%)
Потребность в хирургическом гемостазе	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Деваскуляризация матки	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Компрессионный шов на матку	2 (5,7%)	31 (63,3%)
ПВПА, абс. (% от общего числа родильниц)	0 (0%)	13 (26,5%)
ПВПА, абс. (% от числа родильниц с ХГ)	0 (0%)	13 (41,9%)
Гистерэктомия, абс. (% от общего числа родильниц)	0 (0%)	19 (38,8%)
Гистерэктомия, абс. (% от числа родильниц с ХГ)	0 (0%)	19 (61,3%)
Применение больших доз простагландинов	14 (40%)	39 (79,6%)
Инфузионная терапия более 1500,0 мл	7 (20%)	29 (59%)
Трансфузия эритроцитарной массы	4 (11,4%)	32 (65,3%)
Трансфузия свежезамороженной плазмы	4 (11,4%)	35 (71,4%)
Применение антибиотиков	7 (20%)	37 (75,5%)
Применение обезболивающих препаратов	5 (14,3%)	31 (63,3%)
Начало ГВ в течении первых двух часов	30 (85,7%)	15 (30,6%)
Уровень Hb при выписке, г/л	95,4	71,0

Основным и индикатором эффективности применения БТМ при гипотоническом ПРК является общий объем кровопотери после вагинальных родов. Как видно из приведенных данных в таблице 1, средний общий объем кровопотери в основной группе составил 664,57±117,83 мл против 1150,08±357,12 мл. Кроме того, в этой же группе преобладала кровопотеря равная от 500,0 до 1000,0 мл и составила 33 случая (94,3%), против 10 случаев (20,4%). В контрольной группе кровопотеря от 1000,0 до 1500,0 мл была на 57,6% выше и составила 63,3% (31 случай) против 5,7% (5 случаев). Объемы равные более 1500,0 мл развились только у 8 родильниц (16,3%), которым неотложная помощь оказывалась без применения БТМ. Другим наиболее показательным индикатором является частота хирургических вмешательств после вагинальных родов. Согласно рекомендациям, утвержденным в КП КР [14] при продолжающемся кровотечении более 1000,0 мл необходимо рассмотреть вопрос о лапаротомии и проведении поэтапного хирургического гемостаза (ПХГ). В нашем исследовании оперативное лечение начиналось с органосохраняющих методов включающих: деваскуляризацию матки путем билатеральной перевязки маточных и яичниковых артерий, наложение гемостатических компрессионных швов на матку по методике

Науман, перевязку внутренних подвздошных артерий. В случае отсутствия эффекта от проводимого лечения и/или наличия показаний к проведению радикального лечения переходили на гистерэктомию.

Исходя из вышеизложенного, получены следующие результаты: в основной группе, после проведения БТМ гемостатический эффект достигнут в 30 случаях (85,7%), а в 5 случаях (14,3%) тампонадный тест [15,16] показал отрицательный результат, в виду чего было принято решение провести лапаротомию и ПХГ. Всем пятерым родильницам была проведена деваскуляризация матки, т.к. частичная ишемизация способствует восстановлению сократительной способности миометрия. Однако, двоим (40%) пациенткам из пяти, в виду сохраняющегося сниженного тонуса матки, была дополнительно проведена компрессия матки по Науман, которая исключает проведение гистерэктомии. По мнению многих авторов, [17,18,19] в условиях нарушения нейромышечного аппарата матки, при гипотоническом кровотечении после вагинальных родов, травмирование и нарушение целостности миометрия путем гистеротомии может вызвать дополнительную кровопотерю. При анализе корреляционной связи между проведением БТМ, объемов кровопотери и ПХГ, видно, что в основной группе из

всех 35 случаев, в 33 (94,5%) кровопотеря составила до 1000,0 мл. Несмотря на то, что пятерым родильницам пришлось провести хирургическое вмешательство, в 100 % случаев удалось сохранить репродуктивную функцию женщин. Таким образом, БТМ оказалась не только эффективным самостоятельным способом лечения гипотонического ПРК, но и позволила сократить время на принятие решения об оперативном вмешательстве в виду показательного отрицательного тампонадного теста, а также позволила сократить объем кровопотери на этапе подготовки к операции, что в итоге повлияло на успешный органосохраняющий хирургический гемостаз.

В контрольной группе из 49 родильниц с гипотоническим ПРК переход на ПХГ потребовался в 31 случае (63,3%). На начальном этапе оперативного лечения всем 31 родильницам проведена деваскуляризация и компрессия матки, у 7 (22,6%) был достигнут гемостатический эффект, а 13 пациенткам (41,9%) проведена ПВПА; по отношению к общему числу родильниц второй группы данный показатель составил 26,5%. Перевязка магистральных артерий малого таза не всегда обеспечивает полноценный гемостаз [20], в нашем исследовании эффективность составила 38,5%, т.е. гемостаз был достигнут 5 случаях, а остальным 8 пациенткам (61,5%) объем оперативного вмешательства был расширен до органосохраняющей гистерэктомии, увеличив таким образом общий объем кровопотери более 1500,0 мл. Данная операция считается технически сложной и должна проводиться обученным высококвалифицированным хирургом или сосудистым хирургом [21]. Однако, учитывая внезапность кровотечения и высокую скорость кровотока в послеродовой матке и, как следствие – высокую скорость кровопотери, даже при несении ургентной службы этими специалистами, не всегда представлялось возможным провести этот этап органосохраняющего хирургического гемостаза. Поэтому, несмотря на то, что по мнению многих авторов [16, 19], гистерэктомия должна рассматриваться как заключительный метод, используемый для спасения жизни, при отсутствии эффекта от остальных кровоостанавливающих методов, в 11 случаях (35,5%) было проведено радикальное лечение по причине отсутствия возможности провести ПВПА и продолжающемся жизнеугрожающем кровотечении. Исходя из вышеизложенного видно, что частота ГЭ возросла до 61,3%, т.е. до 19 случаев из всех 31 родильниц, подвергнутых оперативному вмешательству. А частота ГЭ по отношению к общему числу пациенток контрольной группы составила 38,8%.

Утеротонические препараты применялись во всех случаях гипотонического ПРК. Так, Окситоцин в общей дозе 40 МЕ применялся в 100 % случаев обеих групп, а потребность в Мизопростоле (PGE1) в дозе 800-1000 мкг в контрольной группе составила 79,6% против 40% в основной. Инфузионно-трансфузионная терапия проводилась в соответствии с рекомендациями в КП. Главная цель ИТ является быстрое восстановление капиллярной перфузии, что позволит предупредить срыв компенсаторных механизмов, приводящих к развитию шоковых изменений. Суточный объем ИТ при компенсированном и легком геморрагическом шоке (кровопотеря <1500,0 мл) колебался от 250 до 290% ОЦК, а при кровопотере более 1500,0 мл составил 300% дефицита ОЦК. Таким образом индикатор потребности в ИТ более 1500,0 мл во II группе на 39% больше и составил 29 случаев (59%) против 7 случаев (20%) в основной. С целью восстановления кислородтранспортной функции крови и достижения минимально допустимых показателей красной крови (*Hb* не менее 70 г/л, гематокрит не менее 30%), эритроцитарная масса переливалась в основной группе в 4 (11,4%) случаях, а в контрольной в 32 (65,3%). Проявления нарушений системы гемостаза во II группе были у 35 (71,4%) против 4 (11,4%), что явилось показанием к переливанию свежезамороженной плазмы. Кроме того, потребность в АБ терапии и применении обезболивающих препаратов в контрольной группе были на 55,5% и 49% выше, чем в основной. Согласно рекомендациям ВОЗ, начало грудного вскармливания должно быть в течении первых 30 минут – первого часа после рождения; однако, в нашем исследовании индикатором эффективности определено минимальное время начала ГВ в течении первых двух часов, и в I группе он составил 85,7%, против 30,6%. БТМ позволила предупредить развитие постгеморрагической анемии тяжелой степени, и при выписке средний уровень *Hb* в основной группе составил 95,4 г/л, в контрольной 71,0 г/л. При определении уровня удовлетворенности пациентов полученным лечением по 10-ти балльной шкале в группе с использованием БТМ средний балл составил $8,5 \pm 1,0$, а во второй группе $5,3 \pm 2,1$ балла.

Таким образом, баллонная окклюзия полости матки полностью соответствует стратегии сохранения репродуктивного потенциала женщин, а также позволяет значительно улучшить медико-экономические показатели, повысить уровень удовлетворенности и качество жизни женщин.

Литература

1. *Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by World Health Organization (WHO), United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Population Fund (UNFPA), World Bank Group, United Nations Population Division (UNPD)* [Электронный ресурс]. - Geneva: WHO, 2015. - Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/> (accessed 13.04.2017). - Яз. англ.
2. *Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group* / L. Alkema, D. Chou, D. Hogan, et al. // *Lancet*. - 2016. - V. 387 (10017). - P. 462-474.
3. *Global Causes of maternal death: a WHO systematic analysis* / L. Say, D. Chou, A. Gemmill et al. // *Lancet Glob Health*. - 2014. - V. 2 (6). - e323-e333.
4. *Belfort, M.A. Overview of postpartum hemorrhage* [Электронный ресурс] / M.A. Belfort, Ch.J. Lokwood, V.A. Barss. - UpToDate, Inc. 2015. - Available at: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage#H1>, свободный. - Яз. англ.
5. *Ramanathan, G. Postpartum Haemorrhage* / G. Ramanathan, S. Arulkumaran // *Curr Obstet Gynaecol*. - 2006. - V. 16(1). - P. 6-13.
6. *Первый отчет конфиденциального аудита материнской смертности в Кыргызской Республике за 2011-2012 гг.* - Бишкек, 2014.
7. *Knight M.; on behalf of UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage* / M Knight // *BJOG*. - 2007. - V. 114 (11). - P. 1380-1387.
8. *Баев, О.Р. Послеродовое кровотечение: акушерская тактика и интенсивная терапия* / О.Р. Баев, А.И. Давыдов // *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии*. - 2011. - Т. 10. - №6. - С. 65-69.
9. *Doumouchtsis, S.K. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to when medical treatment fails* / S.K. Doumouchtsis, A.T. Papageorghiou, S. Arulkumaran // *Obstet. Gynecol. Surv.* 2007. - V. 62 (8). - P. 540-547.
10. *Olsen, R. Bakri balloon effectiveness for postpartum hemorrhage: a «real world experience»* / R. Olsen, D.P. Reisner, T.J. Benedetti // *J Matern Fetal Neonatal Med*. - 2013. - V. 26 (17). - P. 1720-1723.
11. *Intrauterine balloon tamponade for the control of postpartum haemorrhage* [R. Lohano, G. Haq, S. Kazi et al.] // *J Pak Med Assoc*. - 2016. - V. 66(1). - P. 22-26.
12. *Success factors for Bakri balloon usage secondary to uterine atony: a retrospective, multicenter study* / [E. Vintejoux, D. Ulrich, E. Mousty et al.] // *Aust N.Z. J. Obstet Gynaecol*. -2015. - V. 55(6). - P. 572-577.
13. *Кукарская, И.И. Управляемая баллонная тампонада матки при операции кесарева сечения как метод профилактики острой массивной кровопотери* / И.И. Кукарская // *Акушерство и гинекология*. - 2012. - №7. - С. 80-83.
14. *Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и третичного уровней здравоохранения: сб. №3.* - Бишкек: МЗ КР, 2010.
15. *The «tamponade test» in the management of massive postpartum hemorrhage* / [G.S. Condous, S. Arulkumaran, I. Simonds et al.] // *Obstet Gynecol*. - 2003. - V. 101(4). - P. 767-772.
16. *The use of «tamponade test» to stop massive obstetric haemorrhage in placenta accreta* / [D. Frenzel, G.S. Condous, A.T. Papageorghiou et al.] // *BJOG*. - 2005. - V. 112(5). - P.676-677.
17. *Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of postpartum hemorrhage. March 2011.* Accessed Nov. 1, 2013.
18. *Chandrahara, E. Surgical aspects of postpartum haemorrhage* / E. Chandrahara, S. Arulkumaran // *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol*. -2008. - V. 22 (6). - P. 1089-1102.
19. *Menstrual and fertility outcomes following the surgical management of postpartum haemorrhage: a systematic review* / [S.K. Doumouchtsis, K. Nicolopoulos, V.S. Talaulikar et al.] // *BJOG*. -2014. - V. 121 (4). - P. 382-388.
20. *O'Leary, J.A. Uterine artery ligation in the control of postcesarean haemorrhage* / J.A. O'Leary // *J Reprod Med*. - 1995. - V. 40 (3). - P. 189-193.
21. *Хирургический компонент лечения акушерских гипотонических кровотечений* / [А.Н. Рымашевский, В.Е. Радзинский, Н.А. Красникова и др.] // *Акушерство и гинекология*. - 2008. - №3. - С. 30-34.

**МОНИТОРИНГ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА
С ОСТРОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

А.А. Ахметханова, Р.Р. Урумбаева, Ю.В. Борякин

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведено исследование 100 детей грудного и раннего возраста, жителей различных регионов Кыргызской Республики, получавших стационарное лечение в Национальном Центре охраны материнства и детства по поводу острой бронхолегочной патологии. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушения пищевого статуса, удельный вес которых нарастает с возрастом. Выявлены наиболее значимые ошибки в организации питания детей 0-6 месяцев, 6-12 месяцев, 1-2 лет. При сопоставлении групп часто и относительно редко болеющих детей установлен наибольший удельный вес ошибок в организации питания детей в первой группе.

