

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР

Регистрационное свидетельство №002564

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

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.



Главный редактор – **Зурдинов Аширали Зурдинович**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки

Зам. главного редактора – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, д.м.н., профессор, Лауреат Госпремии КР в области науки и новых технологий, зав. каф. госпитальной терапии. e-mail: brimkulov@list.ru

Ученый секретарь – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Лауреат Премии Правительства КР в области науки и новых технологий. e-mail: nauka555@mail.ru

Редакционная коллегия:

Алдашев А.А. – академик, вице - президент НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. фундаментальных дисциплин

Джумабеков С.А. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. травматологии, ортопедии и ЭХ

Кудаяров Д.К. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии

Мамакеев М. М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор

Мамытов М.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии

Мурзалиев А.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. неврологии

Нанаева М.Т. – почетный академик НАН КР, д.м.н., профессор

Раимжанов А.Р. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. курсом гематологии

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60

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

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2015

Редакционный Совет:

Адамбеков Д.А. – д.м.н., проф., чл.корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии

Акынбеков К.У. – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здравоохранения

Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф. кафедры клин. реабилитологии и физиотерапии

Аскеров А.А. – к.м.н., доцент, зав. каф. акушерства и гинекологии №2

Бейшенбиева Г.Д. - д.м.н., и. о. проф., зав. каф. «Сестринское дело»

Давлеталиева Н.Э. - к.м.н., доц., начальник управления учебно-организационной и методической работы

Кадырова Р.М.– д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных заболеваний

Калиев Р.Р. - д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины

Карасаева А.Х. – д.м.н., проф., дир. центра повышения квалификации и непрерывного образования

Карашева Н.Т. – нач. отдела информационно-библиотечного комплекса

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

Куттубаев О.Т.- д.м.н., проф.

Кожокматова Г. С. - д.м.н., проф.

Кононец И.Е.- д.м.н., проф. зав.

каф. фундаментальной и клинической биологии

Мергенбаева Т.К. - к.м.н., доц., госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии

Молдобаева М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней, проф.

Мураталиева А.Ж. - к.ф.н., доц., зав. каф. фармакогнозии

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

Оморов Р.А. –чл. корр. НАН КР, д.м.н., проф., зав. каф. факультетской хирургии

Сатылганов И.Ж. - д.м.н., проф., проректор по доклиническому обучению и воспитательной работе и гос.языку, зав. кафедрой патанатомии

Сопуев А.А. - д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

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

Усупбаев А.Ч. - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и последипломного образования

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



ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Шекера О. Г., Медведовская Н. В.

Современные реалии последиplomной подготовки семейных врачей в Украине 7

Нарбеков Т.О.

Современное состояние и перспективы развития гемофилической службы в Кыргызской Республике 10

Жумабеков А.И.

Организационные особенности ортодонтической службы в условиях частной стоматологической клиники 13

Жумабеков А.И.

Приоритеты перехода государственной стоматологической поликлиники на уровень передовых информационных технологий 19

ПРОБЛЕМНАЯ ЛЕКЦИЯ

Мурзалиев А.М.

Клинические подходы в лечении неврологических больных на современном этапе 25

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

Абдурасулов К.Д., Дурбелова Б.Н.

Липидный спектр крови среди неорганизованной популяции г. Ханты-Мансийска 27

Кулданбаев Н.К.

Содержание тяжелых металлов в почве и донных осадках в районе хайдарканского ртутного комбината 32

Пахотина В.А., Абдурасулов К.Д.

Эпидемиологические особенности гепатита «В» в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре 38

ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ

Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г. Дж.

Медико - социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин - мигрантов (Обзор литературы) 43

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Абдурасулов К.Д., Углева Т.Н., Трегуб Н.В.

Физиологические и морфологические особенности

СОДЕРЖАНИЕ

миокарда у детей пубертатного периода в условиях севера	49
Абдыраева Б.Р. Оценка эффективности и приверженности к антиретровирусной терапии у женщин и детей с ВИЧ-инфекцией	54
Алиева Г.М., Чечетова С.В., Урманова А.К., Кадырова Р.М. Особенности течения ветряной оспы у детей	59
Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Халупко Е.А. Вирусный гепатит «А» у детей: причины, клинические симптомы, диагностика, лечение	64
Болоткан уулу Насыр Профилактика инфекционных осложнений эндопротезирования коленного сустава (Обзор литературы)	69
Борукеев А.К. Способ остеотомии локтевого отростка при оперативном лечении переломов дистального отдела плечевой кости	74
Жусупова Ш.К. Применение обучающей программы в лечении и профилактики железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста	77
Игисинов С.И., Исмаилова А.А., Игисинова Г.С., Есенкулова С.А. Особенности рака шейки матки в отобранных областях Казахстана в зависимости от проживания над уровнем моря	84
Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т. Совершенствование хирургического лечения нефроптоза	
Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т. Показатели гемодинамики почек при нефроптозе	90
Мамражапова Г. Т., Ырысов К. Б. Прогностические критерии исхода при гипертензивных внутримозговых кровоизлияниях	99
Молдакунов А.Ж., Джумабеков С.А., Джайлокеев Б.М., Кудайкулов М.П., Байгараев Э.А. Артроскопическая реконструкция передней крестообразной	

СОДЕРЖАНИЕ

связки коленного сустава	102
Насыров В.А., Исламов И.М., Солодченко Н.В. Эндоскопическая риносинусохирургия как метод функциональной, органосохраняющей операции	105
Повч З. В. Первичная профилактика глаукомы и особенности организации оказания первичной медицинской помощи таким пациентам в Украине	111
Суеркулов Б.Т., Джумабеков С.А., Байгараев Э.А., Карганбаев Ж.Ж. Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста	115
Ташматов А.М. Тактико-технические ошибки оперативного лечения переломов костей конечностей	118
Тилегул к. А., Алимбекова А., Землянухина Л.С., Бектурдиев К.Б., Ибраев А. И. Динамика заболеваемости чумой в мире	121
Шабданова Ж. Т., Молдоташова А.К., Турдушева Д.К. Особенности анестезии в челюстно-лицевой хирургии	126
Ырысов К. Б., Болотбекова Э. Б. Нейрохирургическое лечение вестибулярных шванном ретросигмовидным доступом	130
ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Ешиев А.М., Давыдова А.К., Уразматов С.Г. Состояние среднего уха у детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба	134
ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ	
Асанов Б. К., Молдоташова А.К., Бошкеев Ж. Б. Инфулган у хирургических больных в послеоперационном периоде	137
Гуломов З.С., Симбирцев А.С., Янов Ю.К. Клиническая эффективность и иммунологические особенности при лечении воспалительных заболеваний	

верхних дыхательных путей препаратом «Беталейкин» 144

Искандарова Ш.Ф.

Изучение кристаллографических характеристики
технологических показателей порошка топинамбура 149

Максудова Ф.Х., Кариева Ё.С.

К вопросу разработки теста «растворение» для
капсул нестероидного противовоспалительного действия 152

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Калжикеев А.М., Уметалиев Ю.К., Тойгонбаев А.Т.,

Калжикеев А.А., Исаев Д.К., Джайлобаев Т.А., Ибраев Д.Ш.

Хирургическое лечение больных с язвенными
стенозами пилородуоденальной области 156

Чен Дие Чюнь

Клинические варианты артериовенозных свищей 161

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Абдыраимова Ж.К., Нурбекова У.А.

Миотоническая дистрофия Россолимо – Куршманна -
Штейнерта – Баттена, особенности клинического
случая и диагностики 164

ЛЕТНЯЯ ШКОЛА

Ljuba Bacharova, Gulmira Kudaiberdieva,

Galen S. Wagner

International Scientific Summer School initiative: supporting
international networking and collaboration 167

СОВРЕМЕННЫЕ РЕАЛИИ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ В УКРАИНЕ

Шекера О. Г., Медведовская Н. В.

Национальная академия последипломного образования имени П. Л. Шупика
Украина

Резюме. Проведен анализ существующей системы организации последипломного образования врачей первичной медицинской помощи в Украине. Обозначены пути и приоритетные направления государственной политики поддержки отрасли здравоохранения в целом и повышения престижа специальности врача семейной медицины в частности
Ключевые слова: семейная медицина, последипломное образование, современные образовательные технологии

THE MODERN REALITIES OF POSTGRADUATE TRAINING OF FAMILY DOCTORS IN UKRAINE

Shekera O.G, Medvedovskaya N.V.

P.L.Shupyk National (Medical) Academy of Post Graduate Education
Ukraine

Resume. The analysis of the existing system of the organization of postdegree education of doctors of primary medical care in Ukraine is carried out. Ways and the priority directions of a state policy of support of health care to branch in general and increases of prestige of profession of the doctor of family medicine in particular are designated.

Keywords: family medicine, postdegree education, modern educational technologies.

Вступление.

За прошедшие десятилетия в Украине произошли сложные социально-экономические, политические и демографические изменения. Трудности, которые возникли, негативно повлияли на деятельность всех отраслей народного хозяйства в стране, в том числе и на здравоохранение. При таких условиях медицинская отрасль поставлена в жесткие внешние социальные, экономические, организационные и политические рамки, которые требуют замены прежних привычных подходов. При этом возрастает степень неопределенности во всех структурах здравоохранения, что существенно затрудняет выбор правильных, обоснованных управленческих решений [1-5].

Во всех развитых странах мира организация управления здравоохранением, в том числе и вопрос его кадрового обеспечения, рассматривается как общественное (национальное) дело, для обеспечения которого создаются солидарные механизмы, аккумулирующие ресурсы общества. В соответствии с действующей законодательной базой в Украине, система здравоохранения определена как совокупность организаций, институтов и ресурсов, предназначенных для оказания разных видов медицинских услуг на индивидуальном или коллективном уровне (в том числе на основе межсекторального взаимодействия)

главная цель которой заключается в укреплении, восстановлении и поддержании здоровья [6-9].

Целью нашего исследования стал анализ существующей системы последипломного медицинского образования врачей общей практики - семейной медицины, которые призваны оказывать первичную медицинскую помощь, внедрять и проводить профилактические мероприятия среди населения страны, с целью обозначения путей развития образовательного процесса.

Результаты исследования и их обсуждение.

В Украине осуществляется модернизация медицинской помощи населению на всех уровнях ее оказания, а именно: завершается реорганизация первичной и экстренной медицинской помощи; ведется подготовка к реорганизации вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи, формируется единое медицинское пространство.

Семейная медицина - это доступность медицинской помощи населению, непрерывность медицинской опеки для всех членов семьи, наблюдение по месту жительства за выписанными из стационара пациентами, оказание неотложной помощи больным в тяжелом состоянии, значительно более широкий спектр медицинских услуг, которые раньше можно было получить только у узких специалистов и,

что самое главное - профилактика заболеваний и пропаганда здорового образа жизни.

Сегодня важным и актуальным является улучшение кадрового обеспечения учреждений здравоохранения. В этих условиях профессиональная подготовка медицинских работников была и является одним из регуляторов социального развития, поскольку фактически формирует доктрину жизнеспособности общества.

На сегодня в полноценном кадровом обеспечении нуждается первичная медико-санитарная помощь, основанная на принципах общей практики семейной медицины. За последние годы общая укомплектованность семейными врачами в Украине уменьшалась. Стоит отметить, что более напряженной остается ситуация с укомплектованностью медицинскими кадрами учреждений здравоохранения в сельской местности.

Основные усилия государства необходимо направить по следующим направлениям: адекватная оплата труда в системе здравоохранения; оптимальная система регулирования занятости; обязательное социальное страхование медиков, в том числе и профессиональной ответственности медицинских работников.

Значительное внимание в Украине уделяется: созданию современной концепции развития высшего медицинского образования; разработке и внедрению современной системы последипломной подготовки семейных врачей; формированию сети университетских клиник с системой внешнего оценивания, дистанционной подготовки специалистов при непрерывном профессиональном усовершенствовании семейных врачей.

Последипломная подготовка медицинских специалистов для первичного уровня здравоохранения в Украине осуществляется в высших медицинских и фармацевтических учебных заведениях I-IV уровня аккредитации, среди них: 13 медицинских университетов (академий), 7 из которых имеют статус национальных и Национальный фармацевтический университет; 3 академии последипломного образования; 3 факультета ВУЗа Министерства образования и науки Украины; 4 негосударственных ВУЗа; 2 института медсестринства; 72 медицинских и фармацевтических колледжа, 38 медицинских

училищ; 23 научно-исследовательские учреждения, в которых преподают более 2-х тысяч профессоров и докторов наук; около 8000 доцентов и кандидатов наук.

Подготовка и повышение квалификации семейных врачей осуществляется на 24 кафедрах семейной медицины в учебных заведениях до- и последипломного образования. Учитывая территориальные особенности страны, наличие большого количества достаточно отдаленных регионов, в которых нередко является всего 1-2 специалиста, а также не простую экономическую ситуацию, дистанционное обучение является востребованным, поскольку позволяет охватить гораздо большее количество врачей и медсестер. Кроме этого, семейный врач, знакомый с системой дистанционного образования, сможет более эффективно использовать телемедицинские технологии.

Таким образом, будущими важными шагами повышения качества последипломной подготовки семейных врачей для первичного звена здравоохранения, должны стать внедрение современных образовательных технологий непрерывного образования с элементами дистанционного обучения с соответствующим материально-техническим оснащением образовательных институций, учреждений первичной медицинской помощи. Поддержка государством реформирования первичного уровня оказания медицинской помощи повысит престиж профессии семейного врача в Украине.

Литература:

1. Вороненко Ю.В. *Безперервний професійний розвиток лікарів і провізорів – нові принципи побудови системи* / Ю.В. Вороненко, О.П. Мінцер // *Нові напрямки впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих медичних і фармацевтичних навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації: матеріали Всеукраїнської наукової навчально-методичної конференції.* – Тернопіль: ТДМУ, 2011. – С. 26-28.
2. *Програма розвитку вищої медичної освіти до 2015 року [Електронний ресурс].* - Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua/ua/portal/>.
3. *Взаимодействие профессионального образования и производства как фактор модернизации подготовки компетентных специалистов* / В. Сучков, Р. Сафин, Е. Корчагин, И. Айтуганов // *Высшее образование в России.* - Москва : Московский государственный университет печати им. Ивана Федорова. - 2008. - N 12. - С. 19-27.
4. *Асадуллин Р. М. Интеграция как новая форма сопряжения образования, науки и практики в регионе* / Р. М. Асадуллин // *Аккредитация в образовании.* – 2009. - № 32. – С. 16-18.

5. Міжсекторальна взаємодія освіти, науки та практики як запорука ефективної підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко, О.Г. Шекера, Н.В. Медведовська, В.В. Краснов, О.М. Вернер, В.І. Ткаченко // Здоров'я суспільства. – 2014. – № 1–2. – С. 14–24.

6. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» №3611-VI від 07.06.11 р.

7. Кабанова С. Подготовка врачей и научных

кадров в системе последипломного образования / С.А. Кабанова, И.Ю. Ложкевич // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2010. — № 1. — С. 52-58 б.

8. Руководство по разработке стратегии обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения / Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения. – 2008. – 86 с.

9. Смирнов А. В. Образовательные кластеры и инновационное обучение в вузе: Монография / А. В. Смирнов. – Казань: РИЦ «Школа», 2010. – 102 с.



Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате
на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ГЕМОФИЛИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Нарбеков Т.О.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кыргызский научный центр гематологии МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье затронуты основные медико-социальные вопросы, посвященные организации и модернизации гемофилической службы в республике, начиная от актуальности заболевания, методов диагностики, лечения и до проведения реабилитационных мероприятий, направленных на улучшения качества жизни и оказание квалифицированной медицинской помощи для больных гемофилиями. Также отмечено, что для полноценного понимания проблем связанных с гемофилией, необходимо взаимодействие гематологов с другими узкими специалистами, - стоматологами, хирургами, физиотерапевтами, травматолог-ортопедами, психологами, а также социальными работниками. Кроме того необходима поддержка со стороны современной политики здравоохранения и общественности.

Ключевые слова: гемофилия А, гемофилия В, фактор VIII, фактор IX, фактор фон Виллебранда, нарушение свертывание крови, врожденные коагулопатии.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ГЕМОФИЛИЯ КЫЗМАТЫНЫН АЗЫРКЫ АБАЛЫ ЖАНА КЕЛЕЧЕКТЕГИ ӨНҮГҮҮ ЖОЛДОРУ

Нарбеков Т.О.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

КР ССМ Кыргыз гематология илимий борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макала гемофилия кызматынын өнүгүүсүнө багытталган жана бейтартардын жогорку деңгелдеги медициналык жардамды алуусуна жана жашоо сыпатынын өзгөрүүсүнө өбөлгө түзүүчү, негизги медициналык жана социалдык суроолорду, дарттын маанилүүлүгүнөн баштап, дарттапма, даарылоо жана кайра калыбына келтирүү ыкмаларына чейинки маселелерди камтыйт. Гемофилия дартынын кесепетинен пайда болгон түйшүктөрдү толук түшүнүү үчүн, гематологтор менен башка адистердин, - стоматологтор, хирургтар, физиотерапевтер, травматолог-ортопедтер, психологтор жана социалдык кызматкерлердин шериктеш зарылдыгы белгиленген. Ошондой эле, коомдун жана азыркы саламаттык сактоо саясанын көмөктөштүгү керек.

Негизги сөздөр: гемофилия А, гемофилия В, фактор VIII, фактор IX, фактор фон Виллебранд, кандын уюшунун бузулуусу, тукум куума коагулопатиялар.

CURRENT STATUS AND PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF HEMOPHILIC SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Narbekov T.O.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Kyrgyz scientific center of hematology of the Ministry of health of Kyrgyz Republic

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article discussed the main health and social issues on the organization and modernization of hemophilic service in the country, ranging from the relevance of the disease, methods of diagnosis, treatment, and to carry out rehabilitation activities aimed at improving the quality of life and skilled care for patients with hemophilia. Also noted that for a full understanding of the problems associated with hemophilia, you can interact with other hematologist's narrow professionals - dentists, surgeons, physiotherapists, orthopedic traumatology, psychologists, and social workers. Also requires the support of modern politics and the public health.

Key words: hemophilia A, hemophilia B, Factor VIII, Factor IX, von Willebrand factor, coagulation disorders, congenital coagulopathy.

Гемофилия – это врожденное нарушение свертывание крови, сцепленное с хромосомой X и проявляющееся недостатком фактора свертывания крови VIII (FVIII), при гемофилии типа А или фактора IX (FIX), при гемофилии типа В. Этот недостаток является результатом

мутации соответствующих генов фактора свертывания крови [1]. Согласно оценке, основанной на ежегодном глобальном опросе, проводимой Всемирной Федерацией Гемофилии (WFH Canada, Montreal), число людей с гемофилией в мире составляет приблизительно

400 000 человек. Гемофилия А встречается чаще, чем гемофилия В и составляет 80-85% от общего числа людей с гемофилией [2]. Гемофилией страдают лица мужского пола, при этом патологический ген передается с материнской стороны. Распространенность гемофилии А составляет 1 : 10 000, гемофилии В – 1 : 30 000-50 000 жителей мужского пола [3], а распространенность других заболеваний, связанных с нарушением свертываемости крови, находится в диапазоне примерно от 1 человека на 1000 жителей и до 1 человека на 1 миллион людей [4].

Основные клинические проявления гемофилии А – это кровотечения различной локализации, однако чаще у таких больных возникают рецидивирующие геморрагии в суставы и мышцы. Кроме того, для этой наследственной патологии весьма характерны кровотечения после любых, даже небольших, травм и хирургических вмешательств. Выраженность геморрагий, частота рецидивов, наличие спонтанных эпизодов гемартрозов и многие другие клинические проявления, характеризующие тяжесть заболевания, часто коррелируют с уровнем FVIII:C в крови [5].

Таким образом, геморрагический синдром при наследственных коагулопатиях имеет гематомный тип кровоточивости, который выражается различными геморрагиями, от незначительных до массивно-профузных, нередко угрожающими для жизни больного, а также кровоизлияниями во внутренние органы, в мышцы, суставы, с развитием осложнений скелетно-мышечной системы и становится причиной ранней инвалидизации и социальной дезадаптации больных.

На сегодняшний день основным методом диагностики и лечения гемофилии, являются - определение активности факторов свертывания крови VIII и IX (в норме от 50 до 200%) и проведения пожизненной заместительной терапии: внутривенные введения антигемофильных концентратов факторов VIII и IX, при гемофилии А и В, соответственно.

В Кыргызской Республике, по неполным данным, зарегистрировано более 300 больных с наследственными коагулопатиями, из которых около 130 дети до 16 лет. До 2011 года, в ЛПУ Кыргызской Республики использовалась методика определения формы гемофилии по аутокоагулограмме (Баркаган З.С., 1973)

- типирование гемофилии. Однако это косвенная методика, и она устарела. С 2011 года в нашей республике впервые в условиях отделения детской гематологии НЦОМид МЗ КР, начали использовать метод определения активности VIII и IX факторов свертывания в крови. С 2013 года данный метод был также внедрен в лаборатории Кыргызского научного центра гематологии (КНЦГ МЗ КР) и Ошской Межобластной объединенной клинической больницы. Данный лабораторный метод является основным диагностическим критерием определения вида гемофилии и оценки степени тяжести заболевания. Кроме того, определения активности факторов свертывания крови: концентрации уровня фактора VIII и IX, а также фактора фон Виллебранда (von Willebrand factor) и других плазменных факторов свертывания крови у больных, в перспективе дает возможность создания государственного реестра (регистра) больных с гемофилией и другими редкими формами врожденных коагулопатий, проживающих в Кыргызской Республике, для оказания им квалифицированной медицинской помощи.

Вторым важным этапом в организации гемофилической службы является оказание лечебно-профилактических, реабилитационных мероприятий больным с наследственными коагулопатиями. Как было указано выше, в лечении больных с гемофилией А и В наиболее важным компонентом является заместительная терапия, то есть, попытка нормализовать геморрагический дефект восполнением дефицитного фактора. Сейчас всем известно, что для того, чтобы достичь гемостаза, активность факторов VIII/IX должна быть доведена хотя-бы до 15-30% от нормы. В случае более тяжелых кровотечений или для обеспечения хирургической операции активность факторов VIII/IX необходимо повысить до 50-100% от нормы. Для этого требуется концентрат, который на единицу объема содержит значительно больше факторов VIII/IX, чем кровь или плазма [6].

Основным на сегодняшний день методом лечения больных с наследственными коагулопатиями (гемофилия А, В, болезнь Виллебранда) во всем мире является заместительная терапия – восполнение и коррекция недостающих факторов (фактор VIII, IX, von Willebrand). В нашей республике до настоящего времени активно используется

заместительно-гемокомпонентная терапия, т.е. переливание донорской свежезамороженной плазмы и криопреципитата, которые в своем составе содержат указанные факторы свертывания крови. Однако этот вид лечения по многим параметрам уступает концентрированным, лиофилизированным, антигемофильным препаратам. Мало того, через препараты крови имеется большая опасность заражения гемотрансмиссивными инфекциями (вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция). Поэтому с 2008 года по линии фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) при Правительстве КР, согласно программе Государственных гарантий, идет закуп антигемофильных препаратов (плазменные и рекомбинантные концентраты факторов VIII и IX) для лечения больных детей гемофилиями до 16 лет. К сожалению, из-за недостатка финансовых средств, взрослые больные пока не имеют доступа к данным антигемофильным препаратам, которые жизненно необходимы данной категории больных. И это является одной из основных проблем в плане организации лечебной помощи больным. Также хотелось бы отметить, что для реализации квалифицированной помощи для больных с гемофилией необходимо взаимодействие врачей – гематолога, физиотерапевта, травматолога-ортопеда, хирурга, стоматолога, психотерапевта и социальных работников.

В связи с этим, учитывая вышеизложенные обстоятельства, для улучшения коагулологической службы в нашей республике на наш взгляд необходимо:

- создание общей национальной программы при Министерстве здравоохранения КР, в целях проведения широкомасштабных действий, направленных на улучшение понимания основ гемостазиологии и заболеваний, связанных с нарушением свертывающей системы крови на первичном и вторичном уровнях здравоохранения КР;

- достаточное обеспечение антигемофильными препаратами для больных с наследственными коагулопатиями;

- оснащение необходимым оборудованием, реактивами и обучения врачей лаборантов определять гемостазиограмму и уровень факторов VIII, IX и von Willebrand в крови, а также проведения агрегатограммы в областных и территориальных больницах;

- организация реабилитационной службы

для больных гемофилией, обучение врачей физиотерапевтов, стоматологов, травматологов, ортопедов и хирургов;

- организация адресных образовательных программ для больных с гемофилией и их родственников, а также оказание консультативной помощи медицинскому персоналу первичного и вторичного уровней здравоохранения;

- создание на базе КНЦГ МЗ КР, государственного регистра больных с врожденными коагулопатиями;

- агитационная работа о необходимости донорской службы, в целях оказания помощи больным с наследственными коагулопатиями компонентами крови (СЗП, криопреципитат), особенно на периферии республики (в районах, областях);

При совместном взаимодействии специалистов и пациентов, а также при поддержке общественности, становится возможной реализация оказания квалифицированной медицинской помощи и улучшения качества жизни для больных с врожденными коагулопатиями.

Литература:

1. Всемирная Федерация Гемофилии (WFH Canada, Montreal). Руководство по лечению гемофилии, 2-ое издание. Blackwell Publishing Ltd., 2012.

2. Stonebraker JS, Bolton-Maggs PH, Soucie JM, Walker I, Brooker M. A study of variations in the reported haemophilia A prevalence around the world. *Haemophilia* 2010; 16(1):20-32.

3. Клиническое руководство “Диагностика и лечение гемофилии на первичном уровне здравоохранения” НЦОМцД, КНЦГ, РЦРЗиИТ МЗ КР, Бишкек 2013.

4. Всемирная Федерация Гемофилии (WFH Canada, Montreal). Руководство по выявлению больных гемофилией и другими заболеваниями, связанными с нарушением свертываемости крови Joysa Donnelly, 2009.

5. Мамаев А.Н. Коагулопатии: руководство. – Москва, ГЭОТАР-Медиа, 2012. – С.76.

6. Нильсон И.М. Гемофилия: руководство. Malmö General Hospital, Sweden. 1994. // Перевод на русский язык Н.А. Федоровой. Под редакцией д.м.н., профессора Л.П. Папаян – Санкт-Петербург, Рубеж – 1999. – С.30.

ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УСЛОВИЯХ ЧАСТНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Жумабеков А.И.

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

Резюме. В статье изучено современное состояние оказания ортодонтической помощи населению в условиях лечебного учреждения негосударственной формы собственности. Приводятся данные о распространенности зубочелюстных аномалий, а также применение новейших технологий при лечении патологий зубочелюстной системы. В сравнительном аспекте показаны данные об оснащенности государственных и частных клиник специальным инструментарием, позволяющим работать со съёмной и несъёмной ортодонтической техникой.

Ключевые слова: зубочелюстная аномалия, прикус, клиника.

ЖЕКЕ-МЕНЧИК ЭМКАНАДАГЫ ОРТОДОНТИЯЛЫК КЫЗМАТЫНЫН УЮШТУРУУЧУЛУК ЖАГЫНЫН НЕГИЗДЕРИ

Жумабеков А.И.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада жеке-менчик эмканада калкыбыз үчүн ортодонтиялык жардамдын жаны денгээлдеги ыкмаларды колдонуусу боюнча изилдөө жүргүзүлгөн. Тиш-жаак аномалиясынын саны жөнүндө жана аны дарылоо үчүн туралуу жаңы ыкмаларды колдонгону жөнүндө маалыматтар берилген. Мамлекеттик жана жеке-менчик эмканалардын алынма жана алынбас ортодонтиялык техникасын колдонуу үчүн атайын аспаптар менен камсыздандыгы жөнүндө маалыматтар салыштырмалуу аспекти катарында көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: тиш-жаак аномалиясы, прикусу, эмкана.

ORGANIZATIONAL FEATURES OF ORTHODONTIC SERVICE IN PRIVATE DENTAL CLINIC

A.I. Zhumabekov

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents an analysis of the current state of the provision of orthodontic care to the population in the conditions of medical institutions of private ownership. Also presents data on the prevalence of dental anomalies, as well as the latest technology in the treatment of pathologies of abnormalities of dentition. In a comparative perspective shows data about the technical equipment of state and private clinics with special tools to work with no removable and removable orthodontic appliances.

Keywords: abnormalities of dentition, occlusion, the clinic.

Нуждаемость в ортодонтической помощи населения г. Бишкек высока. В структуре стоматологических заболеваний ведущее место занимают зубочелюстные аномалии (39%). Распространенность зубочелюстных аномалий составляет 111,7±0,6 на 100 обследованных. Из числа зубочелюстных аномалий преобладают аномалии развития числа зубов (51,8%) и аномалии форм зубов (43,4%) [1].

Оказание ортодонтической помощи в государственных учреждениях с применением дорогостоящих аппаратов и материалов не всегда представляется возможным. Вопросы,

касающиеся ортодонтической помощи в учреждениях негосударственной формы собственности, освещаются в литературе мало [2].

Не отражаются такие аспекты как:

- Контроль качества лечения;
- Виды материалов и аппаратов для коррекции зубочелюстных аномалий;
- Возрастные группы пациентов, обратившиеся за ортодонтической помощью;
- Материально-техническая база и кадровая характеристика;
- Частота незавершенного ортодонт-

ческого лечения.

Задачи исследования:

- Определить возрастные группы населения, обратившиеся за ортодонтической помощью в частную клинику.
- Мотивация обращения за ортодонтической помощью.
- В сравнительном аспекте определить разновидности ортодонтических аппаратов, применяемых для коррекции зубочелюстных аномалий в клиниках различных форм собственности
- Выявить уровень состояния материально-технической базы частной клиники и государственной поликлиники.

Материалы и методы исследования. Изучению подлежали 95 амбулаторных карт пациентов, взятых на ортодонтическое лечение, за трехлетний период с 2012-2014 гг. (включительно), также проведен анкетный опрос 63 пациентов (анкета). Произведена статистическая обработка данных.

Результаты исследования.

Анализ данных анкетирования, проведенный до начала ортодонтического лечения в СК «Дентал», позволил установить, что у большинства пациентов отмечен высокий уровень мотивации к проведению ортодонтического лечения. Информацию об особенностях ортодонтического лечения и аппаратов, применяемых при данном лечении, пациенты получили: 35% - от знакомых, 10% - через интернет, 25% - от лечащего врача-стоматолога, 25% - в рекламных изданиях СМИ.

Коррекция зубочелюстных аномалий у опрашиваемых пациентов ранее проводилась у 35 человек (54,6±6,9%). Причем, в большинстве случаев, у 29 человек – в государственных лечебных учреждениях. Из них, 22 человека (82,6±6,3%) лечение не завершили. Наиболее частой причиной прерывания лечения были проблемы с адаптацией к ортодонтическому аппарату. Эти данные согласуются с данными

Хорошилкиной Ф.Я. [3], Гарбацевич Н.А. [4].