Ключевые слова: дети, питание, вскармливание, физическое развитие, нарушения питания.

**КАТУУ КАРМАГАН ӨПКӨ-БРОНХ ПАТОЛОГИЯСЫНАН ЖАБЫРКАГАН ЭМЧЕКТЕГИ
ЖАНА НАРИСТЕ КУРАГЫНДАГЫ БАЛДАРДЫН ТАМАКТАНУУСУНУН МОНИТОРИНГИ**

А.А. Ахметханова, Р.Р. Урумбаева, Ю.В. Борякин

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Эне жана баланы коргоо улуттук борборунда, Кыргыз Республикасынын ар кайсы региондорунан келип катуу кармаган өпкө-бронх патологиясына байланыштуу стационардык дарылоодон өткөн, эмчектеги жана наристе курактагы 100 балага изилдөө жүргүзүлдү. Айкын болгондой, изилдөөгө алынган топтордун көпчүлүгүндө тамактык макамдын бузулгандыгы жана алардын саны жаш курагына жараша өсүшү байкалууда. 0-6 айлык, 6-12 айлык, 1-2 жашар балдардын тамактануусун уюштурууда олуттуу катачылыктар такталган. Көп ооруган жана аз ооруган балдардын топторун салыштырганда, биринчи топтогу балдардын тамактануусун уюштурууда көп каталар кетирилгендиги такталган.

Негизги сөздөр: балдар, тамактануу, тамактандыруу, физикалык өрчүү, тамактануунун бузулушу.

**FOOD MONITORING OF THE BREAST AND EARLY AGE CHILDREN WITH
THE ACUTE BRONCHOPULMONARY PATHOLOGY**

A.A. Akhmethanova, R. R. Urumbaeva, J.V. Boriakin

Kyrgyz state medical academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Chair of hospital pediatrics with course of neonatology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Research of 100 breast and early age children, the inhabitants of the Kirghiz Republic various regions receiving hospitalization in The National Center of welfare of motherhood and childhood concerning acute bronchopulmonary pathology is carried out. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of the nutrition status disorders with relative density increase with the years. The most significant mistakes in the food organization of children of 0-6 months, 6-12 months, 1-2 years are revealed. By comparison of groups of often and rather seldom ill children, the greatest relative density of mistakes in the food organization of children in the first group is established.

Keywords: children, food, feeding, physical development, food disorders.

Питание детей грудного и раннего возраста является основой для их здорового роста и развития. Тем не менее, нарушения нутритивного статуса у детей с каждым годом диагностируются все чаще и имеют тенденцию к увеличению [1].

По оценкам ВОЗ, недостаточность питания ежегодно приводит к 3,1 миллиона смерти детей, или к 45% всех случаев смерти детей [2]. В Кыргызской Республике остается высокой распространенность острых и хронических нарушений питания – в некоторых областях распространенность

низкорослости среди детей до 5 лет достигает 22-27,3%, в то же время отмечаются и частые случаи избыточного веса как следствия чрезмерного употребления жирной и углеводистой пищи – 5-12,4% [3]. В 2002 году ВОЗ и ЮНИСЕФ разработали Глобальную стратегию по кормлению младенцев и детей младшего возраста, направленную на поддержку исключительно грудного вскармливания младенцев до 6-ти месяцев, предоставление безопасного и соответствующего прикорма детям старше 6-ти месяцев и сбалансированного питания для детей с одного года до двух лет и старше [4]. Основные положения данной стратегии внедрены в практическое здравоохранение Кыргызской Республики, включая консультирование и оказание поддержки по организации питания здорового ребенка и при различных заболеваниях.

Цель работы. Изучить нутритивный статус и особенности питания детей грудного и раннего возраста, госпитализированных по поводу острой бронхолегочной патологии, с определением погрешностей кормления и их коррекции.

Материалы и методы исследования

Исследование осуществлено на базе клинических отделений Национального Центра охраны материнства и детства путем опроса матерей больных детей по разработанной на основе рекомендаций ВОЗ и ЮНИСЕФ анкете по оценке питания детей раннего и грудного возраста.

Определение физического развития проводилась по таблицам стандартных отклонений (СО) по оценке уровня физического развития и состояния питания (приказ Министерства здравоохранения Кыргызской Республики №585 от 09.10.2015 г. «О наблюдении здоровых детей на уровне первичного звена здравоохранения»). Развитие расценивалось как нормальное при соответствии всех трех индексов («Вес-возраст»,

«Вес-рост», «Рост-возраст») отклонениям в пределах $-1СО \pm 2СО$, острое нарушение питания определялось при отставании от нормативов показателей веса от роста, хроническое нарушение питания – при одновременном отставании от нормативов показателей веса и роста, в отдельную группу были вынесены дети с отставанием от нормативов показателей роста, в группу риска – с индексом «Вес-возраст» в пределах $-1СО = 2СО$, в группу детей с избыточным весом – с индексом «Вес-возраст» более $+2СО$.

Под наблюдением находились 100 детей грудного и раннего возраста (69 детей первого года жизни, 31 ребенка второго года жизни), получавших лечение по поводу острой бронхолегочной патологии.

При всех случаях консультирования кормящим матерям даны рекомендации по коррекции выявленных нарушений питания.

Результаты и обсуждение

Под наблюдением находились дети из всех регионов Кыргызской Республики: Чуйской области (39 детей), Иссык-Кульской (22), Нарынской (15), Джалал-Абадской (9), Таласской (7), Ошской (5), Баткенской (3).

Большинство наблюдавшихся детей имели нормальную массу при рождении (76), малый вес (до 2500 г) отмечался у 11 детей, крупный (более 4000 г) у 13 детей.

Из отягощений акушерского анамнеза наиболее часто регистрировались анемия (45), вирусные инфекции (44), гестозы беременности (14). Без отягощений беременность протекала у 24 матерей.

Следует отметить высокий удельный вес часто болеющих детей (4 и более случаев ОРВИ в течение года) – 41 из 100 обследованных детей.

При оценке физического развития выявлены случаи как отставания по массе и росту, так и избыточной массы.

Таблица 1

Физическое развитие детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

Физическое развитие	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Норма	24	68,6	22	64,8	14	45,2	60	60,0
Острое нарушение питания	-	-	3	8,8	2	6,5	5	5,0
Хроническое нарушение питания	1	2,9	1	2,9	3	9,7	5	5,0
Отставание по росту	2	5,7	3	8,8	5	16,1	10	10,0
Группа риска	5	14,2	2	5,9	6	19,3	13	13,0
Избыточная масса	3	8,6	3	8,8	1	3,2	7	7,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

При оценке показателей физического развития отмечено, что большая часть обследованных детей (60%) может быть отнесена к группе нормального развития, но с возрастом число таких детей уменьшается (с 68,6% в группе детей первого полугодия жизни до 45,2% у детей второго года жизни). Число детей с острым и хроническим нарушениями питания с возрастом увеличивается (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни). Следует отметить также и довольно высокий процент детей, имевших избыточную массу тела

как следствие алиментарных нарушений. По литературным данным, более 20% детей на втором-третьем году имеют избыточную массу тела [5]. В наших исследованиях превышение индекса «Вес-возраст» более +2СО зарегистрировано в среднем у 7,0% обследованных детей, достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).

При анкетировании кормящих матерей выявлены наиболее частые погрешности питания детей, отраженные в нижеприведенной таблице.

Таблица 2

Погрешности организации питания детей грудного и раннего возраста, получавших стационарное лечение по поводу острой бронхолегочной патологии

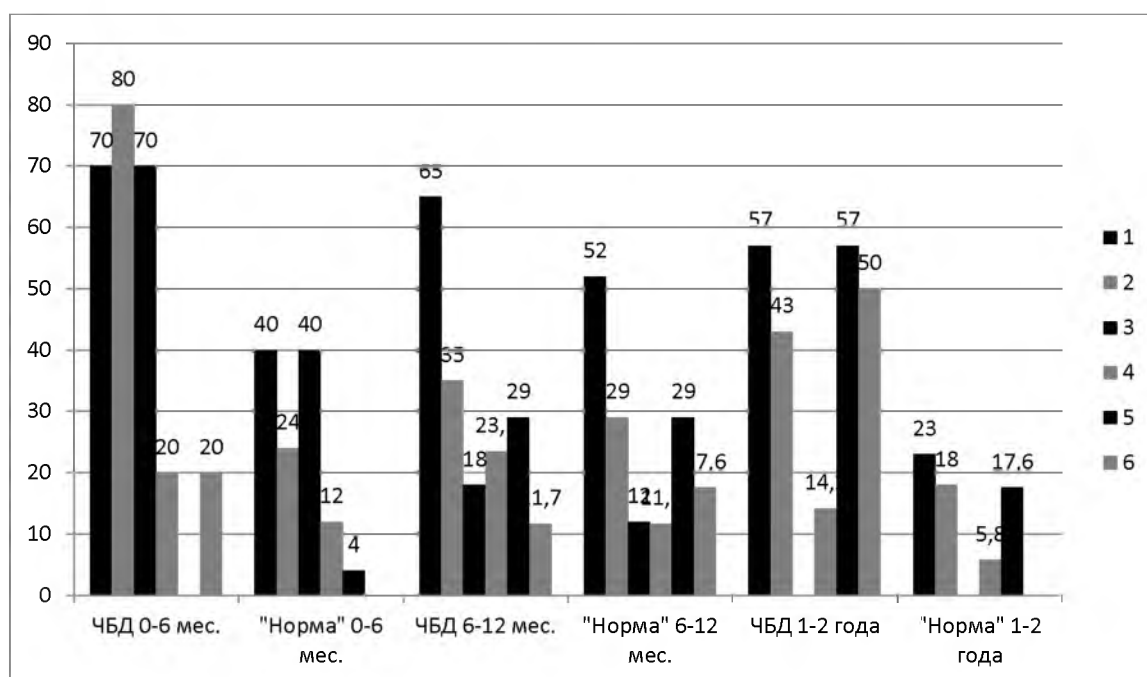
Погрешности организации питания	Возраст							
	0-6 месяцев		6-12 месяцев		1-2 года		0-2 года	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Нарушение техники грудного вскармливания	14	40,0	11	32,3	9	29,0	34	34,0
Использование дополнительных жидкостей до возраста 6 месяцев	17	48,6	5	14,7	-	-	22	22,0
Использование бутылочек, пустышек	17	48,6	20	59,0	12	38,0	49	49,0
Раннее введение прикорма	5	14,3	6	17,6	3	9,6	14	14,0
Позднее введение прикорма	-	-	1	2,9	2	6,5	3	3,0
Использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев	1	2,8	6	7,6	-	-	7	7,0
Использование кисломолочных продуктов до возраста 12 месяцев	-	-	6	17,6	-	-	6	6,0
Несоблюдение правил приготовления пищи	-	-	5	14,7	7	22,6	12	12,0
Однообразное питание	-	-	6	17,6	5	17,1	11	11,0
Качественный недокорм	1	2,8	10	29,4	11	35,5	22	22,0
Недостаток в рационе фруктов и овощей	-	-	2	5,9	3	9,6	5	5,0
Злоупотребление аллергизирующих продуктов кормящей матерью	-	-	3	8,8	4	13,0	7	7,0
Социальные отягощения	2	5,7	5,0	14,7	9	29,0	16	16,0
Всего	35	100,0	34	100,0	31	100,0	100	100

Как следует из результатов исследования, наиболее частой ошибкой вскармливания (в среднем 49,0% случаев) послужило использование бутылочек и пустышек, увеличивающих риск инфицирования детей грудного и раннего возраста, особенно в период 6-12 месяцев (59,0% случаев).

Второй по частоте погрешностью оказалось нарушение техники грудного вскармливания (редкие кормления, неправильное положение ребенка у груди матери, ошибки прикладывания к груди, отсутствие сцеживания после кормления),

в среднем достигающее частоты 34,0% случаев с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни (40,0%).

Существенный вес имеют также использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев как фактор, способствующий гипогалактии матери (48,6% в данной возрастной группе), и качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни).



- 1 – Использование бутылочек, пустышек
- 2 – Нарушения техники грудного вскармливания
- 3 – Использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев
- 4 – Раннее введение прикорма
- 5 – Качественный недокорм
- 6 – Неблагоприятные социальные факторы

Рис. 1. Погрешности организации питания часто болеющих детей грудного и раннего возраста сравнительно с «условно нормальными» детьми (%).

В наших наблюдениях выявлены нарушения правил введения прикорма – раннее (до возраста 6 месяцев) в 14,0% случаев, позднее (после возраста 6 месяцев) – в 3,0% случаев. Относительно часто встречается несоблюдение правил приготовления пищи – в среднем в 12,0% случаев (с ростом до 22,6% в группе детей второго года жизни).

В группах детей старше 6 месяцев имеет место такие погрешности, как однообразное питание (использование в качестве основного рациона маннх каш, мучных изделий) – 11,0% (с повышением до 17,6% в группе детей второго полугодия жизни), недостаточное потребление овощей и фруктов – 5,0% (с повышением в группе детей второго года жизни до 9,6%).