Пациенты, принятые на ортодонтическое лечение были распределены на группы с учетом их возраста (табл.1).

Преобладающее количество – это пациенты возраста от 14 до 25 лет, группа 3 (27,3±4,57) и группа 4 (33,68±4,77). Эффективность ортодонтической помощи у этих пациентов можно достичь, применяя несъемные аппараты (брекет-системы). Пациенты в возрасте от 5 до 14 лет реже обращаются за ортодонтической помощью в учреждения негосударственной формы собственности, потому что, коррекция зубочелюстных аномалий в этом возрасте осуществляется преимущественно съемными ортодонтическими аппаратами. Оказание такого вида ортодонтической помощи пациентам имеет традиционно высокий уровень в государственном секторе здравоохранения.

По нозологическим разновидностям зубочелюстные аномалии у пациентов распределились следующим образом: 58 пациентов (61,04±4,95%) – аномалии отдельных зубов и зубных рядов, 37 пациентов (38,93±4,95%) – аномалии прикуса. Из аномалий прикуса наиболее часто встречаемый дистальный (32,63±4,77%), что соответствует известным литературным данным (табл.2) [3].

Ортодонтическое лечение проводилось по показаниям с учетом возраста пациентов, вида патологии, этиологии зубочелюстных аномалий. Для их лечения использовался широкий спектр аппаратов, представленных в таблице 3.

Из общего количества пациентов прервали лечение 7 (6,58±2,52%) человек. Возраст этих пациентов, которые прервали ортодонтическое лечение – дети до 14 лет. Этим пациентам для лечения были использованы съемные аппараты. Лечение было прервано на этапе адаптации к аппарату – 6 (5,26±2,27%) человек. Утерян аппарат – 3 человека.

Удовлетворенность пациентов от полученного ортодонтического лечения в

Таблица 1
Распределение ортодонтических пациентов на группы с учетом их возраста

Группы	1	2	3	4	5
возраст	5-8 лет	9-14 лет	14-17 лет	18-25 лет	Старше 25
Абс.	10	22	26	32	5
%	10,52±3,24	23,1±4,25	27,3±4,57	33,68±4,77	5,26±2,24

Таблица 2

Распределение пациентов по зубочелюстным аномалиям

Вид аномалии	Абс.	%
Аномалии отдельных зубов	30	31,57±4,73
Аномалии зубных рядов	28	29,47±4,6
Дистальный прикус	31	32,63±4,77
Мезиальный прикус	3	3,15±1,75
Открытый прикус	1	1,05±1,45
Перекрестный прикус	2	2,1±1,75

Таблица 3

Спектр аппаратов, примененных для ортодонтического лечения пациентов в частной клинике

Вид аппарата	Возраст пациента	Количество аппаратов	
		Абс.	%
1. Вестибулярная пластинка	6-7	1	1,03±0,87
2. Трейнер	5-9	8	8,24±2,39
3. Съёмный механический	8-12	23	23,71±3,69
4. Функционально-действующий	9-14	10	10,3±2,65
5. Несъёмные:			
брекеты – система (самолигирующая в том числе)	12-25	47	48,45±4,59
лингвальная дуга	12-25	-	-
аппарат Дерихсвайлера	12-14	3	3,09±1,49
маска Деляра	12-14	2	2,06±1,22
губной бампер	9-14	3	3,09±1,49
Всего		97	100

частной клинике, можно объяснить следующим образом:

- высокий уровень мотивации пациента, обусловленный, в том числе, их возрастом.

- доступность приема (назначенное время, отсутствие очередей, работа в выходные дни).

- оплата услуг и аппаратов (дисциплинирует, заставляет довести лечение до конца).

- более тесный психологический контакт с пациентом (больше времени на прием, который позволяет объяснить особенности лечения, гигиены и т.д.).

- для лечения использовались высокотехнологичные аппараты несъемной конструкции, которые позволили для каждого пациента выбрать оптимальный план лечения и вид ретенции.

Показателем качества работы является количество пациентов, удовлетворенных

исходом лечения. Из 90 человек, завершивших ортодонтическое лечение, (94,7±1,8%) были удовлетворены исходом лечения, а 5,2±1,88% - нет. Причины неудовлетворенности у пациентов было недостаточно четкое разъяснения границ возможности ортодонтического лечения и желания пациента, отсутствие психологического контакта врача и пациента.

По данным опроса пациентов 95,23% остались довольными предоставленным сервисом клиники, а также оснащённостью клиники современным оборудованием и техникой. Ортодонтические кабинеты в клинике оснащено:

- Стоматологическими установками 2012 года выпуска. Современное оборудование с полной комплектацией: 2 турбинных наконечника с подсветкой, два микромотора для углового и прямого наконечника, слюноотсос, пылесос, два пистолета воздух-вода, встроенный

Таблица 4

Количество изготовленных съемных и несъемных ортодонтических аппаратов за 2012-2013 гг.

Аппараты	2012	2013	Всего
Съемные внутриротовые механические аппараты	197	189	386
Функционально-направляющие одночелюстные съемные аппараты	28	27	63
Внеротовые ортодонтические аппараты	3	7	10
Несъемные аппараты (Эджуайз техника)	11	13	24
Всего	239	236	483

Таблица 5

Показатели укомплектованности ортодонтическими инструментами и приспособлениями учреждений

Инструменты	Стоматологические организации			
	Бюджетные ЛПУ		Негосударственные ЛПУ	
	абс	%	абс	%
Ортодонтический набор аппаратов для работы с несъемной аппаратурой	5	62,5	21	80,7
Ортодонтический набор аппаратов и приспособлений для работы со съемной аппаратурой	7	87,5	22	84,6
Комплект щипцов и кусачек для работы с несъемной техникой	6	75	23	89
Набор для протравливания эмали и фиксации брекетов	4	49,3	22	84,6
Штангенциркуль	3	37,1	17	66

LCD монитор с интраоральной камерой, световая лампа, скелер (scaeller), электрическое кресло с памятью, столик для врача-ассистента и др.

- Компьютером, со встроенными компьютерными программами анализа диагностических материалов и сохранения единой базы данных;

- Цифровым фотоаппаратом «Canon»;

- Приспособлениями для работы с несъемной техникой: одноразовый губной ретрактор (optragate), инструмент для наложения сепарационных колец, позиционер для точного расположения брекета на зубе, обратный пинцет для установки брекета на зубе, инструмент

для фиксации эластичных лигатур, москиты для металлических лигатур, щипцы Твида для формирования прямоугольных дуг, щипцы для снятия брекетов, щипцы для снятия бандажных колец, кусачки дистальные с удержанием проволоки, кусачки для металлической лигатуры и дуг прямых фирмы Ormco, Dentaureum, Organizer;

- Наборами для протравливания эмали и фиксации ортодонтических элементов.

- Профилактическими препаратами: эмаль-герметизирующий ликвид/ глубокий фторид/ Schmelz-Versiegelungsliquid (для обработки эмали, а также дентина и цемента в области

шейки зуба), препараты для профилактики кариеса зубов и лечения сверхчувствительности зубов;

- Наборами для обработки эмали зубов после снятия брекетов: шлифовальные головки, резиновые головки, силиконовые головки, щетки, штрипсы, полировочные пасты (Detatine Z);

- Одноразовыми наборами для пациента (слюноотсос, салфетка нагрудная, защитные очки), предметами индивидуальной защиты врача (маска, перчатки, защитный щиток, очки).

- Всеми стандартными измерительными приборами, оттискными материалами, медицинским инструментарием и т.д.

- Необходимо также отметить, результаты исследований для сравнительного анализа состояния материально-технической базы и оснащенности современными аппаратами государственной поликлиники г. Бишкек, имеющих в своем составе ортодонтические кабинеты.

В таблице 4 отражены данные о количестве аппаратов и применяемых технологий, свидетельствующие о том, что наибольшую долю аппаратов составляют съемные аппараты сочетанного действия и механические аппараты, которые наиболее часто применяются с целью устранения дистальной окклюзии и глубокого прикуса, сужения зубных рядов и смещения фронтальных зубов. Остальные съемные аппараты используются реже.

Из таблицы видно, что темп прироста изготовленных съемных и несъемных ортодонтических аппаратов в 2013 году ниже (-1,2%), чем в 2012 году. Изготовление несъемных аппаратов (Эджуайз-техника) имеет тенденцию к увеличению (+18.1%), также как и внеротовые ортодонтические аппараты, темп прироста которого составил +133%.

Для оказания ортодонтической помощи населению на современном уровне ортодонтический кабинет, по утверждению Персина Л.С. должен быть оснащен специальным инструментарием, позволяющим работать со съемной и несъемной ортодонтической техникой.

В государственных учреждениях для работы врача-ортодонта имеются: ортодонтический набор аппаратов и приспособлений для работы с несъемной аппаратурой в 20%, ортодонтический набор

аппаратов и приспособлений для работы со съемной аппаратурой в 28%, комплект щипцов и кусачек для несъемной аппаратуры (брекеты) в 24%, набор для протравливания эмали при фиксации брекетов в 16%, штангенциркуль в 12% бюджетных ЛПУ.

В негосударственных клиниках для работы врача-ортодонта имеются: ортодонтический набор аппаратов и приспособлений для работы с несъемной аппаратурой в 20%, ортодонтический набор аппаратов и приспособлений для работы со съемной аппаратурой в 21%, комплект щипцов и кусачек для несъемной аппаратуры (брекеты) в 22%, набор для протравливания эмали при фиксации брекетов в 21%, штангенциркуль в 16% частных клиник (табл. 5).

Таким образом, при сравнении приведенных данных характерных для бюджетных и частных лечебно-профилактических учреждениях, необходимо отметить, что в государственных клиниках обеспеченность значительно хуже по сравнению с частными клиниками; что позволяет последним оказывать ортодонтическую помощь на более высоком современном уровне.

Анализ состояния стоматологических установок бюджетной поликлиники показал, что 85% из всех установок находятся в работающем состоянии. Однако многие из используемых моделей стоматологических установок являются как морально, так и физически устаревшими. Так, среди всех установок в бюджетной стоматологической клинике наибольшая доля приходится на работающих свыше 15 лет (68%), до 5 лет (17%), а до 3-х лет всего 12%. Отсюда следует, что значительное количество стоматологических установок практически полностью исчерпало свой ресурс и еще 18% установок приближаются к этому состоянию. Кроме того, на большинстве работающих установок практически невозможно использовать современные технологии, поскольку только 6,6% стоматологических установок имеют обязательное рабочее место ассистента, 8% - систему чистой воды, 8,7% - безмасляный компрессор.

Соответственно в лечебных стоматологических учреждениях частной собственности ситуация намного лучше, и работающих до 3-х лет стоматологических установок там больше всего – 43%, а 67% всех установок имеют срок эксплуатации не

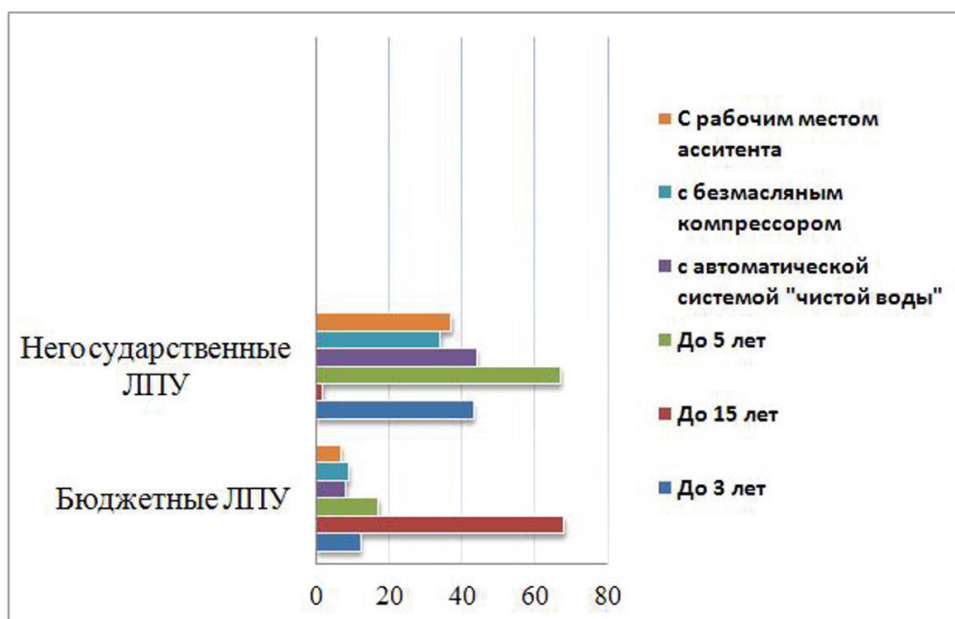


Рисунок 1. Характеристика парка стоматологических установок в частных и бюджетных учреждениях

более 5 лет. Здесь установок с безмасляным компрессором 34%, с автономной системой чистой воды-44%, с обязательным рабочим местом для ассистента – 37% (Рис. 1).

Таким образом, для увеличения числа пациентов, для получения лечения современной техникой и технологиями, необходимо модернизировать ортодонтические кабинеты (отделение) необходимым инструментарием и материалами для применения системы несъемной лингвальной, эджуайз-техники и др. А также для обеспечения более качественного и эффективного лечебного процесса оснастить кабинеты (отделение) инновационными системами в области диагностики зубочелюстных аномалий и внедрить информационные программы автоматизации рабочего места врачей-ортодонт.

В заключение можно отметить, что при оказании ортодонтической помощи населению необходимо постоянно поддерживать высокий уровень материально-технической базы стоматологических учреждений с любой формой собственности, обеспечить его квалифицированными человеческими кадрами, проводить маркетинговый мониторинг критериев приоритетности выбора для повышения качества, оказываемой ортодонтической помощи.

Литература:

1. Сельдиев, Т.Т. Научные основы организации стоматологической службы в условиях перехода к рыночной экономике: автореф. дис. ... доктора мед. наук: 14.00.33 / Т.Т. Сельдиев. - Бишкек, 2003. - 31 с.
2. Шаталина, И.В. Особенности ортодонтической помощи населению в условиях ЛПУ // Стоматологический журнал. – 2007, - С. 185-187.
3. Хорошилкина, Ф.Я. Руководство по ортодонтии. – М., 2012.
4. Гарбацевич, Н.А. Прогнозирование исхода ортодонтического лечения у 8-12 летних детей // Стоматологический журнал. – 2000. - №4.

ПРИОРИТЕТЫ ПЕРЕХОДА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ НА УРОВЕНЬ ПЕРЕДОВЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Жумабеков А.И.

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

Резюме. В данном сообщении представлен анализ эффективности перехода государственных стоматологических поликлиник на уровень автоматизированных информационных медицинских систем, и их перспективы. Намечены пути совершенствования и развития отечественного стоматологического здравоохранения, на примере представленной модели информатизации. Для сравнения приводятся анализ стран СНГ, переходящие на уровень информационных технологий.

Ключевые слова: автоматизация управления, эффективность, организация стоматологической помощи, управление процессами.

МАМЛЕКЕТТИК ТИШ ДАРЫЛОО ЭМКАНАЛАРДЫН ЖАҢЫ ИННОВАЦИЯЛЫК ТЕХНОЛОГИЯ ДЕНГЭЭЛИНЕ ӨТҮҮСҮНҮН ПРИОРИТЕТТЕРИ

Жумабеков А.И.

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

Корутунду. Макалада мамлекеттик тиш дарылоо эмканалардын жаңы автоматикалык медицинага ылайык системасынын денгээлине өтүүсүнүн эффективдүүлүгү жана келечеги жөнүндө анализ жүргүзүлгөн. Улуттук стоматологиялык саламаттыкты сактоо кызматынын жакшыртуу жана өнүгүүсүнүн жолдору информатташтыруу модели мисалында көрсөтүлгөн. Салыштыруу үчүн КМШ мамлекеттегилердин жаңы информатикалык денгээлге өтүп жатышканы жөнүндө анализдер келтирилген.

Негизги сөздөр: автоматикалык башкаруу, эффективдүүлүк, тиш дарылоо кызматынын уюштуруусу, процесстер башкаруусу.

THE PRIORITIES OF THE TRANSITION STATE DENTAL CLINICS FOR LEVEL OF ADVANCED INFORMATION TECHNOLOGIES

A.I. Zhumabekov

Kyrgyz state medical academy named I.K. Ahunbaev
Department of Public health and health care
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article presents an analysis of the effectiveness of the transition state dental clinics on the level of automated medical information systems and their prospects. Marked the path of improvement and development of the national dental health an example of this model informatization. For comparison provides an analysis of the CIS countries in the transition to the level of information technology.

Keywords: automation, efficiency, organization of dental care, management of processes.

В век техногенного мира в системе здравоохранения произошли большие изменения и сейчас современные автоматизированные информационные технологии внедряются во всех сферах большей активности, и ныне базовые навыки работы с персональным компьютером важны не только для врачей, но и для всего медицинского персонала. В условиях рыночной экономики на качество работы врачей стоматологов многие факторы влияют, например, такие как внедрение передовых технологий,

применение административно-управленческих мер и др., в связи с этим повышение качества стоматологической помощи населения есть не только медицинская, но и социально-экономическая проблема.

В первую очередь внедрение автоматизированных информационных технологий необходимо проводить в поликлиниках и других учреждений первичного звена медицинской помощи. Это объясняется тем, что ведущим звеном отечественного здравоохранения

является амбулаторно - поликлиническая помощь. Это самый массовый вид медицинской помощи, обеспечивающий квалифицированное медицинское обслуживание населения, также можно отнести к ним и стоматологические поликлиники. Уровень работы этих учреждений, качество поликлинической помощи во многом зависит от правильной, научно-обоснованной и рациональной организации их деятельности. В современных условиях залогом успешной организации деятельности медицинских учреждений являются информационные технологии [1,2,3,4].

Информационная технология (далее - ИТ) – это совокупность методов, производственных процессов и программно-технических средств, объединенных в технологическую цепочку, обеспечивающую сбор, обработку, хранение, передачу и отображение информации. ИТ в здравоохранении становятся сегодня точкой роста в сфере информационно-компьютерных технологий, и включают в себя: видеоконференц-связь, мобильные решения, системы документооборота, системы отчетно-учетной документации, электронные истории болезни, системы поддержки решений для администрации и клиницистов, медицинские порталы и др. [1,2,5].

Повышение эффективности стоматологической помощи возможно при создании оптимальной организационной структуры на основе информационных технологий, решения кадрового вопроса, внедрения качественных платных услуг, перманентного профессионального совершенствования, наличия комплексных программ управления и контроля за состоянием материально-технического снабжения и уровнем обслуживания пациентов, в том числе и автоматизированных [6].

Внедрение автоматизированных информационных медицинских систем позволяет не только сократить трудоемкие ручные работы, но и создает возможность более эффективного управления деятельностью лечебно-профилактических учреждений и органов здравоохранения.

В настоящее время в стоматологических организациях широко используются многофункциональные программные комплексы для автоматизации учета и управления. Эти системы позволяют объединить воедино процессы лечения и административное

управление. Кроме того использование таких программ позволяет решить такие задачи как:

- ведение картотеки пациентов и электронной медицинской карты;
- автоматизация работы регистратуры – расширенный набор функций;
- статистическая и медицинская отчетность;
- взаимодействие со страховыми организациями, учреждениями, предприятиями: договора, расчеты, страховые программы, формирование отчетности;
- оперативный анализ и контроль деятельности клиники;
- складской учет материалов;
- учет работы зуботехнической лаборатории;
- расширяемый перечень специализаций – возможность применения в других областях медицины;
- анализ эффективности работы стоматологической клиники.

Автоматизированные системы учета позволяют менеджерам здравоохранения разрабатывать и принимать правильные управленческие решения. Их основная задача – обеспечение деятельности и развития медицинской организации с помощью передовых информационных технологий.

Внедрение информационных технологий в организацию стоматологической службы является одним из приоритетных направлений развития и совершенствования стоматологической помощи населению.

В настоящее время ряд стоматологических клиник государственной и альтернативной форм собственности, например в России уже имеют опыт использования компьютерных систем, выполняющих административные и клинические функции. Внедрение информационных технологий в стоматологическую практику, особенно на муниципальном уровне и информатизации систем здравоохранения повлекла за собой изменения в традиционных методах документооборота, которые позволяют рационально организовать структуру данных, увеличить скорость их обработки, сократить время поиска необходимой информации [7, 8,].

Можно отметить истории успеха некоторых учреждений здравоохранения, точнее, стоматологических поликлиник стран СНГ. Акционированная в 1995 году

«Стоматологическая поликлиника №3» (г.Тюмень) сегодня прекрасно оснащена и использует самые современные технологии. Она стала лауреатом национальных конкурсов «Лучшие стоматологии РФ - 2013» и «Лучшие частные клиники РФ - 2013». Открытая в 1972 году Уральская областная стоматологическая поликлиника (г. Уральск, Казахстан) в 90-е годы стала ТОО, акционерным коммерческим предприятием, и сегодня это успешная, полностью компьютеризированная стоматология, имеющая две клиники в Уральске и одну в Астане. В Подмоскovie большинство городских поликлиник уже по несколько лет работают в автономии. Хочется отметить АУЗ «Королёвская стоматологическая поликлиника» – это успешное современное предприятие, где работает единая система управления, и компьютеры стоят у каждого врача уже более 10 лет. В каждой из этих клиник была успешно внедрена система для управления стоматологической клиникой. Без единой автоматизированной системы управления успешное развитие этих предприятий вряд ли было бы возможным [9].

В Москве только в этом году по распоряжению Правительства Москвы № 72-ПП от 18.02.2014 года все взрослые городские стоматологические поликлиники (36 учреждений) переведены в статус государственных автономных учреждений здравоохранения (ГАУЗ). В некоторых из них уже закуплены и функционируют системы по управлению стоматологической клиникой (СП № 62, ГП № 87, СП № 48 и др.) [9].

В Республике Казахстан с 2010 года внедрена Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ), которая создана с целью обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг. Вместе с внедрением ЕНСЗ начали стремительно развиваться медицинские ИТ в Казахстане. Медицинские ИТ поддерживают эффективное и качественное преобразование системы здравоохранения в целом. С 2005 года в г. Астане и Акмолинской области в пилотном режиме была начата реализация и внедрение (ЕИСЗ) – Единой информационной системы здравоохранения. Благодаря реализации, в перспективе на уровне организаций здравоохранения будут созданы информационные системы, направленные на реализацию концепции безбумажных больниц и поликлиник без очередей [1, 10].

Таким образом, автоматизированные информационные технологии применяются во многих организациях здравоохранения стран СНГ, и везде требуется внедрение современных методов управления.

В настоящее время Министерством здравоохранения Кыргызской Республики разработан проект «Стратегия развития электронного здравоохранения в Кыргызской Республике на 2014 – 2017гг.». Стратегия разработана в целях модернизации существующей системы здравоохранения, и содействия успешной реализации Национальной стратегии устойчивого развития Кыргызской Республики и Национальной программы реформирования здравоохранения «Ден соолук» для повышения качества и доступности медицинского обслуживания населения.

Главная цель электронного здравоохранения состоит в переходе к значительно более эффективной, ориентированной на пациентов, открытой и демократической системе поддержки управления системой медицинской помощи и оказания медицинской помощи на основе широкомасштабного использования информационных компьютерных технологий. Направление развития стоматологического здравоохранения и пути оптимизации информационных технологий изображены на рисунке 1.

В целом преимущества ИТ включают в себя:

- системы связи и обмена информацией между поставщиками медицинских услуг в рамках одного учреждения, а также между учреждениями;
- повышение эффективности, экономичности, качества и безопасности предоставления медицинской помощи;
- использование электронных амбулаторных карт (удобный обмен электронными медицинскими картами посредством интернета).
- снижаются врачебные ошибки, связанные с человеческим фактором, при назначении лекарственных препаратов;
- процесс лечения становится безопаснее;
- позволяют настроить пользовательский интерфейс: о врачебного персонала до административного;
- использование медицинских порталов для процесса обратной связи с пациентом;
- система поддержки административных

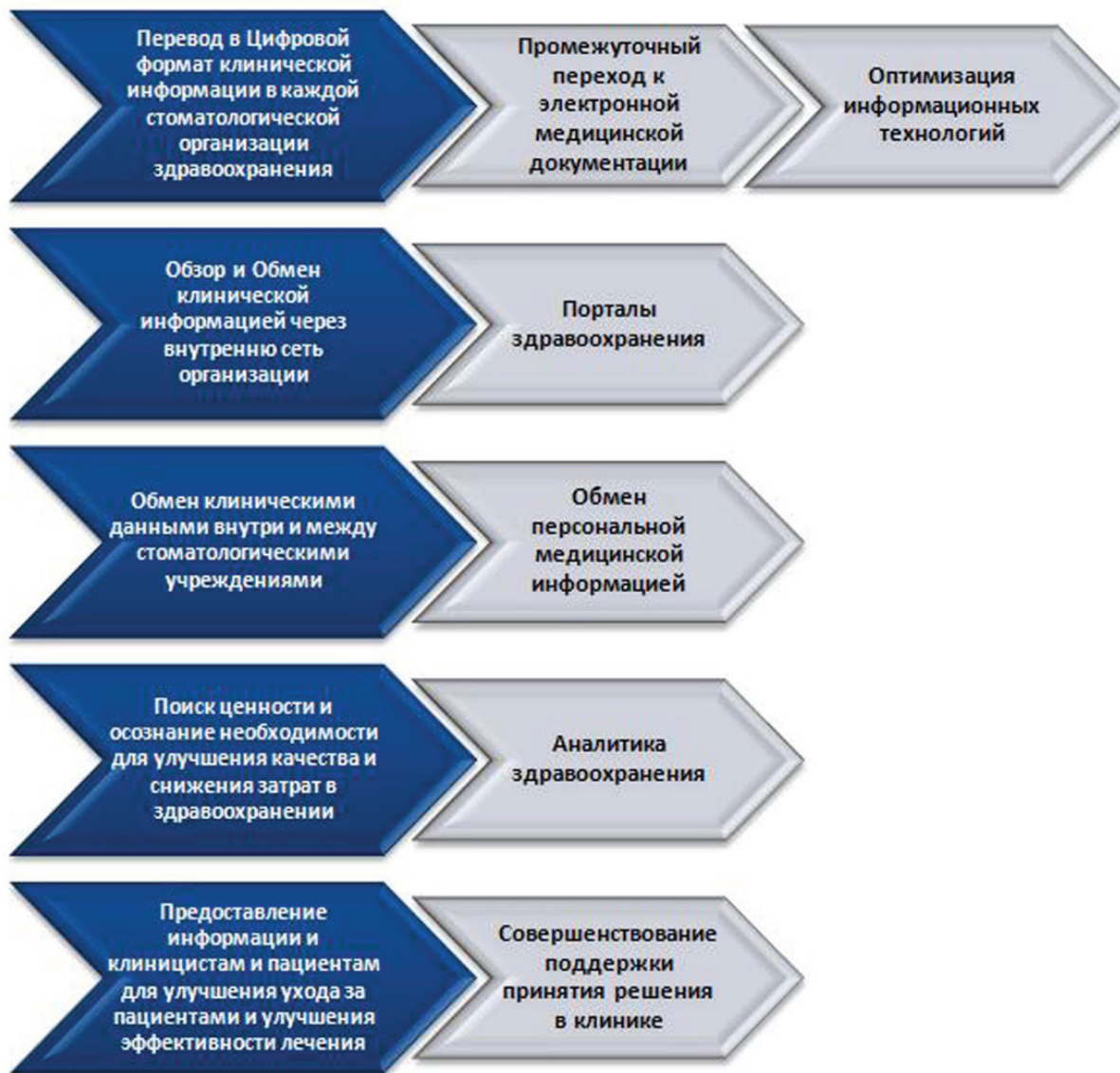


Рисунок 1. Направление развития стоматологического здравоохранения

функций.

При внедрении в государственные учреждения здравоохранения инновационных автоматизированных систем, принципиально меняется система взаимоотношений между администрацией, врачами и пациентами. Не секрет, что во многих государственных клиниках существует система теневых платежей пациентов врачам. Такие поликлиники плохо оснащены, врачи обеспечены лишь ограниченным кругом дешевых отечественных материалов, им приходится закупать все новое и необходимое за свой счет, оплачивать ремонт старого оборудования, да еще и доплачивать младшему медперсоналу. При реформировании системы не нужно революций. Сначала нужно клинику

оснастить, решить вопрос с обеспечением врачей современными материалами, обеспечить зарплатами вспомогательный персонал, но при этом в развитии поликлиники должны быть заинтересованы все стороны [11, 12].

Итак, для более эффективного управления организацией и контроля оказания стоматологической помощи пациентам необходимо:

- взять под контроль регистратуру;
- внедрить компьютерную систему управления, которая позволила бы учитывать всех пациентов и качественно оказанные им услуги.

Переход государственной стоматологии на «автоматизированную работу» требует

необходимость изменения статуса работников регистратуры, статус должен измениться кардинально. Эти сотрудники должны быть профессионально подготовленными администраторами, на которых лежит одна из важнейших функций ведения учета пациентов. Контроль за движением пациентов возлагается на компьютерную систему. Сколько пациентов обратилось в регистратуру, к каким врачам их направили, что с ними происходит дальше – эти вопросы находятся под постоянным контролем.

Говоря о выборе компьютерной программы для управления стоматологической клиникой, это должна быть надежная система, работающая в единой компьютерной сети. Тогда руководитель и сотрудники администрации могут в любой момент видеть, как идет работа в любом из подразделений.

Внедрение электронной системы управления – отдельная непростая задача, и ее успех определяется тремя условиями:

- воля руководства (непосредственное участие руководителя);
- административный рычаг;
- технически грамотная команда.

Можно часть функций по внедрению делегировать сторонней организации, но в организации все равно должны быть ответственные за внедрение люди, заинтересованные в результате.

Отдельно стоит сказать о формировании управленческой команды. Это особая непростая задача, где ключевым вопросом является мотивация сотрудников.

При трансформации стоматологических учреждений на автоматизированную информационную систему многие руководители задумываются об установке камер видеонаблюдения в кабинетах врачей. Здесь стоит сказать следующее:

- во-первых, установка камер в кабинетах не бесспорна с юридической и моральной точек зрения;

- во вторых, без контроля за потоком пациентов установка камер не имеет никакого смысла.

Итак, резюмируя вышесказанное, для обеспечения прозрачности деятельности, улучшения доступа населения к медицинским услугам и повышения доверия пациентов, требуются следующие действия при переводе бюджетных стоматологических учреждений на

электронную систему:

- переоборудование клиники (всей или частично), создание новых условий для работы врача;
- внедрение компьютерной программы;
- внедрение новых медицинских технологий;
- маркетинг.