Обращают на себя внимание и погрешности, служащие алергизации детей грудного и раннего возраста – использование цельного коровьего молока до возраста 12 месяцев (7,0% случаев), злоупотребление алергизирующими продуктами кормящей матерью (7,0% случаев).

Имеют значение и неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (выезд на заработки, отсутствие надлежащего медицинского наблюдения, матери-одиночки), удельный вес которых в среднем достигает 16,0% (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).

При анализе нарушений питания часто болеющих детей сравнительно с «условно нормальными» детьми, переносящими острые респираторные инфекции менее 4 раз в год (рисунок 1) выявлено, что практически во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены именно среди часто болеющих детей. Наиболее разительные отличия определяются в возрастной группе первого полугодия жизни, где нарушения техники вскармливания выявлены у 80,0% часто болеющих детей сравнительно с «нормальными» детьми (24,0%), использование бутылочек и пустышек (70,0 и 40,0% соответственно), использование дополнительных жидкостей (70,0 и 40,0% соответственно), раннее введение прикорма (20,0 и 12,0% соответственно), неблагоприятные социальные факторы (20,0 и 4,0% соответственно).

Данный факт позволяет отнести погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста к группе преморбидных отягощений и рассматривать их устранение как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

Выводы:

1. Нутритивный статус детей с погрешностями в организации питания ухудшается с возрастом с увеличением числа случаев как с дефицитом веса и роста (с 2,9% у детей первого полугодия жизни до 16,2% в группе детей второго года жизни), так и числа случаев избыточной массы достигая наибольшей выраженности в группе детей второго полугодия жизни (8,8%).

2. Наиболее частыми ошибками вскармливания (в среднем 49,0% случаев) служат использование бутылочек и пустышек (особенно в возрастном периоде 6-12 месяцев – 59,0% случаев), нарушение техники грудного вскармливания (с наибольшей выраженностью в возрастной группе первого полугодия жизни – 40,0%), использование дополнительных жидкостей в возрасте до 6 месяцев (48,6% в данной возрастной группе), качественный недокорм с использованием неадаптированных для данного возраста смесей и продуктов (до 29,4% среди детей второго полугодия жизни, 35,5% среди детей второго года жизни), неблагоприятные социальные факторы, влияющие на организацию детского питания (в группе детей второго года жизни этот показатель нарастает до 29,0%).
3. Во всех возрастных группах организационные нарушения питания с наибольшим удельным весом представлены среди часто болеющих детей, достигая наибольшего веса в возрастной группе первого полугодия жизни.
4. Погрешности в организации питания детей грудного и раннего возраста могут быть отнесены к группе преморбидных отягощений, их устранение может рассматриваться как фактор профилактики детской инфекционной заболеваемости.

Литература

1. Информационный бюллетень ВОЗ № 342. - Январь 2016.
2. Питание детей раннего возраста. Интегрированный курс. Руководство для участников / [К.А. Узакбаев и др.]. - Бишкек: Салам, 2008.
3. Питание детей раннего возраста. Мульти-индикаторный кластерный обзор (МИКО). - ЮНИСЕФ, 2006.
4. Мазур, Л.И. Роль питания и нутрициологии в развитии ребенка. Диагностика и коррекция нутритивных нарушений / Л.И. Мазур, Е.А. Балашова // *Premeditum Приволжье*, 2016. - №5 (145). - С. 28-32.
5. Нарушения питания у детей раннего возраста и их коррекция / [В.А. Скворцова и др.]. // *Вопросы современной педиатрии* - 2011. - Том 10, №4. - С. 119-225.

**УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ДЕФЕКТОВ
АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

Д.А. Ешиев, А.М. Ешиев

Ошская межобластная объединенная клиническая больница
г. Ош, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье отражены результаты усовершенствованной костной пластики дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти на примере 60 больных, получивших оперативное лечение в челюстно-лицевом отделении Ошской межобластной объединенной клинической больницы (ОМОКБ).

Ключевые слова: Врожденная расщелина губы и неба, костный дефект альвеолярного отростка, аутокостная пластика.

**ҮСТҮҢКҮ ЖААКТЫН АЛЬВЕОЛЯРДЫК ӨСҮНДҮСҮНҮН КЕМТИГИН,
СӨӨК ПЛАСТИКАСЫ МЕНЕН ТОЛУКТООНУН ӨРКҮНДӨТҮЛГӨН ЫКМАСЫ**

Д.А. Ешиев, А.М. Ешиев

Ош облустар аралык бириккен клиникалык ооруканасы
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада үстүнкү жаактын альвеолярдык өсүндүсүнүн кемтигин, сөөк пластикасы менен толуктоонун өркүндөтүлгөн ыкмасы менен 60 бейтапка операция Ош облустар аралык бириккен клиникалык оорукананын бет-жаак бөлүмүндө жасалганы баяндалган.

Негизги сөздөр: Үстүнкү эриндин жана таңдайдын тубаса жырыгы, альвеолярдык өсүндүнүн кемтиги, өз сөөгү менен толуктоо.

IMPROVED BONE PLASTIC DEFECTS OF ALVEOLAR UPPER JAW

D.A. Eshiev, A.M. Eshiev

Osh Interregional United Clinical Hospital
Osh, the Kyrgyz Republic

Summary: This article reflects the results of improved bone plasticity of the defect of the alveolar process of the upper jaw by the example of 60 patients who received surgical treatment in the maxillofacial department of the Osh Interregional United Clinical Hospital.

Key words: congenital cleft lip and palate, bone defect of alveolar process, autosteal plastic.

Врожденная расщелина верхней губы и неба (ВРГН), являясь одним из наиболее часто встречающихся пороков развития челюстно-лицевой области, с самого рождения ребенка сопровождается не только косметическим дефектом, но и тяжелыми функциональными нарушениями. Устранение расщелины альвеолярного отростка (РАО) верхней челюсти является одной из проблем, которая стоит на одном из первых мест в программе комплексной реабилитации детей с ВРГН.

Большинство авторов [1,2,4] указывают на положительный эффект костной пластики при устранении дефектов альвеолярного отростка в различных возрастных группах, что связано с формированием в результате оперативного вмешательства благоприятных условий для симметричного роста верхней челюсти и средней зоны

лица, при этом уменьшается частота зубо-челюстных аномалий. Врожденная расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти – это дефект между краями десны в проекции промежутка между первым и третьим молочными (или постоянными) зубами. Нередко в этом участке находится ротоносовое соустье – сообщение преддверия полости рта с полостью носа.

Костный дефект – это один из основных факторов, способствующих потере постоянных зубов, расположенных по его краям. Корни первого, второго (при наличии) и третьего постоянного зуба, в отличие от других зубов, не полностью закрыты костной тканью в области дефекта.

У большинства детей с врожденными расщелинами верхней губы и небаналиченствует отсутствие второго постоянного зуба или он располагается в области костного дефекта. Таким образом, образуется промежуток в верхнем зубном

ряду. Это обуславливает необходимость его замещения. Наиболее часто применяются 2 способа восстановления дефекта верхнего зубного ряда: 1) ортодонтический путь (смещение первого и третьего зубов навстречу друг другу или перемещение второго зуба в зубной ряд); 2) протезирование или имплантация (замещением дефекта зубного ряда протезом). Независимо от способа замещения данного промежутка в верхнем зубном ряду, дефект альвеолярного отростка должен быть заполнен костной тканью с целью устранения подвижности (и нестабильности) костных фрагментов по отношению друг к другу в области дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти.

В качестве трансплантата при устранении расщелина альвеолярного отростка большинство исследователей [1,2,3,4,5,6] используют аутологичный материал (ребро, гребешок подвздошной кости и др.).

Цель оперативного лечения: восстановление непрерывности костной основы верхней челюсти с учетом обеспечения оптимальных условий для проведения ортодонтического лечения и формирования привлекательного верхнего зубного ряда и прикуса.

Материалы и методы исследования

Замещение дефекта верхней челюсти обеспечивается путём использования разнообразных трансплантатов (наиболее часто – ауотрансплантатов из гребня подвздошной кости ребёнка). Пиковый возраст для проведения костной пластики альвеолярного отростка верхней челюсти – 8-12 лет (после прорезывания центральных зубов и перед прорезыванием клыка на стороне расщелины). Наиболее оптимальные результаты пластики альвеолярного отростка верхней челюсти могут быть достигнуты только в том случае, если операция выполнена в указанном возрастном интервале, после предварительно проведённого ортодонтического лечения и с последующим динамическим наблюдением хирурга и ортодонта.

Нами была проведена аутокостная пластика усовершенствованным методом 60 больным с диагнозом врожденная расщелина альвеолярного отростка верхней челюсти. Ранее данным больным проведено 2а этапа оперативного лечения – хейлопластика и ураностафиллопластика по поводу врожденных расщелин. **Ход операции:** На первом этапе проводили забор донорского материала из передней 1/3 гребня подвздошной кости. Операционный разрез проходил параллельно кожным складкам, отступая вверх от передней верхней подвздошной кости примерно на 5 см.

Длина разреза составляла 4,5-5 см. Распатором отделяли ростковую зону на питающей ее мышечно-надкостничной ножке и надкостницу от медиальной поверхности крыла подвздошной кости. С помощью бормашин и 5-ти миллиметрового прямого долота забирали костный ауотрансплантат из донорского места. Рану зашивали. Второй этап оперативного лечения начинали с реконструирования дна носовой полости, подготовки реципиентного ложа для костного трансплантата. Затем выкраивали слизисто-надкостничный лоскут для укрытия трансплантата с вестибулярной стороны. В этот лоскут включали кератинизированную слизистую оболочку, которая перемещалась на вершину формируемого альвеолярного гребня. После реконструкции дна носа, была изготовлена изоляционная пластинка из кортикального слоя кости, которая устанавливалась в основание носа, с целью изоляции полости носа и передней 1/3 твердого неба, приступали к помещению взятого свободного костного фрагмента непосредственно в дефект альвеолярного отростка. Костный ауотрансплантат размягчали с помощью специального инструментария и подгоняли по форме и размерам дефекта таким образом, чтобы он входил в него с некоторым усилием, укладывали в дефект. Затем приступали к завершающему этапу операции. Трансплантат укрывали вестибулярным слизисто-надкостничным лоскутом и ушивали рану. В послеоперационном периоде пациентам назначали щадящую диету, антибактериальное, обезболивающее лечение, физиотерапию. Уход за донорской раной заключался в ежедневной смене асептической повязки в течение 5-ти дней. В полости рта швы снимали на 10-12-е сутки, из донорской раны шов удаляли на 10-е сутки. Проводили рентгенологическое исследование – панорамное и денсальное, области расщелины и денситометрическое. Перечисленные методы исследований позволили оценить условия для проведения хирургического вмешательства, направленного на устранение расщелины альвеолярного отростка верхней челюсти, определить хирургическую тактику, объективизировать результаты лечения.

Результаты исследования их обсуждение

Результаты проведенного вмешательства оценивали посредством клинических наблюдений и динамического рентгенологического контроля, а также денситометрического метода. Результаты оценивали как хорошие, удовлетворительные и неудовлетворительные. Успешно проведенной считалась операция, после которой практически полностью восстанавливалась высота и глубина

альвеолярного отростка. У всех обследованных в этот период было отмечено полное восстановление трудоспособности, улучшилась функция жевания и речи.

Спустя три месяца при контрольном осмотре после операции, у 93% больных восстановилась высота и глубина альвеолярного отростка, это считается хорошим результатом аутокостной пластики усовершенствованным методом. У 7% больных отмечен удовлетворительный результат, сюда отнесены случаи, когда гребень восстановленного альвеолярного отростка верхней челюсти находился на уровне между 1/2 и верхней 1/4 длины корня прилежащего к расщелине зуба.

В отдаленные сроки, через шесть месяцев после проведения вмешательства, результаты костной пластики альвеолярного отростка оценены у 58 пациентов: (96,6%) с хорошими результатами костной пластики, у 2 больных (3,4%) – удовлетворительные результаты.

Результаты рентгенологического исследования: у всех 60 (100%) больных через 6 месяцев отмечалось образование зрелой костной ткани, что подтверждают также данные денситометрии – $1297 \pm 12,9$.

Таким образом, исходя из результатов проведенного исследования можно сделать вывод, что установленная в основание носа изоляционная пластинка из кортикального слоя кости, с целью изоляции полости носа, значительно улучшает результаты аутокостной пластики при врожденных расщелинах альвеолярного отростка верхней челюсти, что и подтверждается результатами клинико-рентгенологических и денситометрических исследований. Восстановление костной ткани у больных с дефектом альвеолярного отростка верхней челюсти проходило в 1,5 раза быстрее чем при классической пластике, а комбинация костного трансплантата с колапановым гелем позволило достичь хороших результатов без осложнений.