Чем качественнее проводится анализ статистических показателей, тем объективнее и конкретнее раскрываются возможности совершенствования эффективности деятельности медицинской организации. Внедрение в работу стоматологической клиники компьютерных технологий позволяет вывести ее работу на качественно новый уровень как в плане маркетинга, учета и анализа работы врачей, так и в плане комплексного и более тщательного подхода к лечению пациентов. Ожидается, что реализация мероприятий, связанных с внедрением информационных технологий в стоматологических учреждениях здравоохранения позволят улучшить координацию деятельности органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений.

Таким образом, автоматизированная информационная система должна обеспечить создание эффективной, доступной, открытой и устойчивой стоматологической службы ориентированная на пациентов, что существенно повысит доступность и качество оказания населению стоматологической помощи.

Литература:

1. Цуранков, В.В. Информационные технологии в улучшении качества услуг учреждений здравоохранения. // Вестник КазНМУ. – 2013, - №3 (1), - С. 243-245.
2. Алешин, Л.И., Максимов, Н.В. Информационные технологии. – М.: 2004
3. Вялков, А.И. Управление и экономика здравоохранения. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Чайникова, Л.Н., Чайников, В.Н. Конкурентоспособность предприятия. – Тамбов, 2007.
5. Куракова, Н.А. Информатизации здравоохранения как инструмент создания « саморегулируемой системы организации медицинской помощи». // Журнал «Врач и информационные технологии». – 2009, - № 2.
6. Ашуров, Г.Г., Максимовский, Ю.М. и др.

/ Аналитический сборник «Итоги деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2012 год и задачи на 2013 год» (информационный материал). - Астана, 2013

7. Погорелова, Э.И. Итоги и перспективы целевой программы «Информатизация здравоохранения РФ на 1996-1998 гг.» / Э.И. Погорелова, Е.С. Пашкина // Медицинская информатика накануне 21 века : тез. докл. Всерос. науч. конф. - СПб., 1997. - С. 4-5.

8. Прохончуков, А.А. Медицинская информатика накануне 21 века и задачи стоматологической службы России / А.А. Прохончуков // Стоматология. - М., 1998. - №4. - С. 49-58.

9. Полилов, Д.А., программист ГАУЗ «СП №62 ДЗМ»/МВА-Стоматология, - г. Москва, 2014.

10. Аналитический сборник «Итоги деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2012 год и задачи на 2013 год» (информационный материал). - Астана, 2013.

11. Блинов, С.В. Трудности разработки системы автоматизированного управления работой стоматологической поликлиники / С.В. Блинов, Ю.Л. Минаев // Пародонтология. 2007. – №2. – С. 61-63.

12. Организация стоматологической помощи населению / [А.С.Оправин, А.М.Вязьмин, Т.Г.Светличная и др.]. – Архангельск: Медицина, 2011, - С. 305-308.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Мурзалиев А.М.

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

АЗЫРКЫ ЭТАПТА НЕВРОЛОГИЯЛЫК ООРУЛУУЛАРДЫ ДАРЫЛОДОГУ КЛИНИКАЛЫК МАМИЛЕ

Мурзалиев А.М.

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

CLINICAL APPROACH TO THE TREATMENT OF NEUROLOGICAL PATIENTS NOWADAYS (SUBJECT LECTURE)

Murzaliyev A.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

В практической работе врача вопросы лечения имеют первостепенное значение. Однако именно здесь нередко ошибки до 10,2%. При этом лечебные ошибки могут быть обусловлены объективными и субъективными причинами. Главные субъективные причины - незнание и недостаточная подготовка врача. Лечебное действие состоит из 3-х основных блоков взаимосвязанных и взаимозависимых, которое предполагает следующее:

1) Правильно сформулировать диагноз согласно классификациям болезней. Затем установление индивидуального диагноза с учетом этиопатогенеза и сопутствующей патологии, что является условием назначения индивидуальной терапии. Мы должны знать, чем отличается заболевание у данного конкретного больного от общей схемы этой болезни.

2) Блок (лечебных средств) - это прежде всего диета и режим, которые традиционно рассматриваются как базисные методы лечения любого заболевания. Кроме них во второй блок включают основные методы лечения - медикаменты, некоторые инвазивные методы лечения, включая хирургические, психотерапию, физические и курортные факторы, лечебную физкультуру. При комплексной терапии существует надежный и проверенный принцип группировки и выбора

лечебных средств: назначение этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии. Этот классический принцип сохраняет свое основополагающее значение. Под этиотропной терапией на современном уровне знаний следует понимать, не только воздействие на твердо установленные этиологические факторы болезни, но также и ликвидацию или уменьшение основных факторов риска.

Патогенез большинства заболеваний можно представить как один или несколько порочных кругов, на основные звенья которых или связи между ними, должны быть направлены мероприятия патогенетической терапии.

Симптоматическая терапия сохраняет свое значение, хотя объем ее должен быть минимальным, направленным на лечение некоторых «больших» симптомов, например коррекция витальных функций, кровотечение и т.д.

3) Лечащий доктор конкретного больного должен оценить все «за» и «против» для каждого из предполагаемых к применению средств, собственно зная механизм действия лекарства. На сегодняшний день хорошо изучены данные о фармакокинетике и фармакодинамике большинства лекарственных средств, и они должны учитываться при лечении больного.

Это же позволяет при применении препаратов, рассчитать их точную дозу, а также рассчитывать дозы при замене одного препарата другим (например, противоэпилептические препараты).

В этой ситуации среди большого числа лекарственных препаратов необходимо выбрать именно те средства, которые обладают наибольшей эффективностью, лучшей переносимостью и безопасностью. Сегодня общепризнанно, что действие лекарственных средств сильно отличается и зависит от индивидуальных, генетических особенностей человека. Концепция «каждое лекарство подходит всем» исчерпало себя и принцип «сколько больных столько болезней, столько и способов их лечения» остается незыблемым фактом [1].

Следовательно, каким то образом жестко регламентировать работу врача и управлять его взаимодействием с больным в принципе невозможно, то есть медицинская помощь по своей сути «нестандартна». Можно только сформулировать самые общие принципы, которые, кстати, давно известны: не навреди, действуй чисто в интересах больного. Назначая лекарства больному стараться выбирать средство эффективное, но с минимальным побочным действием. Врач должен четко представлять себе, какими методами он будет контролировать эффективность лечения. На первом месте в этом отношении естественно стоит динамика клинических проявлений заболевания с использованием инструментальных и лабораторных данных.

Клинике на всем историческом пути ее развития был присущ интерес к немедикаментозным методам лечения. Так физиотерапия располагает сегодня большим арсеналом естественных и искусственных физических факторов, разнообразных по механизму действия и лечебного применения. Используются физические факторы по нескольким направлениям: в комплексном лечении больных с самыми различными заболеваниями включая реабилитационное и профилактическое направление.

К слову сказать, клинические руководства разрабатываются и утверждаются профессиональными медицинскими ассоциациями (обществами). Обычно они содержат: методы диагностики, классификацию, план и условия ведения больного (продолжительность лечения, этапы, длительность

госпитализации и т.д.), алгоритмы ведения больного, уровни достоверности лечебных мероприятий и показания к их назначению, особенности лечения отдельных групп больных, схемы лекарственной терапии с дозами и другую информацию, необходимую врачу для принятия решений в различных клинических ситуациях. Клинические руководства предназначены врачам и организаторам здравоохранения, которые могут их использовать для разработки индикаторов качества и управления качеством лечебнодиагностического процесса, разработки типовых табелей оснащения, а также для непрерывного повышения квалификации врачей и формирования объемов медицинской помощи в рамках государственных гарантий.

От клинических руководств, следует отличать стандарты медицинской помощи, которые разрабатываются на основе клинических руководств и утверждаются Министерством здравоохранения. Они содержат объемы медицинской помощи (перечень мероприятий, их кратность и частота). Эти стандарты предназначены организаторам и экономистам здравоохранения для управления объемами медицинской помощи и расчета тарифов [2].

В заключение, необходимо сказать о том, что каждый врач, специалист, организатор должен придерживаться клинических подходов в профилактике и лечении заболеваний, безусловно повышая свою квалификацию, согласно проводимых исследований с использованием их в рамках национального здравоохранения с учетом экономических, региональных компонентов, что позволяет адаптировать новейшие достижения медицинской науки в практическое здравоохранение.

Литература:

1. Мудров М.Я. Слово о способе учить и учиться медицине практической при постелях больных, говоренное при открытии новых институтов 25 сентября 1820 г.

2. Оганов Р.Г., Основы доказательной медицины в кардиологии // Лечебное дело №2.- 2007.- С.3-11.

ЛИПИДНЫЙ СПЕКТР КРОВИ СРЕДИ НЕОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ

г. ХАНТЫ-МАНСИЙСКА

Абдурасулов К.Д., Дурбелова Б.Н.

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Ханты-Мансийск, Россия

Резюме. В рамках реализации национального проекта «Здоровье» проведено исследование распространенности ИБС и факторов риска ее развития у 418 женщин и у 522 мужчин, работающего населения г. Ханты-Мансийска в возрасте 20-59 лет. Выявлены гендерные различия во встречаемости нарушений липидного обмена среди жителей г. Ханты-Мансийска, так, для женщин более характерным являлось снижение уровня ХС ЛПВП (53,6% против 46,7% у мужчин, $p < 0,01$), а для мужчин – атерогенная дислипидемия (46,7% против 27,3% у женщин, $p < 0,01$), Повышение показателя ТГ/ЛПВП регистрировалось у 8,53% пациентов, значительно чаще у мужчин, чем у женщин (11,1% против 7,1% соответственно, $p < 0,01$). Распространенность ИБС у женщин по строгим критериям составила 12%, а у мужчин 3,9%, причем определенная ИБС у женщин встречалась 3 раза чаще, чем у мужчин, а категория возможная ИБС преобладала 2,3 раза чаще у женщин, по сравнению с мужчинами.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, факторы риска ИБС, дислипидемия, неорганизованная популяции, профилактика.

LIPID BLOOD SPECTRUM AMONG NON - ORGANIZED POPULATION

Abdurasulov K.D., Durbelova B.N.

Khanty-Mansiysk State Medical Academy

Khanty-Mansiysk, Russia

Resume. Within the framework of the realization of the national project «Health» it was carried out the investigation of spread ing IHD and risk factors of its development in 418 women and 522 men, working population of Khanty- Mansiysk at the age 20-59. There are detected gender differences in lipid metabolism abnormalities among the residents of Khanty-Mansiysk, decrease of ХС LPBN 53,6% was the characteristic for women, for men 46,7%. The increase of the indice TR/LPBP was registered in 8,53% patients, more often in women than in men (11,1% against 7,1% correspondingly $p < 0,01$). The spreading of IHD in women according to strict criteria was 12%, in men 3,9%, IHD was observed in women 3 times more often than in men, and category of possible IHD prevailed 2.3 times more often in women, in comparison with men.

Keywords: ischemic heart disease, risk factors of IHS, dislipidemia, non-organized population, prevention

Эпидемиологические исследования последних десятилетий убедительно подтверждают, что ишемическая болезнь сердца (ИБС) относится к наиболее массовым заболеваниям современности, имеющим в большинстве стран тенденцию к росту, омоложению, распространению на различные категории населения, ранее менее подверженные развитию этой патологии (8,9,10,11). В последние годы получены убедительные доказательства эффективности борьбы с атеросклерозом и ишемической болезнью сердца путем коррекции повышенного уровня холестерина крови, что способствовало изменению стратегии борьбы с этими заболеваниями. С 1985 года фактором риска №1, ответственным за эпидемию сердечно-сосудистых заболеваний, признаются атерогенные дислипидемии (1). Данное обстоятельство привлекает повышенное внимание специалистов по превентивной кардиологии и является основной для усиления

мероприятий по коррекции нарушений липидного обмена среди населения.

Повышенный холестерин (ХО) увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ). Треть всех случаев КБС связаны с высоким ХО. В общей сложности, согласно оценкам, следствием повышенного ХО крови являются 26 млн. случаев смерти (4,5% общего количества). В 2008 г. распространенность повышенного ХО среди взрослого населения в мире составила 39% (37% среди мужчин и 40% среди женщин (2,3). Среднее значение уровня общего холестерина в мире в период с 1980 по 2008 г. изменилось незначительно (менее на 0,1 ммоль). Самая высокая распространенность повышенного ХО была в Европейском регионе ВОЗ (53% среди мужчин и женщин), за которым следует регион ВОЗ для Америки (48% среди мужчин и женщин). Самая низкая распространенность повышенного ХО отмечена в Африканском регионе ВОЗ и в регионе ВОЗ для стран Юго-Восточной

Азии (23 и 30% соответственно). Существуют определенные расовые/этнические различия в распространенности гиперлипидемии и липидного спектра, важного фактора риска в ССЗ. Чернокожие имеют больше гиперлипидемий, чем белые (51,4%). Среди населения Южной Азии отмечается более низкий ЛПВПХО и высокие ТГ (2,4). В Индии наблюдается низкий уровень ЛПВНХО-С и высокий уровень ТГ во всех возрастных группах (5). При анализе спектра липидов у иммигрантов из Турции и Марокко в Голландии выявили, что у них гораздо ниже как ХО, так и ЛПВПХО, в отличие от этнических турков (6). У мужчин-якутов, имеющих КБС, как и у русских, наблюдается повышение уровней липидов ОХС, ЛПНП-ХС и особенно ТГ, снижение уровня ЛПВП-ХО (7).

Цель исследования:

Изучение липидного спектра крови и ИБС среди неорганизованной популяции г. Ханты-Мансийска в возрасте 20-59 лет обоего пола.

Материал и методы:

В рамках реализации национального проекта «Здоровье» проведено скринирующее ЭКГ исследование 418 женщин и 522 мужчин работающего населения г. Ханты-Мансийска в возрасте 20-59 лет. ЭКГ записывалась в состоянии покоя в 12 общепринятых отведениях на электрокардиографе фирмы «Хьюлетт Паккард» (США) Page Writer 300pi M 1700 A при скорости движения ленты 50 мм/сек. с последующей интерпретацией ЭКГ по Миннесотскому коду (10). В результате обследования выделялись следующие группы ЭКГ изменений: 1. ИБС, в том числе: а) инфаркт миокарда (ИМ) определенный (коды 1-1, 1-2 без 1-2-8 на ЭКГ); б) безболевая ИБС определенная (коды 4-1,2 и 5-1,2 при отсутствии 3-1,3), перечисленные подгруппы входили в категорию определенная ИБС. Кроме того, выделялись подгруппы, объединенные в категорию возможная ИБС: возможный ИМ (коды 1-3, 1-2-8); безболевая ИБС возможная (коды 4-1,2 и 5-1,2 с 3-1,3; 4-3; 5-3; 6-1,2; 7-1; 8-3).

Всем пациентам было проведено общеклиническое обследование, включавшее в себя сбор жалоб, анамнеза, определение антропометрических показателей (рост, вес) с расчетом индекса массы тела (ИМТ), уровней систолического и диастолического артериального давления, биохимические исследования.

Кровь для исследования брали из локтевой

вены в положении сидя утром натощак после 12-ти часового ночного перерыва в приеме пищи. Содержание сахара, ОХС, триглицеридов (ТГ) и ХС ЛПВП определяли на биохимическом автоанализаторе Sinhron CX4-DELTA фирмы «Beckman», США. Концентрацию ХС ЛПНП вычисляли по формуле Friedewald W.T (1972): ЛПНП=ОХ – (ТГ/2,2) – ЛПВП. Также вычислялись: индекс атерогенности (ИА) (дислипидемия) = ОХС/ХС ЛПВП и соотношение ТГ/ХС ЛПВП (ВНОК,2009).

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программ STATISTICA и BIostat с использованием пакета стандартных статистических программ.

Полученные результаты и их обсуждение.

У женщин обнаружена относительно высокая распространенность ИБС (12%) и ее отдельных форм: ИМ – 0,24%, безболевая ИБС – 10,5%. Установлено, что с увеличением возраста обследованных статистически достоверно возрастает частота всех форм ИБС. Так, определенная ИБС возрастной группе 20-29 лет и 30-39 лет составила 9,2 и 9,5%, а в возрасте 50-59 лет регистрировалось у 24,2% женщин. ИМ выявлялся у женщин, начиная с 40 летнего возраста – 0,53%, а определенная ИБС у женщин с 30 летнего возраста (9,2-24,2%), тогда как у мужчин она составила 0,9 – 11,1%. Возможная ИБС в популяции выявлялась в 3,7 раза чаще, чем определенная ИБС, частота ее составила 32,2% у женщин и 12,7% у мужчин. Из градаций возможный ИБС наиболее часто встречалась возможная безболевая ИБС у женщин (26,8%), чем у мужчин (14%). Возможный ИМ 3,9 раза преобладала у мужчин, чем у женщин (1,9 против 0,48% $p < 0,01$). Обращает на себя внимание высокая частота встречаемости факторов риска развития ИБС. Так, повышение уровня ХС ЛПНП имели 55,0% обследованных нами пациентов (51,1% мужчин и 57,1% женщин, нд). Снижение ХС ЛПВП регистрировалось у 51,1% пациентов, причем наиболее часто у женщин (53,6% против 46,7% у мужчин, $p < 0,01$), гипертриглицеридемия ($> 1,7$ ммоль/л) была выявлена у 29,5% больных, чаще у мужчин (46,7%), чем у женщин (20,2%) ($p < 0,01$), гиперхолестеринемия (общий ХС $> 5,0$ ммоль/л) наблюдалась у 51,1% обследованных, с одинаковой распространенностью у мужчин и женщин (51,1% и 51,2% соответственно, нд).

Также нами была изучена распространенность и возможность исполь-

Таблица 1
Распространенность факторов риска развития ИБС в группах с учетом пола пациентов

Показатели	Оба пола n= 129	Муж. n= 45	Жен. n= 84
Глюкоза $\geq 6,1$ ммоль/л	56 (43,4%)	8 (17,8%)	48 (13%)
ОХ $\geq 5,0$ ммоль/л	66 (51,1%)	23 (51,1%)	43 (51,2%)
ЛПВП: ≤ 1 муж, $\leq 1,3$ жен, ммоль/л	66 (51,1%)	21 (46,7%)	45 (53,6%)
ЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л	71 (55,0%)	23 (51,1%)	48 (57,1%)
ТГ $\geq 1,7$ ммоль/л	38 (29,5%)	21 (46,7%)	17 (20,2%)**
ИА (ОХ/ЛПВП) ≥ 5 Дислипидемия	44 (34,1%)	21 (46,7%)	23 (27,3%)**
ТГ/ЛПВП 75% $\geq 2,84$	11 (8,53%)	5 (11,1%)	6 (7,1%)*
ИМТ >25 кг/м ²	70 (54,3%)	24 (53,3%)	46 (54,8%)

Примечание: в относительных значениях (%) представлена частота встречаемости факторов риска развития ИБС; различие между мужчинами и женщинами внутри одной группы: *-0,05, **-0,01.

зования для диагностики двух метаболических производных (индекса атерогенности (ИА) и показателя ТГ/ЛПВП). Повышение показателя ТГ/ЛПВП регистрировалось у 8,53% пациентов, значительно чаще у мужчин, чем у женщин (11,1% против 7,1% соответственно, $p < 0,01$). Аналогично атерогенная дислипидемия регистрировалось значительно чаще у мужчин (46,7% против 27,3% у женщин, $p < 0,01$) (табл. 1). Среди мужчин сельского коренного населения Севера средние уровни ОХ, находятся в пределах нормативных значений и не имеют различий, но имеются различия отрезных точек процентильного распределения 10% и 90% (12). По данным Хамнагадаева И.И. (2008) у мужчин тувинцев выявлена тенденция к меньшим уровням ХС ЛПВП. Также и величина отрезных точек процентильного распределения уровней ХС ЛПВП 10% и 90% оказалась меньше у тувинцев, по сравнению с мужчинами Эвенкии. У женщин сельского населения Севера средние уровни ОХ, находятся в пределах нормативных значений, но у женщин тувинцев приближаются к верхнему пределу нормативных значений. Наиболее высокая величина коэффициента атерогенности выявлена у женщин тувинцев, но не превышающая нормативных величин (12,13). Проведенные исследования (12) показали,

что у мужчин и женщин сельского коренного населения Якутии, Эвенкии и Тувы средние уровни ОХ в возрасте 30-59 лет невысокие, находятся в пределах общепринятых нормативов и существенно меньше, чем у сельского коренного населения Эвенкии. Величина коэффициента атерогенности у женщин сельского коренного населения Якутии, Эвенкии и Тувы невысокая, не превышает нормативные значения, не имеет различий между собой. Средние уровни ОХ сыворотки крови у мужчин сельского пришлого населения Эвенкии, как у мужчин, так и женщин, превышают пределы общепринятых нормативов. Обращает внимание большая величина коэффициента атерогенности, у мужчин пришлого населения Эвенкии.

Одинаково часто у обследованных нами групп выявлялись высокая частота нарушения жирового обмена, а именно повышение ИМТ более 25 кг/м² (54,3%) и, наконец, нарушения углеводного обмена встречались (43,4%). При этом существенных гендерных различий по частоте нарушений углеводного и жирового обмена не отмечалось (табл. 1). Тогда как, по данным Хамнагадаева И.И. (2008) распространенность ИМТ более 25 кг/м² в возрасте 20-59 лет среди мужчин эвенков составила 35,6%, что выше, чем у якутов – 30,2%,

и тувинцев – 28,2%, а среди женщин сельского коренного населения распространенность ИМТ более 25 кг/м² в возрасте 20-59 лет оказались наибольшими у эвенкиек – 45,9%, а наименьшими у якуток 38,1% и тувинок – 37,8% (12). Стандартизированные по полу и возрасту показатели распространенности ИМТ>25,0 в 20-59 лет оказались наибольшими среди женщин сельского пришлого населения Эвенкии – 62,9,9%, и меньшими среди мужчин сельского пришлого населения Эвенкии – 49,1%, достаточно высокими (12), но не имеющими статистически значимых отличий среди мужчин европеоидного населения Центральной Сибири – 56,6%. В странах с высоким уровнем дохода, таким как Великобритания и США, чем ниже социальный статус, тем шире распространенность ожирения (14,15). В США выявлена распространенность ожирения среди неиспанского населения на юге (на 36,9%) и среднем западе (на 36,3%) в большей степени, чем на западе (на 33,1%) и северо-востоке (на 31,7%). Среди латиноамериканцев, меньшая распространенность наблюдалась на северо-востоке (26,6%), чем на среднем западе (29,6%), юге (на 29,2%), западе (доля 29,0%). Нелатиноамериканские чернокожие женщины страдали ожирением в большей степени (39,2%), чем нелатиноамериканские чернокожие мужчины (31,6%), испанские женщины (29,4%), латиноамериканские мужчины (на 27,8%) (16). В настоящее время во всем мире наблюдается неуклонный рост распространенности различных нарушений углеводного обмена [18]. По данным REACH Registry (17) выявлено, что нарушение углеводного обмена чаще встречался среди южных азиатов, негров и латиноамериканцев (57,9; 55,0 и 53,3%, соответственно) и реже среди белого населения (на 38,8%). В 1997 году в мире насчитывалось 146,8 млн. больных сахарным диабетом 2 типа (СД 2), и Международный институт сахарного диабета (Мельбурн, Австралия) прогнозировал увеличение к 2010 году до 200 млн. [19]. Однако уже в 2007 году 246 млн. жителей планеты (5,9% лиц в возрасте 20-79 лет) страдали СД 2 и эксперты ВОЗ прогнозируют увеличение их числа до 380 млн. к 2030 году. Следовательно, актуально внедрение в практику систему здравоохранения международных критериев раннего выявления заболевания [20]. Известно, что выявление больных по обращаемости не отражает реальное состояние проблемы.

Заключение:

Выявлены гендерные различия во встречаемости нарушений липидного обмена среди жителей г. Ханты-Мансийска, так, для женщин более характерным являлось снижение уровня ХС ЛПВП, а для мужчин – гипертриглицеридемия. Повышение показателя ТГ/ЛПВП регистрировалось у 8,53% пациентов, значительно чаще у мужчин, чем у женщин (11,1% против 7,1% соответственно, $p < 0,01$). Аналогично, атерогенная дислипидемия регистрировалась значительно чаще у мужчин (46,7%) против 27,3% у женщин. Распространенность ИБС у женщин по строгим критериям составила 12%, а у мужчин 3,9%, причем определенная ИБС у женщин встречалась 3 раза чаще, чем у мужчин, а категория возможная ИБС преобладала 2,3 раза чаще у женщин, по сравнению с мужчинами. Таким образом, полученные данные указывают на необходимость изучения эпидемиологических условий в Ханты-Мансийской популяции с внедрением интегрированной программы профилактики ССЗ.

Литература:

1. Доклад группы экспертов по лечению гиперлипидемий. - Швейцария, 1990; 23с.
2. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011; 1-176.
3. Shanthi Mendis, Pekka Pushka, Bo Norrving. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними. World Health Organization 2010; 21с.
4. Telly A. Meadows, Deepak L. Bhatt et al. Ethnic Differences in Cardiovascular Risks and Mortality in Atherothrombotic Disease: Insights From the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry. Mayo Clinic Proceedings 2011 ; 86 (10): 960–967.
5. Enas EA, Dhawan J, Petkar S. Coronary artery disease in Asian Indians: lessons learnt and the role of lipoprotein-a. Indian Heart Journal 1996; 49:25–34.
6. Dijkshoorn H, Uitenbroek DG, Middelkoop BJC. Prevalence of diabetes mellitus and cardiovascular disease among immigrants from Turkey and Morocco and the indigenous Dutch population. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1362–66.
7. Романова А. Н. Автореферат к диссертации по медицине на тему: Сравнительная характеристика коронарного атеросклероза и его факторов риска у коренных и некоренных мужчин Якутии. Новосибирск, 2007: 26 с.
8. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний: возможности практического здравоохранения.// Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2002.-№1.-с.5-9.

9. Collins P., Rosano G., Casey C. et al. Ведение женщин с сердечно-сосудистым риском в перименопаузе: консенсус европейских кардиологов и гинекологов. // *Climacteric* 2007; 10: p.508-526.

10. D. Agostino R.B., Grundy S., Sullivan L.M. CDH Risk Redaction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. // *JAMA* 2001; 286: p.180-187.

11. Higgins M. Patients, families and populations at high risk for coronary heart disease. // *Eur Heart J* 2001; 22: p.1682-1690.

12. Хамнагадаев И.И. Распространенность артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и их факторов риска среди сельского коренного и пришлого населения Севера и Центральной Сибири. Автореф. дис. ...докт.мед.наук.-Томск, 2008.- 49 с.

13. Ноздрачев К.Г., Ганкин М.И., Хамнагадаев И.И. и др. Липидный состав крови и показатели питания при ишемической болезни сердца у коренных и пришлых жителей Эвенкии // *Эпидемиология основных неинфекционных заболеваний на Севере и в Сибири. Матер. Всероссийской научной конф., посвя. 80-летию академика РАМН Седова К.Р. Красноярск, 1998. с. 257-264.*

14. *Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization 2011; 1-176.*

15. Collins TC, Petersen NJ, Suarez-Almazor M, Ashton CM. The prevalence of peripheral arterial disease in a racially diverse population. *Archives of Internal Medicine* 2003;163(12):1469-74.

16. N. K. Mungreiphy, Meenal Dhall, Renu Tyagiy et al. Ethnicity, obesity and health pattern among Indian population. *Journal of Natural Science, Biology and Medicine.* 2012 ; 3(1): 52–59.

17. Telly A. Meadows, Deepak L. Bhatt et al. *Ethnic Differences in Cardiovascular Risks and Mortality in Atherothrombotic Disease: Insights From the Reduction of Atherothrombosis for Continued Health (REACH) Registry. Mayo Clinic Proceedings* 2011 ; 86(10): 960–967.

18. Abdul-Ghani MA, Jenkinson CP, Richardson DK, et al. Insulin secretion and action in subjects with IFG and IGT. Results from Veterans Administration Genetic Epidemiology Study. *Diabetes* 2006; 55: P. 1430-1435

19. Basu R, Breda E, Oberg AL, Powell CC, Dalla Man C, Basu A, et al. Mechanisms of the age-associated deterioration in glucose tolerance: contribution of alterations in insulin secretion, action, and clearance. *Diabetes.* 2003; 52: P.1738- P.1748.

20. Finnish Diabetes Association: Implementation of type 2 diabetes prevention plan. Kirjapaino Hermes Oy, Tampere, 2006. – p33.

СОДЕРЖАНИЕ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ В ПОЧВЕ И ДОННЫХ ОСАДКАХ В РАЙОНЕ ХАЙДАРКАНСКОГО РТУТНОГО КОМБИНАТА

Кулданбаев Н.К.

Общественный фонд «Реласкоп», лаборатория гигиены окружающей среды и токсикологии
Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» МЗ КР
(доктор мед. наук, профессор А.А. Шаршенова)

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе изучено содержание тяжелых металлов в пробах почвы и донных осадках, отобранных в районе Хайдарканского ртутного комбината (Кыргызстан). Средние уровни Pb, Cd, Cu, Cr, As, Zn, Ni и Hg в почве и донных осадках исследуемого района превышали их установленные транслокационные ПДК от 1,3 до 41,0 раз. Суммарный показатель загрязнения почвы исследуемого района составляет 1083 отн. ед. Территория вдоль трассы Ош-Баткен в районе Хайдарканского ртутного комбината относится к категории чрезвычайно опасной и не может быть использована населением для сельскохозяйственных и других целей.

Ключевые слова: почва, гигиеническая оценка территорий, тяжелые металлы, ртуть.

ХАЙДАРКАНДАГЫ СЫМАП КОМБИНАТЫ ЖАЙГАШКАН РАЙОНУНАН АЛЫНГАН ТОПУРАКТАГЫ ЖАНА ТӨМӨНКҮ ЧӨКМӨЛӨРДӨГҮ ООР МЕТАЛЛДАР

Кулданбаев Н.К.

Коомдук «Реласкоп» фонду, «Алдын алуучу медицина» Илимий-өндүрүштүк Бирикмеси,
айлана-чөйрөнүн гигиенасы жана токсикология лабораториясы
(медицина илимдеринин доктору, профессор А.А. Шаршенова)

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште Хайдаркандагы сымап комбинаты (Кыргызстан) жайгашкан районунан алынган топурактын жана төмөнкү чөкмөлөрдүн үлгүсүндө оор металлдар изилденген. Pb, Cd, Cu, Cr, As, Zn, Ni жана Hg орточо деңгээли изилдөөгө алынган райондун топурагында жана төмөнкү чөкмөлөрүндө аныкталган транслокациялык ЧМК (ПДК) 1,3 төн 41,0 эсе жогору болгон. Изилдөөгө алынган райондун жер кыртышынын булгануусунун суммардык көрсөткүчү салыштырмалуу 1083 бирдикти түзөт. Хайдаркандагы сымап комбинаты (Кыргызстан) жайгашкан районундагы Ош-Баткен жолундагы узатасынан кеткен территориялар өзгөчө кооптуу категорияга кирет жана калк тарабынан айыл чарбачылыгына жана башка максаттарга колдонууга мүмкүн эмес.