Литература

1. Алексеева, Ю.Н. Устранение врожденного дефекта альвеолярного отростка верхней челюсти с использованием биорезорбируемых мембран (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. кан. мед. наук / Ю.Н. Алексеева. - М., 2002. - 22 с.
2. Артюшкевич, А.С. Костная пластика у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба / А.С. Артюшкевич, О.С. Якуевич // Современ. стоматология. - 2003. - №1. - С. 42-44.
3. Давыдов, Б.Н. Аномалии развития и деформации лицевого скелета у больных с врожденными пороками лица и их хирургическое лечение (клинико-экспериментальное исследование): Автореф. дисс. д-ра мед. наук / Б.Н. Давыдов. - М., 1984. - 48 с.
4. Ешиев, А.М. Костная аутопластика альвеолярного отростка при врожденных расщелинах с последующим ортодонтическим лечением / А.М. Ешиев, Н.Т. Таалайбеков // Международный журнал экспериментального образования. - Москва, 2015. - №11 (часть 3). - С. 362-364.
5. Мамедов, Ад.А. Системные нарушения речи у детей с врожденной патологией лица и челюстей / Ад.А. Мамедов, О.А. Бандример, А.И. Соловьев // Материалы шестого межресп. школьн. семинара «Интерактивные системы». - Батуми, 1994. - С. 415-416.
6. Фролова, Л.Е. Объем помощи детям с расщелиной неба на этапах комплексного лечения / Л.Е. Фролова, Э.У. Махкамов // Основные стоматологические заболевания. - Ташкент, 1981. - С. 70-73.

**ИССЛЕДОВАНИЕ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ДЕФЕКТАХ ЗУБНЫХ РЯДОВ
МЕТОДОМ ГНАТОДИНАМОГРАФИИ**

Э.О. Исаков, А.О. Абдумомунов, А.Т. Кулукеева

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра ортопедической стоматологии

(Зав. каф. – д.м.н., проф. Калбаев А.А.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье освещены вопросы включения адаптационно-компенсаторных механизмов при частичной адентии и их изменения по сравнению с интактными зубными рядами.

Ключевые слова: частичные дефекты, адаптационно-компенсаторный механизм, типы интегральной выносливости.

**ТИШТЕРДИН КАТАРЫНЫН БУЗУЛУШУНДАГЫ ТИШ-ЖААК СИСТЕМАСЫНЫН
КӨНҮГҮҮ-КАЛЫБЫНА КЕЛҮҮ МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮН
ГНАТОДИНАМОГРАФИЯ ЫКМАСЫ МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ**

Э.О. Исаков, А.О. Абдумомунов, А.Т. Кулукеева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Ортопедиялык стоматология кафедрасы

(Кафедра башчысы – м.и.д., профессор Калбаев А.А.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Статъяда тиштердин катарларынын бузулушунда көнүгүү-калыбына келүү механизмнин кирүүсү жана тиштердин толук катарына салыштырмалуу өзгөрүүсү.

Негизги сөздөр: жарым-жартылай тиш катарынын бузулушу, көнүгүү-калыбына келтирүү механизми, интегралдык көтөрүмдүүлүктүн түрлөрү.

**RESEARCH OF ADAPTIVE-COMPENSATORY POSSIBILITIES
OF THE DENTOALVEOLAR SYSTEM IN THE CASE OF THE DEFECTS IN THE DENTITION
BY THE METHOD OF GNATHODYNAMOGRAPHY**

E.O. Isakov, A.O. Abdumomunov, A.T. Kulukeeva

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Orthopedic Dentistry

(Head of the Department – Ph.D., Professor Kalbaev A.A.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article deals with the inclusion of adaptation-compensatory mechanisms for partial adentia and their changes in comparison with intact dentition.

Key words: partial defects, adaptive-compensatory mechanism, types of integral endurance.

Актуальность. Частичная адентия, какой бы протяженности она ни была, означает нарушение целостности такого структурного элемента в жевательном аппарате, как зубной ряд. Это весьма существенное нарушение в структуре целой системы, т.к. именно зубные ряды верхней и нижней челюстей обеспечивают полноценность жевания, как одной из функций организма. В изменившихся условиях в функциональной жевательной системе [1] включаются адаптационно-компенсаторные механизмы для приспособления к этим условиям. По данным следующих авторов [2,3], адаптивные реакции помогают биосистеме изменять свои

структуры и функции, а компенсаторные обеспечивают целостность системы и сохранение ее основной функции.

При частичной утрате зубов нарушение непрерывности зубных рядов вызывает их перестройку, возникающую вначале вблизи дефекта, которая затем распространяется на весь зубной ряд. Перестройка приводит к вертикальному перемещению зубов, лишенных антагонистов, и наклону зубов, ограничивающих дефект, в сторону. Это вызывает деформации зубных рядов, которые осложняют ортопедическое лечение частичной адентии [2,4].

Исходя из компенсаторных возможностей зубочелюстной системы некоторые авторы не считали частичную адентию безусловным этиологическим фактором развития вторичных деформаций зубных рядов [3,5]. Однако эта позиция не нашла широкой поддержки, подвергалась критике со стороны ряда авторов, которые считали вторичную деформацию зубных рядов осложнением частичной адентии [6,7,8,9].

Таким образом, многими исследователями было показано, что при частичной утрате зубов изменяются условия функционирования других зубов, оставшихся без антагонистов и ограничивающих дефект зубного ряда. Большинство авторов [10,11] считают, что при этом первые находятся в условиях большего напряжения, чем в норме, а вторые не получают должной функциональной нагрузки. И то, и другое состояние действует неблагоприятно на ткани опорного аппарата зуба, вызывая в них явления дистрофии. При высоких и хорошо выраженных адаптационно-компенсаторных реакциях могут отсутствовать воспалительные и деструктивные процессы, а также подвижность зубов и трем, что свидетельствует о полной компенсации или компенсации на пределе. На сегодняшний день установить уровень компенсации является задачей, которую можно решить с помощью методов функциональной диагностики.

Прежде всего, при частичной вторичной адентии необходимо иметь сведения о том, как изменяется выносливость опорных тканей зубов, которые ограничивают дефект зубного ряда.

Выносливость пародонта к нагрузке, как отмечали в своих работах различные авторы, использовавшие в исследованиях гнатодинамометрию, весьма вариабельна [12]. Выносливость пародонта к нагрузке при этом оценивалась только по порогу болевого ощущения в пародонте во время максимальной произвольной нагрузки.

В связи с этим нами [13] был разработан метод графической записи максимальной окклюзионной силы, которую могут удерживать жевательные мышцы до их полного утомления. Таким образом с одной стороны, задействованы механорецепторы периодонта (до их болевого раздражения), и, с другой стороны, задействована жевательная мускулатура. В целом же это характеризует выносливость зубочелюстной системы, названную нами как

интегральная выносливость зубочелюстной системы.

Цель исследования: изучить изменения показателей гнатодинамографии при дефектах зубных рядов.

Материал и методы исследования

Было проведено комплексное обследование 30 человек в возрасте 28-36 с частичной утратой зубов. Все обследованные были с ортогнатическим или прямым прикусом.

Также было обследовано 30 человек с интактными зубными рядами, для сравнения изменения показателей гнатодинамографии (ГДГ) при дефектах зубных рядов.

Предлагаемый нами способ заключается в том, что в полость рта вводится накусочные площадки гнатодинамометра и на них устанавливаются окклюзионные поверхности жевательных зубов. Пациент накусочные площадки сжимает до появления ощущений в опорных тканях зубов и удерживается до состояния утомления мышц, характеризующимся их полным отказом удерживать регистрирующую силу. Графическая запись обрабатывается с помощью компьютерной программы, которая производит расчет интегральной силы выносливости зубочелюстной системы.

При изучении ответной реакции зубочелюстной системы на вертикальную нагрузку, интегрирование всех составляющих компонентов этой реакции позволило нам выделить три основных типа интегральной выносливости зубочелюстной системы: а) высокий; б) средний; в) низкий.

Высокий тип выносливости характеризуется высоким или средним уровнем порога болевой рецепции, продолжительным периодом реагирования и устойчивым характером реакции на окклюзионную силу.

Средний тип выносливости характеризуется средним уровнем порога болевой рецепции, продолжительным периодом реагирования и неустойчивым характером.

Низкому типу интегральной выносливости зубочелюстной системы присущи низкий уровень порога болевой рецепции, более кратковременный период реагирования при неустойчивом характере реакции на максимальную окклюзионную силу. На рисунке 1. приведены примеры гнатодинамограмм интегральной выносливости зубочелюстной системы у лиц с интактными зубными рядами.

Распределение лиц с интактными зубными рядами по типам интегральной выносливости их зубочелюстной системы

Количество обследованных		Типы интегральной выносливости		
		Высокий	Средний	Низкий
Мужчины	18	3	12	3
Женщины	12	3	8	1
Всего:	Абс. 30 Отн. 100%	6 20%	20 66,6%	4 13,4%

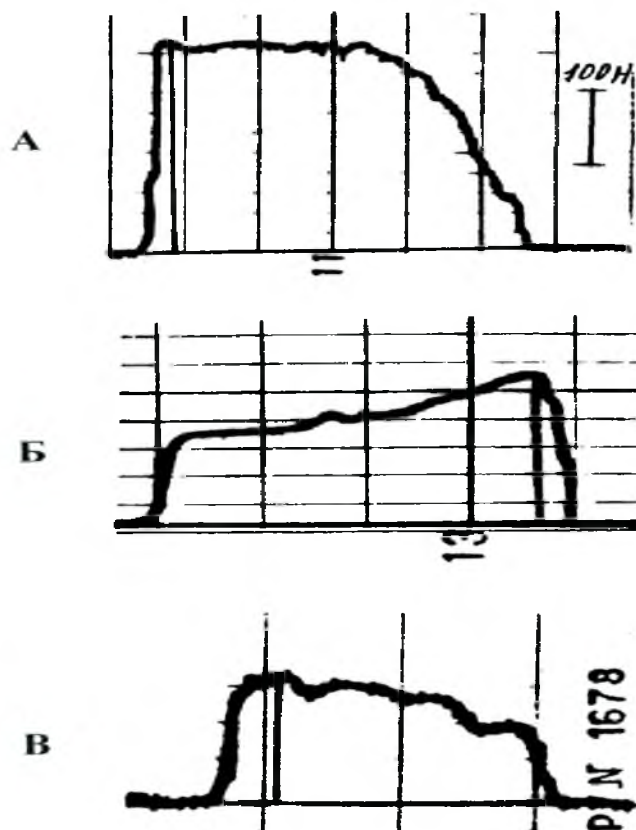


Рис. 1. Гнатодинамограммы первого моляра при 3-х типах интегральной выносливости зубочелюстной системы у лиц с интактными зубными рядам: А – высокий; Б – средний; В – низкий.

Изменения показателей гнатодинамографии при дефекте зубного ряда

Исследованиями многих авторов [1,11] с помощью гнатодинамометрии установлено снижение выносливости пародонта зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, и снижение это приобретает более выраженный характер с увеличением времени, прошедшего после удаления зуба.

В связи с этим представляет большой интерес определить с помощью методики гнатодинамографии, как это отразится на основных типах интегральной выносливости зубочелюстной системы.

По типу интегральной выносливости обследуемые с частичной адентией распределились следующим образом: высокий тип встречался в 17,9% случаев; средний тип 67,3%; низкий тип 14,8%. Сравнение этих данных с данными таблицы 1, показывает, что интегральная выносливость зубочелюстной системы при наличии в ней дефекта зубного ряда снижается: на 2,1% уменьшилось количество лиц с высоким типом выносливости, и увеличилось количество лиц со средним и низким типами выносливости – на 0,7% и 1,4% соответственно (рис. 2).

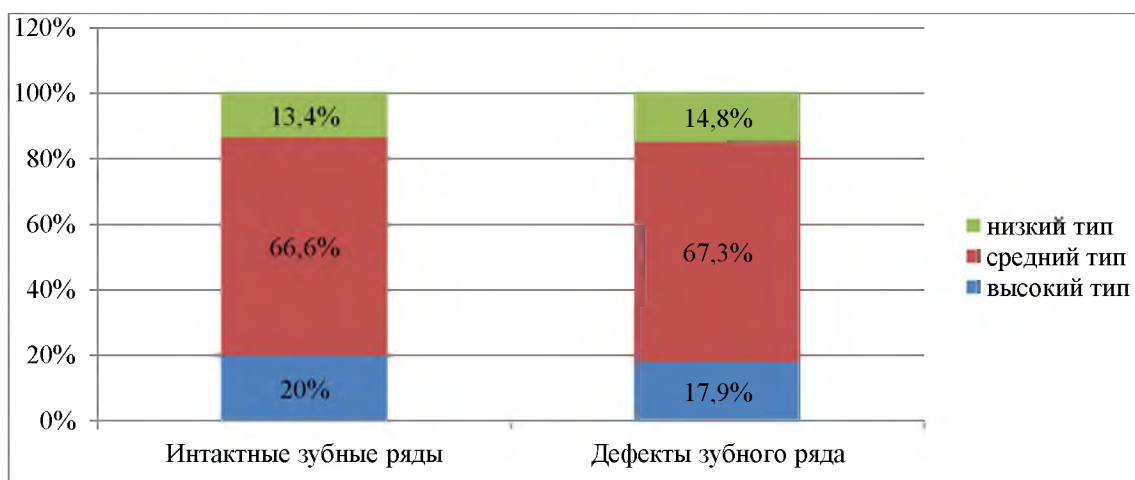


Рис. 2. Распределение лиц с интактными зубными рядами и пациентов с частичной адентией по типам интегральной выносливости зубочелюстной системы.