Негизги сөздөр: топурак, территорияны гигиеналык баалоо, оор металлдар, сымап.

THE CONTENT OF HEAVY METALS IN SOILS AND SEDIMENTS NEARBY HAIDARKAN MERCURY PLANT

Kuldanbaev N. K.

Public Foundation «Relascope», Laboratory of environmental hygiene and
toxicology of the Scientific and Production Center for Preventive Medicine
(M.D., Prof. Ainash. A. Sharshenova)

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The content of heavy metals in soils and sediments sampled in the area of Haidarkan mercury plant (Kyrgyzstan) was studied in this paper. The average levels of Pb, Cd, Cu, Cr, As, Zn, Ni and Hg in soils and sediments of the study area exceeded their translocational MPC from 1,3 to 41,0 times. Total pollution index of the soil of the study area is 1083 relative units. The territory along of the Osh-Batken road near Haidarkan mercury plant is classified as extremely dangerous and cannot be used by people for agricultural and other purposes.

Keywords: soil, hygienic assessment of territories, mercury, heavy metals.

Введение

При оценке влияния различных загрязняющих веществ на человека и природу, в том числе тяжелых металлов, поступающих через воздушную среду, исследованию содержания различных химических веществ в почве и донных осадках уделяется повышенное внимание.

Во-первых, эти объекты аккумулируют и хранят поллютанты в течение длительного периода времени, являясь индикаторами состояния окружающей среды. Во-вторых, это легкодоступные и информативные объекты при проведении исследований [1–8].

Систематический контроль качества и

свойств почвы позволяет выявлять изменения плодородия почвы, устанавливать возможное увеличение уровней загрязнителей, в том числе в результате неправильного землепользования. Это также дает возможность фермерам и управленцам на основе научных знаний использовать рекомендации по устойчивому управлению природными ресурсами [3, 9, 10].

Цель: анализ содержания тяжелых металлов в почве и донных осадках, отобранных вблизи Хайдарканского ртутного комбината, для гигиенической оценки территорий, используемых местным населением для сельскохозяйственной и различной хозяйственно-бытовой деятельности

Материалы и методы

Описание исследуемой местности

Поселок Хайдаркан, где работает одноименный ртутный комбинат, расположен в Хайдарканской впадине. Высота местности составляет 1700-2000 м над ур. м., которая ограничена Алай-Туркестанским хребтом на юге и горами Эшме – на севере. Средняя высота гор равняется 3000-4000 м над ур. м., высота пиков – более 5000 м, длина впадины – 50 км, ширина – от 10 до 40 км. Рельеф местности увалисто-волнистый и подгорно-низко-горный, сложен в основном рыхлыми отложениями четвертичного периода, пролювиальными конусами выноса из ущелий, образующих единый шлейф, который опоясывает подножье хребтов и гор. У перевала Хайдаркан расположен Хайдарканский ботанический заказник (для сохранения тюльпана) площадью 30 га [3, 11].

Климат в Хайдаркане является сухим континентальным климатом со среднегодовой температурой +6° С. Зимний средний минимум температуры составляет -20° С, а летний максимум - +25° С. Средний годовой уровень осадков – 415 мм [3, 11].

Ртутный комбинат в п. Хайдаркан начал свою деятельность в 1940 г. Главной продукцией комбината являются металлическая ртуть и ее соединения, а также сурьмяный и плавиковошпатовый концентраты. По первичным запасам металлов Хайдарканское ртутное месторождение относится к мировому уровню [11].

Химический анализ почвы и донных осадков

Химический анализ проб почвы и донных осадков проводился в Центральной лаборатории Министерства природных ресурсов КР с

помощью атомно-эмиссионного спектрометра в соответствии со стандартными методами [12, 13, 16]. Отобранные образцы после предварительной обработки разлагались в царской водке, и раствор далее сканировался на содержание 29 химических элементов. Предел обнаружения прибора для Hg равнялся 0,5 мг/кг, что составляет ПДУ ртути в почве для населенных пунктов.

Гигиеническая оценка почв

Для гигиенической оценки почв, используемых для выращивания сельскохозяйственных растений, полученные значения по тяжелым металлам сравнивались с транслокационным показателем вредности – важным показателем при обосновании ПДК химических веществ в почве. Уровень транслокации определяет степень накопления токсикантов в продуктах питания [9, 10, 14, 15].

Оценка уровня химического загрязнения почв как индикаторов неблагоприятного воздействия на здоровье населения проводилась по показателям, разработанным при сопряженных геохимических и геогигиенических исследованиях окружающей среды городов (табл. 1) [15].

Таковыми показателями являются:

1. коэффициент концентрации химического вещества (K_c), который определяется как отношение реального содержания вещества в почве (C) к его фоновому значению (C_ϕ):

$$K_c = C/C_\phi \quad (1);$$

2. суммарный показатель загрязнения (Z_c), который равен сумме коэффициентов концентраций химических элементов и выражен следующей формулой:

$$Z_c = \sum_{j=1}^n K_{c_j}; \quad (2),$$

где n - число суммируемых элементов.

Оценка опасности загрязнения почвы комплексом металлов по суммарному показателю загрязнения (Z_c) проводилась по оценочной шкале, приведенной в табл. 1.

Результаты исследования и их обсуждение **Содержание тяжелых металлов в объектах окружающей среды**

Результаты анализов проб почвы и донных осадков, отобранных вдоль трассы Ош-Баткен на протяжении п. Хайдаркан, приведены в табл. 2. Пробы донных осадков были отобраны по течению ручья «Шахтная» Хайдарканского ртутного комбината.

Таблица 1

Ориентировочная оценочная шкала опасности загрязнения почв по суммарному показателю загрязнения (Z_c)

Категория загрязнения	Величина (Z_c)	Изменения показателей здоровья населения в очагах загрязнения
Допустимая	Менее 16	Наиболее низкий уровень заболеваемости детей и минимальная частота встречаемости функциональных отклонений
Умеренно опасная	16-32	Увеличение общей заболеваемости
Опасная	32-128	Увеличение общей заболеваемости, числа часто болеющих детей, детей с хроническими заболеваниями, нарушениями функционального состояния сердечнососудистой системы
Чрезвычайно опасная	Более 128	Увеличение заболеваемости детского населения, нарушение репродуктивной функции женщин (увеличение токсикоза беременности, числа преждевременных родов, мертворождаемости, гипотрофий новорожденных)

Pb (свинец)

Среднее содержание свинца в пробах почв и донных осадков, отобранных вдоль основной трассы п. Хайдаркан, было в 2 раза выше его транслокационной ПДК и составило $71,1 \pm 30,1$ мг/кг. Эта величина превысила фоновый уровень свинца для региона Средней Азии в 3,5 раза, однако была в пределах ПДУ в 100 мг/кг. В отдельных пробах концентрация свинца в исследуемых объектах достигала величины в 606,3 мг/кг.

Cd (кадмий)

Средняя концентрация кадмия в пробах окружающей среды (почва, донные осадки) изучаемой местности составила $2,5 \pm 0,6$ мг/кг против его ПДК_{тр} в 2 мг/кг, превысив тем самым его значение в 1,3 раза. Превышение регионального фонового уровня по кадмию составило 12,5 раза. Максимальная величина кадмия для почвы и донных осадков исследуемого участка составила 10,4 мг/кг.

Cu (медь)

Средняя величина меди в пробах почв и донных осадков п. Хайдаркан была равна $34,4 \pm 3,1$ мг/кг, которая превысила его транслокационную ПДК почти в 10 раз. Региональный фон меди был превышен в 1,8 раза, но оставался в пределах установленной ПДУ в 100 мг/кг. В отдельных пробах почвы и донных осадков уровень меди достигал 68,3 мг/кг.

Cr (хром)

Среднее содержание хрома в почве и донных осадках, отобранных вдоль п. Хайдаркан в районе ртутного комбината, составило $62,3 \pm 10,5$ мг/кг, которое превысило его транслокационную ПДК в 10 раз и региональный фон в 2 раза. Максимальное содержание хрома в почве и донных осадках исследуемой местности составило 225,8 мг/кг.

As (мышьяк)

Высокое содержание мышьяка также было характерно для изучаемых объектов окружающей среды местности. Средняя концентрация мышьяка в почве была равна $74,6 \pm 21,7$ мг/кг против его транслокационной ПДК в 1,8 мг/кг: превышение в 41 раза. Максимальная величина мышьяка в почве и донных осадках составила для изучаемой местности 382,8 мг/кг.

Zn (цинк)

Средний уровень цинка в почве и донных осадках, отобранных вдоль трассы Ош-Баткен в районе Хайдарканского ртутного комбината, составил $185,5 \pm 59,3$ мг/кг, который превысил его ПДК_{тр} в 8 раз и региональный фон в 2,7 раза. При этом эта величина находилась в пределах установленной ПДУ в 300 мг/кг. Максимальная концентрация Zn в рассматриваемых объектах окружающей среды достигала 1282,6 мг/кг.

Ni (никель)

Никель также не составил исключение для местности Хайдаркан: его средний уровень в пробах почвы и донных осадков

Таблица 2
Содержание тяжелых металлов в пробах почвы и донных осадков, отобранных вдоль трассы Ош-Баткен на протяжении п. Хайдаркан и шахтных вод Хайдарканского ртутного комбината (n=21)

Элементы Кон-ция, мг/кг	Pb	Cd	Cu	Cr	As	Zn	Ni	Hg
ПДУ ²	100	3	100	100	20	300	50	2
ПДК ¹	35	2	3,5	6	2	23	6,7	2,1
C	71,1±30,1	2,5±0,6	34,4±3,1	62,3±10,5	74,6±21,7	185,5±59,3	39,9±8,6	81,4±27,4
C _ф ^{3,4}	20 ⁴	0,2 ³	19 ⁴	31 ⁴	1,8 ³	69 ⁴	16 ⁴	0,08 ³
K _c = C/C _ф	3,5	12,5	1,8	2	41	2,7	2,5	1017,5
Z _c = ∑K _c ⁵	66							
max	606,3	10,4	68,3	225,8	382,8	1282,6	183,1	500,0
min	10,8	1,1	8,8	15,9	13,5	30,5	5,9	2,0

Примечания:

1. ГН 2.1.7.2041-06. Предельно-допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в почве [Текст]. - М. : Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2006. - 15 с.
2. Kloke, A. (1980). Contents of As, Cd, Cr, Pb, Hg and Ni in Plants Grown on Contaminated Soil. Papers Presented to the Symposium on the Effects of Air-born Pollution on Vegetation, Bd. 109, H. 81, 192.
3. Taylor, S.R. (1964). Abundance of chemical elements in the continental crust; a new table. Geochimica et Cosmochimica Acta 28(8), 1273-1285.
4. Беспямятнов, Г. П. Предельно допустимые концентрации химических веществ в окружающей среде [Текст] / Г. П. Беспямятнов, Ю. А. Кропов. - Л. : Химия, 1985. - 528 с.
5. Инструктивное письмо «О выполнении работ по определению загрязнения почвы» №02-10/51-2333 от 10.12.1990 [Текст]. - М. : Госкомприрода СССР, 1990. - 11 с.

равнялся $39,9 \pm 8,6$ мг/кг, превысив тем самым его транслокационную ПДК в 6 раз и региональный фон в 2,5 раза. Максимальная концентрация никеля в исследуемых объектах окружающей среды составляла 183,1 мг/кг.

Hg (ртуть)

В связи с тем, что основным продуктом Хайдарканского ртутного комбината является металлическая ртуть, было интересно рассмотреть содержание данного элемента в пробах почвы и донных осадков. Средняя концентрация ртути для исследуемых объектов окружающей среды равнялась $81,4 \pm 27,4$ мг/кг, которая превысила его транслокационную ПДК и ПДУ в 41 раз, а региональный фон – более чем в 1000 раз. При этом максимальная концентрация ртути в пробах почвы и донных осадков достигала величины в 500 мг/кг.

Таким образом, по всем рассмотренным тяжелым металлам, которые относятся к I-III классам опасности по степени негативного воздействия на организм человека, были установлены превышения их транслокационных ПДК от 1,3 до 41 раз. Особое беспокойство вызывает факт широкого распространения ртути и сопутствующих при его производстве токсических веществ и элементов в окружающую среду района, которые далее по цепочке попадают в организм человека и животных.

Согласно В.Н. Богдецкому и соавт. (2009), шахтные воды Хайдарканского ртутного комбината без очистки отводятся в ручей «Шахтная». Эта вода используется жителями сел Эшме, Сур, Чечме для орошения земель общей площадью до 500 га (около четверти всех сельскохозяйственных земель Хайдарканской впадины), которые расположены ниже по течению. В самом же п. Хайдаркан использование воды на питьевое водоснабжение осуществляется полностью из поверхностных источников – с реки Гауян.

Результаты наших исследований подтверждают данные, указанные в отчете В.Н. Богдецкого и соавт. (2009). Согласно этому отчету, для ртути в сухом материале установлена величина в 126 мг/кг. При этом загрязнение окружающей среды ртутью, сурьмой, мышьяком идет преимущественно через воздушную среду через пыль при ветровой эрозии. Здесь же указано, что для данной местности потребление воды домашними животными вблизи хвостохранилища является частым явлением,

что вызывает особую озабоченность у местных жителей в плане дальнейшего воздействия токсических веществ на организм людей и животных.

Гигиеническая оценка территорий

Гигиеническая оценка территорий с целью определения их экологического благополучия представляет повышенный практический интерес для органов здравоохранения. На основе результатов такой оценки должны проводиться соответствующие мероприятия по снижению вредных воздействий, в т.ч. профилактические. Для п. Хайдаркан эти мероприятия сегодня имеют особую актуальность: согласно данным Нацстаткома КР на 2009 г. общее количество населения поселка составляет 10957 чел., из них 50% - взрослое население и 50% - детское.

Для оценки опасности загрязнения почвы тяжелыми металлами в районе п. Хайдаркан был рассчитан показатель суммарного загрязнения почвы (табл. 2). Как видно из таблицы, для 7 тяжелых металлов суммарный показатель загрязнения почвы территории, размещенной вдоль трассы Ош-Баткен в районе Хайдарканского ртутного комбината, составил 66 отн. ед. без учета коэффициента ртути, а с учетом ртути – 1083 отн. ед., что позволяет классифицировать исследуемую местность как *чрезвычайно опасную*.

Согласно санитарно-гигиеническим требованиям, почва такой местности может быть использована только под технические культуры и должна быть полностью исключена из сельскохозяйственного использования. Однако на текущее время земли, расположенные вдоль ручья «Шахтная», применяются местными жителями для выращивания овощей, фруктов, а также используются для пастбищ и заготовки сена.

На участках категории *чрезвычайно опасная* необходимо вести постоянный контроль содержания токсических веществ в атмосферном воздухе и в местных водных объектах. Проживание людей в такой местности может явиться причиной увеличения заболеваемости, в первую очередь детей, а также нарушений репродуктивной функции женщин: увеличение токсикоза беременности, числа преждевременных родов, мертворождаемости, гипотрофий новорожденных и т.п.

Выводы:

1. Средние значения уровней содержания

свинца, кадмия, меди, хрома, мышьяка, цинка, никеля и ртути в почве и донных осадках, отобранных вдоль трассы Ош-Баткен в районе Хайдарканского ртутного комбината и ручья «Шахтная», превышали их установленные транслокационные ПДК от 1,3 раза до 41,0 раза.

2. Суммарный показатель загрязнения почвы исследуемого района с учетом содержания ртути составляет 1083 относительных единиц.