Объяснить это можно тем, что при частичной адентии жевательные нагрузки, в целом, снижаются, или перераспределяются на отдельные зубы или группу зубов-антагонистов, так как при наличии дефекта в зубном ряду человек начинает выбирать пищу, которую он может разжевать оставшимися зубами.

При анализе результатов ГДГ выявлено, что ее показатели в области зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, достоверно снижаются. Для сравнения нами были выбраны зубы наибольшими величинами показателей ГДГ. Так, если при интактном зубном ряду порог болевой рецепции 1-го моляра равен $492 \pm 5,1$ Н при высоком типе интегральной выносливости, то у тех же моляров, ограничивающих дефект зубного ряда, этот показатель снижается до $398 \pm 10,0$ Н ($P < 0,05$), то есть уменьшается на 19,1%.

Интегральная выносливость зубочелюстной системы по времени показала, что если при интактном зубном ряду она составляла $162,7 \pm 14,8$ с, то при утрате соседнего зуба $150,3 \pm 12,1$ с, а величина интегральной выносливости снижалась при этом на 13,8%. При среднем типе интегральной выносливости величина порога болевой рецепции периодонта 1-го моляра снижается на 24,3% а величина интегральной выносливости снижается на 18,1%. При низком типе интегральной зубочелюстной системы она снижается на 26,1%, по показателю времени выносливости на 27,9%, а по величине выносливости – на 29,8%.

Как видно из приведенных выше данных, интегральная выносливость при низком типе снижается наиболее существенно. По нашему мнению, это связано с наименьшей функциональной тренированностью зубочелюстной системы при низком типе ее интегральной выносливости.

У 1-ых премоляров при высоком типе интегральной выносливости порог болевой рецепции уменьшается на 1,2%, время выносливости уменьшается на 3,8%, а величина интегральной выносливости – 1,1%.

Если при интактном зубном ряду при среднем типе выносливости порог болевой рецепции периодонта 1-ых премоляров составлял $209 \pm 0,8$ Н, то у премоляров, ограничивающих дефект зубного ряда, данный показатель снижается на 7,2%, время интегральной выносливости на 7,3%, а величина выносливости на 6,3%.

При низком типе интегральной выносливости зубочелюстной системы величина порога болевой рецепции периодонта 1-ых премоляров снижается уже на 15,7%, время выносливости на 20,9%, а величина интегральной выносливости на 14,1%.

В группе клыков отмечались самые незначительные колебания величин показателей ГДГ, которые были недостоверны ($P < 0,05$). Общая направленность изменений сохранялась в зависимости от типа интегральной выносливости и у резцов.

Коэффициент корреляции, определяющие тесноту связи между показателями ГДГ и временем, прошедшим после удаления зубов, не показали достаточно высоких степеней зависимости. В тоже время протяженность дефекта имела определенное значение при сравнении величин ГДГ.

Таким образом, при частичной адентии имеется четкая направленность изменений величин показателей ГДГ в сторону снижения, зависящая от типа интегральной выносливости зубочелюстной системы. Установлено, что уровень снижения этих показателей ГДГ наименьший при высоком типе интегральной выносливости и наибольший – при низком.

Методом гнатодинамографии выявлено, что при частичной утрате зубов наибольшее снижение показателей интегральной выносливости происходит в группе жевательных зубов, что отражает определенную направленность перестройки компенсаторно-приспособительных механизмов зубочелюстной системы при появлении дефекта в зубном ряду.

Таким образом, при частичной адентии в области зубов, ограничивающих дефект зубного ряда, снижается интегральная выносливость зубочелюстной системы и ее адаптационно-компенсаторные возможности.

Литература

1. Логинова, Н.К. Влияние жевательных нагрузок на напряжение кислорода в тканях пародонта / Н.К. Логинова, О.В. Крылова // *Стоматология*. – 2001. – №1. – С. 23-25.
2. Воложин, А.И. Болезнь и здоровье: две стороны приспособления / А.И. Воложин, Ю.К. Субботин. – М.: Медицина, 1998. – 80 с.
3. Бочарова, Г.М. Клиника и лечение больных односторонним укорочением зубных рядов: автореф. дисс. канд. мед. наук: 14.00.21 / Бочаров Г.М. – Одесса, 1970. – 22 с.
4. Васильева Т.А. Изменения зубочелюстной системы при малых боковых дефектах зубного ряда // *Материалы межрегиональной научно-практической конференции молодых ученых «Аспирантские чтения 2012»* / под ред. д.м.н., проф. Р.Е. Калинина. ГБОУ ВПО РязГМУ им. акад. И.П. Павлова. Минздравсоц-развития России. – Рязань: РИО РязГМУ, 2012. – С. 19-21.
5. Катц, А.Я. Значение перестройки костной ткани и роста альвеолярных отростков в механизме прорезывания зубов / А.Я. Катц // *Сб. научных работ, посв. проф. Н.А. Астахову*. – Л., 1940. – С. 43-48.
6. Миликевич, В.Ю. Коэффициент пропорциональности сегментов зубного ряда и его диагностическое значение при частичном отсутствии зубов / В.Ю. Миликевич // *Стоматология*. – 1978. – №5. – С. 66-68.
7. Щербаков, В.А. Функциональная характеристика пародонта опорных зубов в системе мостовидного протеза / В.А. Щербаков // *В сб. научн. тр. ВГМИ «Профилактика стоматологических заболеваний»*. – Волгоград, 1985. – Т. XXXVIII, вып. 5. – С. 87-88.
8. Колос, Г.А. Изменения зубных рядов после частичной потери зубов, профилактика и лечение: автореф. дисс. канд. мед. наук.: 14.00.21 / Г.А. Колос. – М., 1986. – 15 с.
9. Копейкин, В.Н. Реопародонтографические исследования в клинике ортопедической стоматологии: Учебное пособие / В.Н. Копейкин, Ю.С. Ковалев, И.Ю. Лебедеко. – М., 1997. – 23 с.
10. Жулев Е.Н. Влияние методики ориентации окклюзионной плоскости на характер окклюзий зубных рядов / Е.Н. Жулев, Е.А. Богатова, П.Е. Еришов, А.А. Лепяхина // *Стоматология*. – 2013. – Т.29. – №6. – С. 48-50.
11. Гаврилов, Е.И. Роль функции в развитии деформации зубных рядов / Е.И. Гаврилов, А.С. Щербаков, В.Н. Трезубов // *Стоматология*. – М., 1983. – С.85-88.
12. Логинова, Н.К. Гипофункция жевательной системы – фундаментальная основа этиологии и патогенеза заболеваний пародонта (механическая теория) / Н.К. Логинова // *Новое в стоматологии*. – 1995. – №2 (32). – С. 3-12.
13. Абдумомунов, А.О. Клинико-функциональное обоснование возможности изменений в зубочелюстной системе при частичной утрате зубов: автореф. дисс. докт. мед. наук: 14.00.21 / А.О. Абдумомунов. – Бишкек, 2007. – 108 с.

**ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, ИГРАЮЩИХ НА ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ (г. БИШКЕК)**

Э.Б. Токторалиева, А.А. Калбаев, А.А. Акбураева

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

Резюме: В статье представлены результаты исследования по выявлению факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, у детей и подростков, играющих на духовых инструментах (г. Бишкек).

Ключевые слова: факторы риска, дети и подростки, духовые инструменты, профилактика, стоматологические заболевания, гигиена полости рта.

**ҮЙЛӨМӨ АСПАПТАРДА ОЙНОГОН ЖАШ ЖАНА ӨСПҮРҮМ БАЛДАРДЫН
СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРГА ДУУШАР БОЛУУ КОРКУНУЧУ (БИШКЕК ш.)**

Э.Б. Токторалиева, А.А. Калбаев, А.А. Акбураева

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

Корутунду: макалада үйлөмө аспаптарда ойногон жаш жана өспүрүм балдардын стоматологиялык ооруларга дуушар болуу коркунучун аныктоо боюнча изилдөө жыйынтыктары көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: жаш балдар жана өспүрүмдөр, үйлөмө аспаптар, алдын алуу, тиш оору, ооз көңдөйчөсүнүн тазалыгы.

**RISK FACTORS FOR THE OCCURRENCE OF DENTAL DISEASES, IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS PLAYING ON WIND INSTRUMENTS (BISHKEK)**

E.B. Toktoralieva, A.A. Kalbaev, A.A. Akburaeva

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

Summary: The article presents the results of a study to identify risk factors for the occurrence of dental diseases in children and adolescents playing on wind instruments (Bishkek).

Key words: risk factors, children and adolescents, wind instruments, prevention, dental diseases, oral hygiene.

Введение. Национальная система стоматологической помощи населению, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения должна включать *мониторинг стоматологического здоровья*, при этом, используя общепринятые на международном уровне критерии, которые объективно могут оценивать качество лечебно-профилактической стоматологической помощи, обоснованно и своевременно вносить соответствующие коррективы в программы профилактики стоматологических заболеваний, планировать материальное и кадровое обеспечение отрасли [1].

Для мониторинга стоматологического здоровья населения стран Европы, группой экспертов по стоматологии, рекомендованы 40 индикаторов, включающих субъективные (мнение пользователей стоматологических услуг) и объективные (данные профессионального стоматологического исследования) критерии [2].

На наш взгляд определение обозначенных субъективных и объективных показателей в измеримых параметрах позволяет выявить возможные взаимосвязи уровня стоматологического статуса, факторов образа жизни и качества стоматологической помощи.

Общеизвестно, что у музыкантов, играющих на духовых инструментах, часто встречаются некариозные и кариозные поражения твердых тканей зубов, заболевания тканей пародонта. Вышеуказанные заболевания представляют для этих специальностей большую проблему и могут привести к профессиональной непригодности музыкантов. Большинство музыкантов духового оркестра несвоевременно проходят диагностирование и лечение патологических процессов челюстно-лицевой области.

Однако, частота возникновения стоматологических заболеваний среди детей и подростков, в тот или иной период времени может сильно колебаться, также в зависимости от социально-экономических условий, состояния окружающей

среды, особенности строения, физиологии, наследственности отдельных лиц и, прежде всего, качественного и количественного состава рациона питания [5,6].

Каждый фактор риска имеет определенную вероятность и уровень информативности по отношению к возможности возникновения заболеваний, для одних признаков она очень велика, в других случаях мала, поэтому ранжирование факторов риска, их объединение для профилактики разных заболеваний очень значимы [4].

Также следует отметить, что из большого перечня факторов риска возможно, выделить группу управляемых факторов, т.е. таких факторов, действие которых можно устранить, ослабить или повысить устойчивость организма учащихся к ним.

Исходя из вышеизложенного, проблема своевременного выявления, комплексного лечения и

профилактики стоматологических заболеваний на ранних этапах у детей и подростков, играющих на духовых инструментах являются актуальной и своевременной.

Целью данного исследования является выявление факторов риска возникновения стоматологических заболеваний, у детей и подростков, играющих на духовых инструментах на примере музыкальных учреждений г. Бишкек.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования служили данные анкетирования, в котором участвовали 120 детей, из них 81 мальчик и 39 девочек, в возрасте от 5 до 12 лет, обучающихся в музыкальных школах ЦДМШ им. П. Шубина и РСМШИ им. М. Абдраева г. Бишкек (рис. 1). При исследовании было использовано руководство ВОЗ.

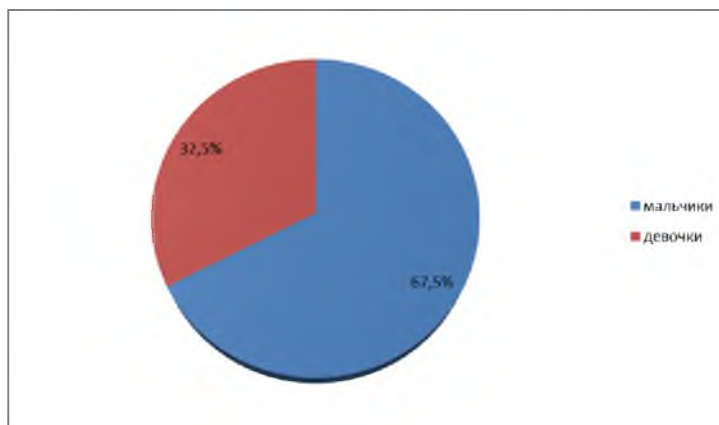


Рис. 1. Распределения обследованных учащихся по половому признаку.

Для проведения анкетирования учащихся в музыкальных школах г. Бишкек были получены согласие администрации и родителей школьников. Модифицированный анонимный вопросник ВОЗ-2013 содержал 12 вопросов с несколькими вариантами ответов, включая: «не знаю», или «не помню». В кратком изложении, в нем были следующие вопросы: субъективная оценка состояния и внешнего вида своих зубов; случаи зубной боли; посещение врача-стоматолога и повод; частота чистки зубов и название зубной пасты; употребление сладких продуктов и свежих фруктов и др. Статистическую обработку по результатам выполненных работ вычисляли с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение

По результатам анкетирования (Как бы Вы оценили состояние ваших зубов и десен?) оценивали состояние зубов учащихся, где больше всего – 63,3% – хорошее, удовлетворительное – 13,3%,

отличное – 10%, очень хорошее – 8,3% и плохое всего – 5%. В целом состояние зубов хорошее.

При обработке данных вопросника: «За последние 12 месяцев испытывали зубную боль или дискомфорт, связанный с зубами» установлено, что большинство опрошенных учащиеся ответили иногда – 30%, редко – 25%, часто – 20,8%, никогда – 17,5% и лишь 6,7% ответили – не знаю.

В вопросах: «Как часто Вы посещали врача-стоматолога за последние 12 месяцев?» и «Какова причина Вашего последнего визита к стоматологу?» выявлено, что многие опрошенные учащиеся (90%) строго соблюдали гигиену полости рта, а также регулярно посещали врача-стоматолога 1-3 раза за 12 месяцев, это объясняется тем, что за гигиеной детей строго следят преподаватели.

На вопрос «Как часто Вы чистите зубы?» получен ответ: большинство учащихся 1-2 раза в день чистят зубы и пользуются зубной щеткой,

так как в Кыргызстане популярны обычные зубные щетки, зубочистки меньше используются не только среди населения, но и учащихся – 12,5%.

«Используете ли вы следующие средства для чистки зубов?» на этот вопросник получен ниже следующий ответ: почти все учащиеся (99,2%) используют зубную пасту не содержащую фторид, так как многие родители в первую очередь обращают на стоимость, а качество зубной пасты их мало интересует, например, биоактивная зубная паста БИОКАЛЬЦИЙ, которая способствует восстановлению эмали и безопасное отбеливание, но цены их очень дорогие и не всем по карману.

Как показал анализ вопросника «Испытывали ли вы следующие проблемы с зубами или с полостью рта за последние годы?», большинство учащихся затруднились при заполнении и на многие вопросы ответили в графе «нет или не знаю» (55-67,5%), причиной такого высокого процента указывает, что некоторые имеют дискомфорт и не удовлетворены внешним видом своих зубов, с ними необходимо проводить разъяснительные, профилактические работы в раннем возрасте.

Для удобства анализа данных вопросника («Как часто Вы употребляете следующие продукты питания и напитки, даже в малых количествах?») употребление продуктов питания и напитков в целом имеют очень важное значение. Следовательно, мы объединили их на три «повторяемости вариантов», которые зависят от употребления продуктов питания и напитков составляют по отношению друг к другу большой процент встречаемости: А) Несколько раз в день; Б) Каждый день; В) Редко / никогда.

К категории учащиеся (А и Б) процент употребления свежих фруктов, конфет, кофе с молоком и др. составляют от 26 до 52%, а в другой, т.е. В) – редко/никогда от 4,2 до 21,6%. Это видимо зависит от социального положения родителей.

Употребление таких продуктов как: пирожные, торты: А) Один раз в неделю – 15%; Б) Каждый день – 19,2%; В) Редко/никогда – 6,6%.

При употреблении лимонада, кока-колу или других сладких напитков, здесь также наблюдается обратная картина, выше перечисленные напитки считаются кариесогенными, но несмотря на это их употребляют (А – 2,5% и Б – 5,8%). Повторяемость вариантов здесь объясняется тем, что не все дети могут себе позволить сладости из-за материальных возможностей (редко/никогда – 4,2%). Конечно, здесь необходимо очень внимательно относиться всем учащимся, чтобы не задеть достоинства их родителей.

На вопрос: Как часто Вы употребляете следующие виды табака?

Нет положительных ответов, возможно некоторые скрывают, что курят.

В следующем вопросе: Какое образование имеют ваши родители?

Здесь преобладает интеллект родителей и в первую очередь, имеющее высшее образование (15-42,5%), отцов – имеющих среднее образование (19 %). Однакостораживает ответ учащихся «не знаю» – 10%, такой большой процент ответа «не знаю» должно вызвать определенное беспокойство и у родителей, и учителей.

Результаты анонимного анкетирования, у детей и подростков, играющих на духовых инструментах обобщены в табл. 1.

Таблица 1

Результаты анонимного анкетирования

Индикаторы	Основные данные анкетирования 6-12 летние музыканты
Детерминанты	
Зубная боль или дискомфорт, связанный с зубами	Большинство ответили иногда – 30%, редко – 25%, никогда – 17,5% и лишь 6,7% ответили никогда.
Причина обращения к врачу	Обратились по поводу зубной боли – 10%.
Чистка зубов	Регулярно чистят зубы 2 раза в день – 55% от числа опрошенных.
Средства для чистки зубов	Почти все учащиеся – 99,2% используют зубную пасту не содержащую фторид.
Употребление сладких напитков	Часто употребляют сладкие напитки – 52%.
Употребление сладких продуктов питания	Часто употребляют сладкие продукты питания – 41%.
Курение	Нет положительных ответов, возможно скрывают, что курят.
Образование родителей	Высшее – 42,5%, среднее – 19%, не знаю – 10%.
Результат	
Обращение к врачу-стоматологу	В течение года обратились к стоматологу самостоятельно, или по вызову для осмотра – 90%.

Причина обращения к врачу	Обратились по поводу зубной боли – 10%.
Результат	
Самооценка состояния зубов и десен	Оценили состояние своих зубов как «отличное», или «хорошее» – 73,3%. Довольны видом своих зубов – 21,7%. Избегают улыбаться из-за вида своих зубов – 5%.
Физическая боль зубов	В течение года испытали зубную боль – 50,8%. Пропускали уроки из-за зубной боли – 25%.

Заключение

В результате анализа анкетирования нами были выявлены факторы риска возникновения стоматологических заболеваний, связанных с привычками, такие как диета, богатыми углеводами, частота посещение врача-стоматолога; плохое соблюдение гигиены полости рта; отсутствие информации о многообразии средств по уходу за полостью рта; слабый уровень стоматологической грамотности родителей и их детей; неправильное питание; социальное положение родителей.

В дальнейшем необходимо продолжить научное исследование на предмет влияния факторов риска на стоматологическое здоровье при объединении клинических и социально-поведенческих данных исследований.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний. Доклад комитета экспертов ВОЗ, СТД-713. - WHO, Geneva, 1986. - 48 с.
2. Результаты пилотного проекта по исследованию действительности европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей и подросткового возраста в странах СНГ. Материалы 3 Российского Европейского конгресса / П.А. Леус и др.]. - Москва, 2013. - С. 105-112.
3. Леус, П.А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья населения / П.А. Леус // Экономика и менеджмент в стоматологии. - 2012. - №3. - С. 50-54.
4. Стоматологическое обследование – основные методы: пятое издание. - Москва, 2013. - 135 с.
5. Ервандян, А.Г. Применение нового поколения стоматологических материалов для совершенствования адгезионных мостовидных протезов / А.Г. Ервандян, Р.А. Аветисян // Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции «Образование, наука и практика в стоматологии». - М., 2004. - С. 122-124.
6. Кнайст, С. Биологические и социальные факторы риска возникновения раннего детского кариеса / С. Кнайст, Е. Маслак, Р. Царе // Современная стоматология. - 2011. - №1. - С. 52-55.
7. Harris R. Nicoll A.D., Adair P.M. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. 2004. №21. - P. 71-85.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ДЕСТРУКТИВНОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА
С ПРИМЕНЕНИЕМ НАНОЧАСТИЦ ЗОЛОТА

А.Р. Шайымбетова

Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина
Кафедра стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Рассматриваются методы лечения хронического деструктивного апикального периодонтита с применением нанораствора золота, который является наиболее эффективным за счет репаративных свойств в комплексе с гидроксидом кальция, в результате чего уменьшается очаг деструкции апикальной части корня зуба.

Ключевые слова: хронический деструктивный апикальный периодонтит, нанораствор золота, obturation корневых каналов.

АЛТЫНДЫН НАНОАРАЛАШМАСЫН АПИКАЛДЫК ПЕРИОДОНТИТ ӨНӨКӨТ ТҮРҮНҮН
БУЗУЛУШУНДА КОЛДОНУУ

А.Р. Шайымбетова

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университети
Жаш бадлардын стоматология бөлүмү, жаак-бет жана пластикалык хирургиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кальцийдин гидроксидин жардамы менен калыбына келтирүүчү касиети көбүрөөк натыйжалуу болгон алтындын нанокуймасын колдонуу менен өнөкөт кыйратуучу апикалдык периодонтиттин дарылоо ыкмалары каралат. Жыйынтыгында тиштин тамырынын апикалдык бөлүгүндө бузулуу борбору азаят.

Негизги сөздөр: онокот апикалдык бузулган периодонтит, алтындын нанокуймасы дамыр каналдарынын бузулушу.

TREATMENT OF CHRONIC DESTRUCTIVE APICAL PERIODONTITIS
WITH APPLICATION OF GOLD NANOPARTICLES

A.R. Shayymbetova

Kyrgyz-Russian Slavic University n.a. B.N. Yeltsin
Paedodontia and Maxillofacial and Plastic Surgery Department
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. There have been investigated methods of chronic destructive apical periodontitis treatment with the use of a gold nano-solution, which is considered to be the most effective due to its reparative properties in conjunction with calcium hydroxide, influencing the fall of destructive loci in the apical part of the root of a tooth.

Key words: chronic destructive apical periodontitis, nano-solution of gold, obturation of root canals.

Актуальность. Развитие хронических форм периодонтита является наиболее частой причиной осложнений в челюстно-лицевой области. Наибольшую опасность для человека представляют деструктивные формы хронического апикального периодонтита, являющиеся потенциальными очагами одонтогенной инфекции и снижающие тем самым иммунную защиту организма. По данным ряда исследований причиной развития хронического деструктивного периодонтита является неудовлетворительное качество эндодонтического лечения, которое предотвращает попадание микроорганизмов и их токси-

нов из корневых каналов непосредственно в периодонт [1]. Хронический деструктивный апикальный периодонтит в 50% случаях имеет инфекционное происхождение, отмечается преобладание неспецифических возбудителей, чаще стафилококков, или стрептококков в симбиозе с другими видами микроорганизмов, находящимися в корневом канале [2].

Искривленные каналы корневых зубов являются оптимальной средой для роста и развития микроорганизмов. Бактерии могут присутствовать в боковых каналах и пристеночном денгине (толщиной до 1,2 мм). Тщательная иррига-

ция корневых каналов с помощью жидкостей, обладающих антимикробной активностью, является неотъемлемой частью медикаментозной обработки, проводимой как перед временной obturацией, так и перед постоянной [3]. Временная obturация корневых каналов гидроксидом кальция основана на его диссоциации в воде и высвобождении гидроксильных ионов, которые выступают сильными окислителями органических веществ, содержащихся в клеточной мембране микроорганизмов. Вследствие такого процесса происходит разрушение клеточных мембран микроорганизмов и их гибель. Развитие воспалительного процесса в апикальной части корня зуба – следствие некроза сосудисто-нервного пучка при поражении зуба микроорганизмами [4].

Новым направлением в разработке медикаментозных препаратов при лечении воспалительных процессов в стоматологии является применение наночастиц металлов, обладающих противомикробным действием. Среди них наибольшее внимание привлекают наночастицы золота и серебра. Наночастицы обладают большой удельной поверхностью, насыщенной свободными электронами, что значительно повышает их бактерицидное действие на микрофлору и вирусы. Применение серебра и золота в виде наночастиц позволяет в сотни раз снизить потребление этих металлов, т.к. эффективность их воздействия на микроорганизмы и вирусы возникает при очень низких, почти гомеопатических концентрациях наночастиц. Несмотря на то, что могут использоваться концентрации наночастиц порядка 10^{-3} - 10^{-5} масс. %, их бактерицидность очень высока. Наночастицы золота, обладающие целым рядом уникальных характеристик (оптические свойства, прочность, высокая площадь поверхности), могут служить для усиления сигнала при проведении иммуноферментного анализа за счет их связывания с антителами. Перечисленные свойства наночастиц золота позволяют использовать их для лечения разнообразных патологических процессов, вызванных микроорганизмами, в том числе заболеваний периодонта. [5,7,8].

Цель исследования. Изучить репаративное действие наночастиц золота при хроническом деструктивном периодонтите.

Материалы и методы исследования

Клинический этап работы данного исследования проводился в стоматологической клинике «Альбусдент» (г. Бишкек). Исследования проводились на 98 пациентах с диагнозом «хронической деструктивный апикальный периодонтит». В группы наблюдений включали пациентов, у ко-

торых не выявлялась общесоматическая патология. В группе сравнения (группа 1, 49 пациентов) для временной obturации корневых каналов использовался гидроксид кальция с дистиллированной водой, в основной группе (группа 2, 49 пациентов) гидроксид кальция с добавлением нанораствора золота.

Очаг деструкции костной ткани при хроническом апикальном периодонтите рассматривался по размеру, форме и локализации.

Каждая группа больных находилась в динамическом наблюдении в течение 2 недель. Ежедневно осуществлялась временная obturация корневых каналов – т.е. замена гидроксида кальция с нанораствором золота и без нанораствора золота (время экспозиции раствора 1 неделя).

Перед obturацией проводилась инструментальная обработка корневых каналов методом Step-back, также проводилась тщательная химическая обработка корневых каналов на рабочую длину ЭДТА-содержащим препаратом, затем ирригация 3% гипохлоритом натрия. Рабочая длина предварительно определялась с использованием апекслокатора и рентгенологического снимка. После obturации устье каналов герметично закрывались стеклоиономерным цементом.

Постоянная obturация корневых каналов для основной группы проводилась с использованием пломбирочного материала AN-Plus с добавлением нанораствора золота, методом латеральной конденсации. В группе наблюдения для постоянной obturации использовалась также латеральная конденсация AN-Plus без нанораствора золота.

По причине подвижности у части пациентов пролеченные зубы были удалены и исследованы гистологически. На цементе некоторых удаленных зубов ткань периодонта не сохранялась. Для гистологической оценки состояния периодонта выбирались зубы, на которых после удаления остались фрагменты периодонта. В дальнейшем для декальцинации и изготовления гистологических препаратов зубы на 30 суток помещались в раствор 50% азотной кислоты. Микропрепараты из декальцинированных зубов изготавливались общепринятым способом. Срезы окрашивались гематоксилин эозином и по Ван Гизану. Гистологические срезы зубов проводились таким образом, чтобы сохранились не только фрагменты периодонта, но и ткань пульпы.

Результаты и их обсуждение

1 группа. В данной группе гистологически исследовали 15 удаленных зубов и видимыми фрагментами периодонта на зубах. Микроскопиче-

ское состояние периодонта было малоинформативным. При микроскопическом исследовании обращалось внимание не только на состояние периодонта, но и пульпы (рис. 1). Пульпа отёчная

на всех 15 зубах. Сосуды пульпы застойные, часть из них сужена (стазы). Волокнистые структуры разной толщины расположены хаотично.

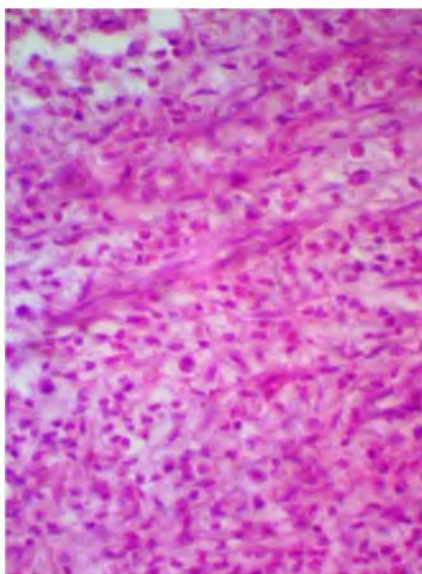


Рис. 1. Группа наблюдения. Микроскопическое строение зуба. Пульпа отёчная. Сосуды пульпы застойные, часть из них сужена (стазы) (окр. гематоксилин-эозином, ув. x 400).

Типичное строение одонтобластов нарушено, в них явления глубокой вакуольной дистрофии, среди повреждённых одонтобластов лимфо-лейкоцитарные инфильтраты (рис. 2). В толще пульпы имелись небольшие кальцификаты.

Внутренний слой дентина неровный, местами “изъеден”. В некоторых участках дентин разрушен. Дентинные каналцы просматриваются лишь местами.

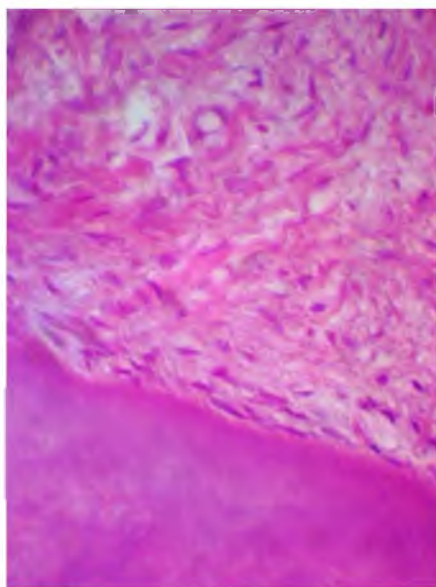


Рис. 2. Строение одонтобластов в 1 группе наблюдения (окр. гематоксилин-эозин, ув. x 400).

Периодонт отёчный, рыхлый, обильно инфильтрирован лимфоцитами. Соединительная ткань представлена более тонкими волокнами и мезенхимальными клетками. Кровеносные сосуды практически отсутствуют (рис. 2).

2 группа. Также как и в 1 группе, гистологически исследовали 15 случаев после лечения раствором с наночастицами золота. Уже при внешнем осмотре обращало внимание, толщина сохранившихся фрагментов периодонта, которые были

более тонкими и плотными. При микроскопическом исследовании явления воспаления в периодонте значительно менее выражены, хотя местами сохраняется лимфо-лейкоцитарные инфильтраты и незначительная отёчность. Более заметны изменения в соединительнотканной основе периодонта, где преобладающими элементами являются хаотично расположенные зрелые

волокна коллагенового типа. Цемент зуба неравномерной толщины, слои его не выражены (рис. 3). Пульпа зуба умеренно отёчна и полнокровна, лимфоидно-лейкоцитарные инфильтраты все ещё сохраняются, но менее выражены. В части одонтобластов явления вакуольной дистрофии, внутренний слой дентина неровный.

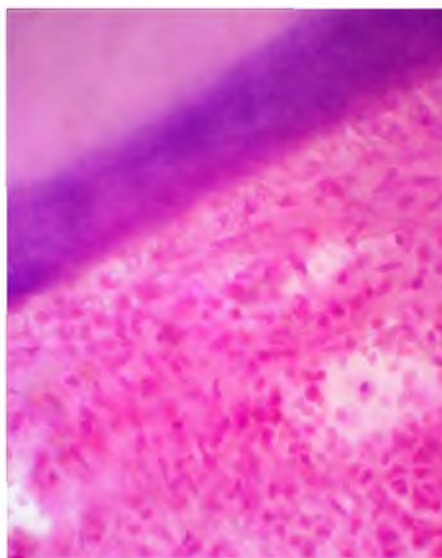


Рис. 3. Основная группа. Микроскопическое строение зуба. Цемент неравномерной толщины, слои его не выражены.

Заключение. Анализируя гистологические данные, можно прийти к общему выводу, что предлагаемая нами методика использования нанораствора золота удобна в применении, что также позволило достичь хороших результатов *in vitro*. Морфологические данные результатов лечения позволяют утверждать, что применение нанораствора золота методом пролонгированной обработки корневых каналов зубов благоприятно влияет на периодонт.

Литература

1. Жаворонкова, М.Д. Результаты консервативного лечения деструктивных форм периодонтита / М.Д. Жаворонкова // *Эндодонтия today*. - 2013. - №2. - С. 43-46.
2. Зорян, А.В. Обзор методик повышения эффективности ирригации системы корневых каналов / А.В. Зорян // *Эндодонтия*. - 2016. - №2. - С. 20-27.
3. Исследование эффективности лечения хронического периодонтита с помощью антисептических препаратов и кальцийсодержащих материалов / [О.Н. Иванченко и др.] // *Эндодонтия today*. - 2009. №2. - С. 40-43.
4. Карпунина, Т.А. Мониторинг микробиологического пейзажа корневых каналов при лечении пациентов с хроническими формами апикального периодон-

тита / Т.А. Карпунина, Е.Ю. Косолапова // *Уральский медицинский журнал*. - 2008. - №10. - С. 53-55.

4. Кошель И.В. Обоснование выбора препарата для временного пломбирования каналов при лечении деструктивных форм хронического периодонтита / И.В. Кошель, А.А. Адамчик, Т.Л. Кобылкина // *Российский стоматологический журнал*. - 2016. - Т. 20, №6. - С. 320-323.
5. Клиническое обоснование применения препаратов на основе взвеси гидроксида кальция / [Л.А. Лобовкина и др.] // *Клиническая стоматология*. - 2009. - №3. - С. 62-63.
6. Максимовский, Ю.М. Современный взгляд на оценку качества и результативность лечения хронического периодонтита / Ю.М. Максимовский, В.М. Гринин // *Эндодонтия Today*. - 2004. - №1-2. - С. 16-20.
7. Ткач, О.Б. Экспериментальное обоснование применения препаратов нанозолота для заболеваний пародонта / О.Б. Ткач, А.В. Борисенко, А.П. Левицкий // *Современная медицина: актуальные вопросы*. - 2014. - №32. - С. 50-64.
8. Токтосунова, С.А. Наночастицы золота в стоматологии [Электронный ресурс] / С.А. Токтосунова, С.К. Сулайманкулова // *Universum: Медицина и фармакология: электрон. научн. журн*. - 2015. - Т. 19, №7-8. - Режим доступа: URL: <http://7universum.com/ru/med/archive/item/2555> (дата обращения: 29.10.2017 г.)

ПРЕПОДАВАНИЕ ЭЛЕКТИВНЫХ КУРСОВ ПО ЛАТИНСКОМУ ЯЗЫКУ

В КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

А.К. Дюшекеева, Ж.Ж. Сыдыкова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева

Кафедра иностранных и латинского языков

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье описан элективный курс, который предусматривает обучение латинскому языку при определенном количестве часов в медицинских высших учебных заведениях. Рассматриваются организация и проведение элективных курсов, а также тематика курсов и их роль в подготовке будущих врачей.

Ключевые слова: терминология (анатомическая, клиническая, фармацевтическая), электив, латинская терминология, словообразование.

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММАда ЛАТЫН ТИЛИ БОЮНЧА

ТАНДАЛМА САБАГЫН ОКУТУУ

А.К. Дюшекеева, Ж.Ж. Сыдыкова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

Чет тили жана латын тили кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Берилген макалада медициналык жогорку окуу жайында латын тили боюнча тандалма курсу сүрөттөлгөн. Тандалма курсун уюштуруу жана өткөрүү, жана ошондой эле курстун тематикалары жана алардын дарыгерлерди даярдоодогу ээлеген орду каралат.

Негизги сөздөр: терминология (анатомиялык, клиникалык, фармацевтикалык), электив, латын терминологиясы, сөз түзүү.

TEACHING ELECTIVE COURSE OF LATIN AT KSMA NAMED AFTER I.K. AKHUNBAEV

A.K. Duishekeeva, J.J. Sydykova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

Department of Foreign and Latin languages

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: This article describes elective course that provides the teaching of the Latin language at medical higher educational institutions. Also this article considers organizing and conducting elective courses, course subjects and their role in the training of future doctors.

Key words: terminology (anatomical, clinical, pharmaceutical), elective, Latin terminology, word formation.

За последние несколько лет в системе высшего образования все большую популярность приобретают элективные курсы. Элективные курсы являются составляющей учебного процесса в медицинских вузах, направлены на всестороннее развитие личности, углубление профессиональных знаний и навыков будущих врачей. Они не только дают возможность более углубленного овладения предметом, но также позволяют использовать ассоциативные, культурные и межпредметные связи, стимулируют самостоятельную работу студентов, развивают интерес к изучаемой дисциплине [1,2].

Латинский язык является профессиональным языком врача и провизора, поэтому его изучению в медицинском вузе должно уделяться особое внимание. Знание латыни закладывает основы

успешного овладения такими предметами, как биология, нормальная и патологическая анатомия и физиология, фармакология, а также дисциплины клинического цикла. Проведение элективов по латинскому языку дает возможность для лучшего усвоения и углубления знаний по предмету. Более того, именно при проведении элективов возможно применение инновационных методик и креативного подхода к изучению дисциплины. Само понятие *электив* происходит от латинского глагола *eligo, elegi, elec – tum, eligere* 3 – *выбирать* [2].

Элективные курсы по латинскому языку делятся на профессионально-ориентированные и общекультурные, или гуманитарные. Поскольку изучение латинского языка и основ терминологии

гии происходит в первый год обучения, то на первом курсе более логичным является проведение общекультурных (гуманитарных) элективных курсов. Целью таких курсов является развитие интереса к классическим языкам, античной культуре и искусству, повышение профессиональной грамотности и общей эрудиции студентов, а главной целью является как можно полное овладение научной медицинской терминологией по всем медицинским специальностям [3,4].

Эта цель реализуется в решении нескольких задач:

- ознакомление с грамматической структурой и основами синтаксиса классических древних языков;
- анализ медицинской терминологии в ее связи с лексикой классических языков;
- ознакомление с историей, культурой и бытом античной Греции и Рима;
- углубленное изучение латинских афоризмов и фразеологизмов;
- развитие навыков работы со словарями (медицинскими, толковыми, энциклопедическими, этимологическими);
- развитие навыков чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов.

Студентам-первокурсникам предлагаются элективы по следующим темам: на факультете «Медико-профилактическое дело» – «Латынь в медицинской терминологии», на факультете «Фармации» – «Латинский язык и фармацевтическая терминология». Изучение данных курсов требуют определенного уровня владения латинским языком, поэтому для них отводится второй семестр, к началу которого студенты владеют навыками чтения, основами грамматики и перевода анатомических терминов.

В рамках элективного курса студенты изучают грамматический материал, дополняющий базовый уровень грамматики латинского языка. В частности, осваивают всю систему склонения латинских существительных и прилагательных, знакомятся с глаголами в настоящем и прошедшем времени, изучают числительные и местоимения, получают дополнительные сведения о словообразовании и синтаксисе простого предложения. Элективный курс по латинскому языку предоставляет большую возможность для самостоятельной творческой работы студентов, занятия строятся на обсуждении докладов и презентаций, выполненных слушателями электива. Подобная форма работы способствует развитию навыков работы студентов с научной литературой, словарями, интернет-ресурсами, позволяет

расширить и систематизировать базисные знания по всем терминосистемам (анатомической, фармацевтической и клинической). Подбор изучаемых терминов и понятий осуществляется также в зависимости от будущей специальности студентов. Например, студентов факультета «Медико-профилактическое дело» в большей степени интересуют анатомические и клинические понятия, в то время как фармацевты отдадут предпочтение понятиям ботанической и химической номенклатуры.

Тематика курса углубляет межпредметную интеграцию и позволяет студентам систематизировать и углубить базисные знания по нормальной анатомии. Знакомство с лексикой классической латыни и ее связями с медицинской терминологией развивает аналитические способности студентов, заставляя сопоставлять разные по происхождению, но близкие по значению морфемы. Тематика данного электива неразрывно связана не только с курсом анатомии, но и с курсом истории медицины, так как дает возможность проследить формирование и развитие анатомической терминологии и вклад античных ученых в ее становление. Основным способом закрепления материала и формой итогового контроля является тестирование и написание доклада или реферата.

Стоит отметить, что в отличие от изучения базового курса латинского языка, где преимущественным является репродуктивный способ заучивания лексических единиц, на элективных занятиях преобладает поисковый метод обучения, стимулирующий познавательную активность студентов.

Развивающие методы обучения, используемые при проведении данных ресурсов, стимулируют в студентах способности к самообразованию, саморазвитию, самостоятельной постановке и решению задач, повышают мотивацию студентов к сознательному углубленному овладению профессиональным языком. При этом увеличивается лексический запас, совершенствуются знания по грамматике, повышается образовательный уровень. Стоит отметить, что руководство самостоятельной работой студентов при подготовке докладов, рефератов и презентаций все же является обязательным, в этом реализуется еще одна важная задача современного образования – взаимодействие педагога и обучаемого.

Как показывает практика, студенты, посещающие элективные курсы по латинскому языку, более успешны в освоении материала основного курса, они активно участвуют в различных конкурсах и олимпиадах, проводимых на кафедре.

Отмечается большая заинтересованность в освоении нового дополнительного материала, самостоятельном поиске информации и грамотном анализе изучаемых тем.

Литература

1. Организация и проведение элективных курсов на кафедрах латинского языка и основ терминологии медицинских вузов [Текст]: метод. рек. / М-во здравоохранения и соц. обеспечения Рос. Федерации, Фед. гос. образов. уч-е Всерос. учеб.-науч.-метод. центр по непрерыв. мед. и фармацевтич. образованию Фед. агентства по здравоохр. и соц. развитию; подгот. М.Н. Нечай, О.Н. Полухина, М.Н. Лазарева. - М.: ВУНМЦ Росздрава, 2008. - 25 с.
2. Ермаков, Д.С. Элективные курсы: требования к разработке и оценка результатов обучения [Текст] / Д.С. Ермаков, Т.Н. Рыбкина // Профильная школа. - 2004. - №3. - С. 6-11.
3. Петрова, Г.В. Латинская терминология в медицине [Текст]: справ.-учеб. пособие / Г.В. Петрова. - М.: Астрель: АСТ, 2009. - 160 с.
4. Носков, С.А. Краткий курс латинского языка для самостоятельного изучения [Текст] / С.А. Носков, М.С. Носков. - М.: АСТ; Мн.: Харвест, 2007. - 160 с.

**НОВЫЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ОБУЧЕНИИ ИНОСТРАННЫМ ЯЗЫКАМ:
«ОБУЧЕНИЕ В СОТРУДНИЧЕСТВЕ»**

Л.Д. Молдокулова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
Кафедра иностранных и латинского языков
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлены новые педагогические методы обучения иностранным языкам, в частности «обучение в сотрудничестве». Даны различные варианты и принципы «обучения в сотрудничестве»

Ключевые слова: дидактическая система, дифференциация, коммуникативный, индивидуальный стиль, «обучение в сотрудничестве».

**ЧЕТ ТИЛДЕРИНЕ ОКУТУУДАГЫ ЖАҢЫ ПЕДАГОГИКАЛЫК ЫКМАЛАР:
«КЫЗМАТТАШТЫКТА ОКУТУУ»**

Л.Д. Молдокулова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректор – м.и.д, проф. Кудайбергенова И.О.)
Чет тили жана латын тили кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада чет тилдерин үйрөтүүдөгү жаңы педагогикалык ыкмалар жөнүндө айтылат. Негизинен «кызматташтыкта окутуу» тууралуу сөз болот. Аталган методдун ар түрдүү варианттары берилип, принциптери чечмеленет.

Негизги сөздөр: дидактикалык система, дифференцилоо, коммуникативдик, жеке стиль, «кызматташтыкта окутуу».

**NEW PEDAGOGICAL METHODS OF FOREIGN LANGUAGES TRAINING:
«TRAINING IN COLLABORATION»**

L.D. Moldokulova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., prof. Kudaibergenova I.O.)
Department of Foreign and Latin languages
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: New pedagogical methods of foreign languages teaching, particularly «Teaching in collaboration» are presented in this article. Different variants and principles of «training in collaboration» are given.

Key words: didactic system, differentiation, communicative, individual style, «teaching in collaboration».

Осознание необходимости владения языком пришло в наше общество, знание иностранного языка (ИЯ) стало жизненно важным. Однако трудностей на пути овладения иностранного языка не убавилось. По-прежнему основными из них являются: недостаток активной устной практики в расчете на каждого студента, отсутствие индивидуализации и дифференциации обучения.

Как известно, цель обучения иностранного языка в неязыковых вузах состоит в коммуникативной компетенции. Кроме того, в основе обучения любому виду речевой деятельности лежат слухомоторные связи. Поэтому изучение ИЯ должно основываться на развитии у студентов слухомоторных связей в результате выполнения

ими устных упражнений и по возможности в индивидуальном режиме. Компенсировать недостаток в разработке учебников, мет. пособий, рассчитанных на студента, можно и нужно за счет разработанных в методике методов, подходов и технологий обучения, дающих возможность уделить каждому студенту 15-20 минут реализовать личностно-ориентированный подход в обучении ИЯ [1].

Личностно-ориентированный подход в обучении относится к гуманитарному направлению в педагогике. Основой этого принципа является: в центре обучения должен находиться студент, а преподаватель деятельность познания, а не преподавания.

В мировой практике известны различные пути решения проблемы личностно-ориентированного обучения [2,3].

Современные учебные пособия по педагогической психологии относят к гуманистическому направлению в обучении три дидактические системы: так называемые открытые школы обучения языку, индивидуальный стиль обучения и обучение в сотрудничестве.

1. В США можно найти немало открытых школ для студентов. Последние ограничиваются начальным этапом обучения, обучаются по индивидуальным планам, которые они составляют сначала под руководством преподавателя, затем постепенно самостоятельно.

2. Индивидуальный стиль обучения предусматривает учет даже биологических ритмов студента («жаворонки» обучаются с утра, «совы» – во вторую половину дня). В этих системах много интересного, но для вполне определенных условий элитарного образования.

3. Идеология обучения в сотрудничестве была детально разработана тремя группами американских педагогов: Р. Славиним из университета Джона Хопкина, Р. Джонсоном из университета штата Миннесота, группой А. Аронсона из университета штата Калифорния. Основная идея этой технологии – создать условия для активной совместной учебной деятельности студентов в разных учебных ситуациях. Студенты разные: одни быстро схватывают все объяснения учителя, а другим нужно время и дополнительные разъяснения преподавателя. Эти студенты обычно стесняются задавать вопросы при всей группе. Поэтому если студентов объединить в небольшие группы (по 3-4 человека) и дать им общее задание, оговорив роль каждого в выполнении этого задания, то тогда возникает ситуация, в которой каждый отвечает не только за результат своей работы, но, что особенно важно за результат всей группы. Поэтому слабые студенты стараются выяснить у сильных все непонятные вопросы. Таким образом, совместными усилиями ликвидируются проблемы. Такова общая идея обучения в сотрудничестве. В малых группах (организуемых так, чтобы в каждой группе из 3-4 человек были обязательно сильный, средний и слабый студент) при выполнении одного задания на группу, ребята заведомо ставятся в такие условия, при которых успех или неуспех отражается на результатах всей группы. Существует много разнообразных вариантов обучения в сотрудничестве, но нужно соблюдать четко основные принципы обучения в сотрудничестве:

- 1) Группы студентов формируются преподавателем до урока с учетом психологии совместности студентов. При этом в группе должны быть сильные, средние и слабые студенты и студентки.
- 2) Группе дается одно задание, но при его выполнении предусматривается распределение ролей между членами группы (сами студенты по рекомендации преподавателя).
- 3) Оценивается работа не одного студента, а всей группы. Оценка ставится на всю группу.
- 4) Преподаватель сам выбирает студента из группы, который должен отчитаться за задание. Иногда это может быть и слабый ученик. Ибо цель любого задания – не формальное его выполнение, овладение материалом каждым учеником группы.

Итак, некоторые варианты обучения в сотрудничестве:

Первый вариант. Обучение в команде. Особое внимание уделяется «групповым целям» и успехам всей группы. Что может быть достигнуто только путем самостоятельной работы каждого члена группы в постоянном взаимодействии с другими студентами этой группы при работе над этой темой, проблемой, вопросом. Оцениваются при этом не столько реальные результаты слабого студента, сколько усилия, которые он затрачивает на достижение цели. Лидер группы держит слабого студента постоянно в поле зрения, помогает ему, но ни в коем случае не выполняет за него работу. Задача лидера – лишний раз объяснить. В тех же случаях, когда работа на уроке ведется не в группах, а индивидуально или фронтально и отражает уровень владения отдельным студентом тем или иным видом речевой деятельности, учитель может оценивать реальные результаты студентов. Вариантами такого подхода можно считать:

- А) Индивидуально-групповую и
- Б) командно-игровую работу.
- В) Преподаватель вместо индивидуального тестирования предлагает каждую неделю соревновательные турниры между командами.

Второй вариант обучения в сотрудничестве разработал Э. Арсон в 1978 году и назвал его «ажурная пила, машинная ножовка». Этот подход в педагогической практике называется «пила». Студенты организуются по 4-6 человек для работы над учебным материалом, который разделен на фрагменты. Каждый член группы находит материал по своей теме и обменивается информацией с ребятами из других групп, работающих над этой же подтемой. Это называется «встреча экспертов». Затем студенты возвращаются в свои

группы и обучают всему новому, что узнали у товарищей в своей группе. Те в свою очередь рассказывают о своей части задания. На заключительном этапе преподаватель сможет спросить каждого ученика по данной теме. Вариант «Пила-2» предусматривает работу группами по 4-5 человек. Вся команда работает над одним и тем же материалом. Но при этом каждый член группы получает свою подтему и становится экспертом по данному вопросу.

Третий вариант обучения в сотрудничестве – учимся вместе. Группа делится на подгруппы по 3-4 человека. Каждая группа получает одно задание, которое является частью какой-либо темы, над которой работает вся группа. В результате совместной работы отдельных групп в целом достигается усвоение материала в полном объеме. Можно выделить, приемы применяемые на коллективных заданиях при изучении иностранного языка.

1. Прежде всего, работа в паре, связанная со взаимной проверкой знаний отдельных слов и выражений на изучаемом языке.

Работа может производиться в устной форме, а также с использованием карточек, на которые записаны слова и выражения (по 10, 20, 30)

2. Совместная работа над новым текстом. Один студент читает, другой работает со словарем. Новые слова записываются в словарик или карточку.

3. Работа по новому тексту, если перевод одному уже знаком, а другой берется за этот текст впервые. Последний читает под контролем более знающего товарища.

4. Участники занятий имеют разные тексты, и каждый из них готовит соседа к новому тексту читать, правильно переводить, дает значение новых слов. Студенты в данном случае работают как учителя и переводчики.

5. Работа над тестом может идти и по методике разработанной в свое время А.Г. Ривиным для изучения научной и философской литературы. Предшествующим этапом может быть работа не по абзацам, а только над отдельными предложениями (фразами) из абзаца. Например, берется одним студентом тема или рассказ который состоит из 4-х предложений. Примерно такие же по объему темы (рассказы) у других студентов. Как строится работа? Студент прорабатывает со своим первым партнером первое предложение (слова, перевод, вопросы к предложению: кто? где? когда? и т.д.). Когда фраза усвоена и соответствующая работа проведена над одним предложением по теме (рассказу) моего партнера, я перехожу к новому товарищу, которому зачитываю или по памяти воспроизвожу только что изученную фразу. Берем следующее предложение и проводим над ним такую же работу. Следующему товарищу-третьему – называются два предыдущих предложения и начинается работа над третьим предложением. Последнему товарищу дается первым учеником и чтение текста, и перевод, и пересказ.

Литература

1. Костомаров, В.Г. *Методическое руководство для преподавателей иностранного языка* / В.Г. Костомаров, О.Э. Митрофанова. - Москва, 1988. - 157 с.
2. Sheils, J. *Communication in the modern Languages classroom* / J. Sheils. - Council of Europe, Council for Cultural Co-operation, 1988. - 309 p.
3. Hutchinson, T. *Project English Teacher's Book* / T. Hutchinson. - Oxford: Oxford University Press, 1998: 3-rd. edition. - 128 p.