3. Территория вдоль трассы Ош-Баткен в районе Хайдарканского ртутного комбината по содержанию тяжелых металлов в почве и донных осадков относится к категории *чрезвычайно опасной* и не может быть использована населением для сельскохозяйственной деятельности и других целей.

Благодарность

Работа была выполнена при поддержке проекта ТЕМР-СА (2008), финансируемой МИД Норвегии. Автор благодарит доктора, проф. Одда Эйлертсена с Норвежского института леса и ландшафта (г. Ос, Норвегия), доктора, проф. кафедры химии Университета Осло Рольфа Фогта за помощь в организации и выполнении полевых исследований.

Литература:

1. Дмитриев М.Т., Казнина Н.И., Клименко Г.А. Загрязнение почв и растительности тяжелыми металлами. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 95 с.
2. Зайнутдинова Д., Мурзаханов Р. Основные проблемы экологии в Узбекистане и приоритеты экологической политики // Экологическая безопасность и гражданская инициатива. – 2003. – №1. – С. 3-14.
3. Мамытов А.М. Почвенные ресурсы и вопросы земельного кадастра Кыргызской Республики. – Бишкек: Кыргызстан, 1996. – 240 с.
4. Brunetti, G., Farrag, K., Soler-Rovira, P. et al. (2012). Heavy metals accumulation and distribution in durum wheat and barley grown in contaminated soils under Mediterranean field conditions. *Journal of Plant Interactions*, 7(2), 160-174.
5. Lacatusu, R. (1998). Appraising levels of soil contamination and pollution with heavy metals. In: Heineke, H. J., Eckelmann, W., Thomasson, A. J. et al. (Eds.). *ESB Research Report №4: Land Information Systems: Developments for planning the sustainable use of land resources*. EUR 17729 EN. 546 pp. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 393-402.
6. Reis, A. P., Patinha, C., da Silva, E. F. et al. (2010). Assessment of human exposure to environmental heavy metals in soils and bryophytes of the central region of Portugal. *International Journal of Environmental Health Research*, 20(2), 87-113.

7. Tabatabai, M. A. (1982). Sulfur. In: Page, A. L., Miller, R. H., Keeney, D. R. (Eds.). *Methods of Soil Analysis, Part 2, Chemical and microbiological properties*. Agronomy Monograph no. 9 (2nd ed.) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, 501-538.

8. Van, T. K., Kang, Y., Fukui, T. et al. (2006). Arsenic and heavy metal accumulation by *Athyrium yokoscense* from contaminated soils. *Soil Science and Plant Nutrition*, 52(6), 701-710.

9. Неверова О.А. Биогеохимическая оценка городских почв (на примере Кемерово) // Гигиена и санитария. – 2004. – №2. – С. 18-21.

10. Романенко Н.А., Крятов И.А., Тонкопий Н.И. Методология оценки качества почвы для социально-гигиенического мониторинга // Гигиена и санитария. – 2004. – №5. – С. 17-18.

11. Богдецкий В.Н., Ибраев К., Суюнбаева М. и др. Экономическая и инфраструктурная оценка. Обзор возможностей для альтернативного развития и потенциала для осуществления мер восстановления окружающей среды в районе Хайдаркана, Кыргызстан. – Бишкек-Женева, 2009. – 63 с.

12. Olsen, S. R. (1953). Estimation of available phosphorus in soils by extraction with sodium bicarbonate. U. S. Department of Agriculture. Circular 939.

13. Olsen, S. R., Sommers, L. E. (1982). Phosphorus. In: Page A. L., Miller R. H., Keeney D. R. (Eds.). *Methods of Soil analysis, Part 2. Chemical and microbiological properties*. Agronomy Monograph №9 (2nd edition) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, 403-430.

14. ГОСТ 12.1.007-76. Классификация и общие требования безопасности [Текст]. – М.: Стандартинформ, 2007. – 7 с.

15. Инструктивное письмо «О выполнении работ по определению загрязнения почв» №02-10/51-2333 от 10.12.1990 [Текст]. – М.: Госкомприрода СССР, 1990. – 11 с.

16. Krogstad, T. (1992). *Methods for soil analysis (In Norwegian)*. NLH report №6. Institutt for Jordfag, Ås-NLH, ISSN 0803-1304. 32 pp.

17. Беспамятнов Г.П., Кротов Ю.А. Предельно допустимые концентрации химических веществ в окружающей среде. – Л.: Химия, 1985. – 528 с.

18. ГН 2.1.7.2041-06. Предельно-допустимые концентрации (ПДК) химических веществ в почве [Текст]. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2006. – 15 с.

19. Allaway, W. H. (1968). Agronomic controls over the environmental cycling of trace elements. *Advan. Agronomy*, 29, 235-274.

20. Kloke, A. (1980). Contents of As, Cd, Cr, Pb, Hg and Ni in Plants Grown on Contaminated Soil. *Papers Presented to the Symposium on the Effects of Air-born Pollution on Vegetation*, Bd. 109, H. 81, 192.

21. Taylor, S. R. (1964). Abundance of chemical elements in the continental crust; a new table. *Geochimica et Cosmochimica Acta*, 28(8), 1273-1285.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГЕПАТИТА «В» В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ - ЮГРЕ

Пахотина В.А., Абдурасулов К.Д.

БУ ВО ХМАО-Югры

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Ханты-Мансийск, Россия

Резюме. В работе рассмотрен вопрос об особенностях эпидемического процесса вирусного гепатита В (ГВ). Проведено измерение заболеваемости и оценка факторов риска в развитии эпидемической ситуации. Предложены пути снижения и подход в организации и проведении профилактических мероприятий на основании международных рекомендаций
Ключевые слова: острый и хронический гепатит В, заболеваемость, риск заражения, медико-социальные факторы, профилактика.

EPIDEMIC PECULIARITIES OF THE VIRUS HEPATITISES «B» IN KHANTY- MANSIYSK AUTONOMOUS DISTRICT-YUGRA

Pahotina V.A., Abdyrasulov K.D.

Khanty-Mansiysk State Medical Academy

Khanty-Mansiysk, Russia

Resume. In work the issue of features of epidemic process of the virus hepatitis B (HB). Measurement of incidence and assessment of risk factors in development of an epidemic situation is carried out. Ways of decrease and approach in the organization and carrying out preventive actions on the basis of the international recommendations are offered.

Keywords: acute and chronic hepatitis B, incidence, risk of infection, medico-social factors, prevention.

Введение

Вирусные гепатиты занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии человека и являются приоритетным направлением профилактики. Рост заболеваемости хроническим гепатитом В с вовлечением в эпидемический процесс лиц трудоспособного и репродуктивного возраста определяет как одну из главных проблем национальной безопасности в сфере здоровья населения [1].

В мире насчитывается 250-400 млн. человек, хронически инфицированных вирусом гепатита В (ВГВ) [12,11,9].

Среди этиологических причин смертности от хронических заболеваний печени доля гепатита В составляет от 10 до 75%. С этой инфекцией связаны летальные исходы у больных острыми вирусными гепатитами, а также случаи развития хронических заболеваний печени, включая циррозы и первичный рак [11]. Изучение структуры хронических гепатитов В определяется и необходимостью выявления основного источника HBV - инфекции.

Цель

Анализ эпидемической ситуации в отношении гепатита В, оценка групп риска и факторов риска в развитии эпидемической

ситуации.

Материалы и методы.

Одним из принципов оценки эпидемической ситуации является комплексная экспертиза заболеваемости, выявление групп риска и факторов риска. С этой целью, на основе официальных информационных материалов проведены эпидемиологический анализ заболеваемости вирусным гепатитом В (ГВ), анализ случаев заболеваний по историям болезни (ф.003/у) 285 пациентов с манифестными формами ГВ, госпитализированных в окружную клиническую больницу (ОКБ) г. Ханты-Мансийска за период 2006 -2012 гг; результатов обследования на HBsAg групп риска по клиническим и эпидемическим показаниям.

Предполагаемые факторы риска и пути передачи гепатита В выявляли методами текущего и ретроспективного анализа эпидемиологической информации. Дополнительно проводили анкетирование больных. В ходе эпидемиологического исследования использовали приемы формальной логики.

Статистическую обработку информации проводили при помощи программы Statistica 6.0. Достоверность различий сравниваемых показателей оценивали с помощью критерия

Стьюдента. Различия считали достоверными при значении $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение.

Динамические проявления эпидемического процесса гепатита В в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре (ХМАО) за период 2000 – 2012 гг. характеризуется тенденцией значительного снижения заболеваемости острым гепатитом В и неравномерным распространением по административным территориям.

Заболеваемость острым ГВ в 2012 г отмечена в минимальных показателях (1,3 на 100 тыс. населения) и в отдельных административных территориях не регистрировалась.

Не отмечена заболеваемость острым ГВ в 2012 г. среди детей в возрасте 0 - 17 лет. Самый высокий показатель заболеваемости острым гепатитом В (80,4), зарегистрированный в 2000 г, снизился в сравнении с 2012 г в 60 раз ($P < 0,05$). (Рис.1).

Хронический гепатит В (ХГВ) в 2012 г. был диагностирован в 17 административных территориях автономного округа (17,56 на 100 тыс. населения) с превышением уровня

заболеваемости острым ГВ в 13,5 раза.

Показатели заболеваемости населения ХГВ в административных территориях варьировали в пределах от 2,36 до 36,8 (на 100тыс. населения).

Такая вариабельность уровней заболеваемости ГВ в значительной мере определяется особенностями эпидемического процесса, качеством диагностики и полнотой регистрации этого вида патологии [6].

Динамические проявления эпидемического процесса ГВ в ХМАО коррелируются с отчетливой тенденцией значительного снижения заболеваемости острым гепатитом В по Российской Федерации за многолетний период [7] (Рис.2).

Эпидемиологическое исследование частоты регистрации и этиологической характеристики ГВ среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в ОКБ в период 2006-2012 гг. позволило отметить различия в структуре острого и хронического гепатита В: на долю ХГВ приходилось 85,0 % $\pm 1,2$, а острого гепатита В 15,0 % $\pm 0,4$ ($P < 0,05$) (Рис.3).

Гепатит В отмечен во всех возрастных



Рис.1. Заболеваемость населения ХМАО-Югры гепатитом В за период 2000-2012 гг.

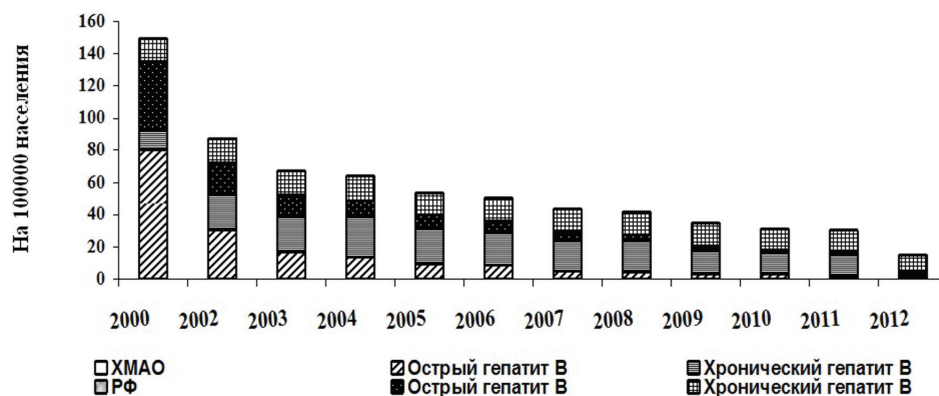


Рис.2. Сравнительный анализ динамической характеристики эпидемического процесса ГВ в Российской Федерации и ХМАО за период 2000 -2012гг.

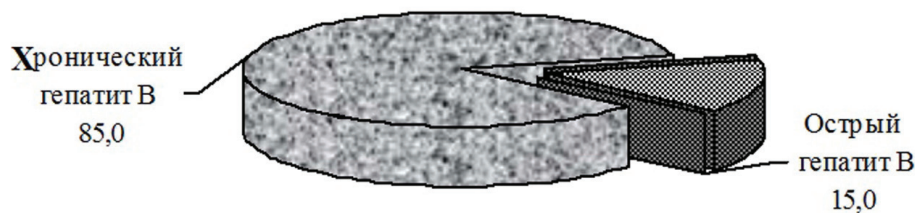


Рис. 3. Структура больных острым и хроническим гепатитом В в ЛПО ХМАО - Югры за период 2006-2012 гг.

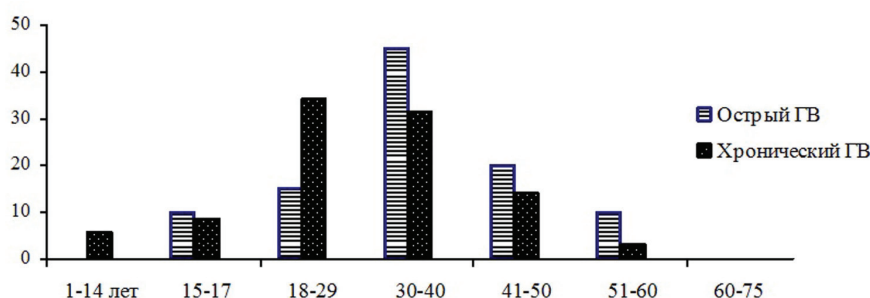


Рис. 4. Возрастная структура острого и хронического гепатита В среди пациентов ЛПО ХМАО за период 2006-2012 гг. (%).

группах больных, а наибольший удельный вес составили пациенты в группе 18 - 29 и 30-40 лет.

Острый гепатит В отмечен у $45 \pm 2,2\%$ пациентов в возрасте 30-40 лет, а хронический гепатит В зарегистрирован во всех возрастных группах с доминированием ($34,2 \pm 1,4 \%$) в группах 18 -29 лет и 30-40 лет (Рис.4).

Особенностью эпидемического процесса гепатитов с парентеральной передачей является преобладание ХГВ среди лиц молодого, наиболее репродуктивного возраста (18- 29 лет).

Наблюдаемые проявления эпидемического процесса гепатита В в настоящее время должны оцениваться не только по манифестной заболеваемости, но и с учетом частоты встречаемости лиц с бессимптомными формами, которые, как известно, на 80% и более являются больными с хроническим течением процесса [8]. Анализ материалов официальной статистической отчетности показал отчетливое различие показателей манифестной заболеваемости вирусным гепатитом В и результатов скрининга на скрытую циркуляцию вируса (Рис.5)

Истинная эффективность эпидемического процесса, как показали результаты серо-

логического обследования населения, превышает клинически выраженную заболеваемость острыми и хроническими гепатитами. Это свидетельствует об активности естественных путей инфицирования возбудителями и «устойчивом потенциале сохранения вируса на ближайшие десятилетия»[3]. На фоне снижения заболеваемости острым ГВ в ХМАО отмечено снижение и показателей скрытой циркуляции вируса.

В 2013 частота встречаемости бессимптомных форм ГВ (18,2) снизилась в сравнении с 2010г. (37,28) на 52%, заболеваемость острым гепатитом В за аналогичный период снизилась на 50%, а заболеваемость ХГВ возросла на 26 %. За период 2007-2012 гг. произошли значительные изменения в частоте выявления маркеров инфицирования вирусом ГВ (HBsAg) среди контингентов риска. Среднемноголетний уровень инфицирования вирусом групп риска составил 1,7% с уменьшением показателя в 2,4 раза, в том числе у новорожденных от матерей, больных острым и хроническим ГВ в 2 раза (6,3% - 3% - соответственно); у персонала учреждений службы крови в 2 раза (6,4 %– 3,2% - соответственно).

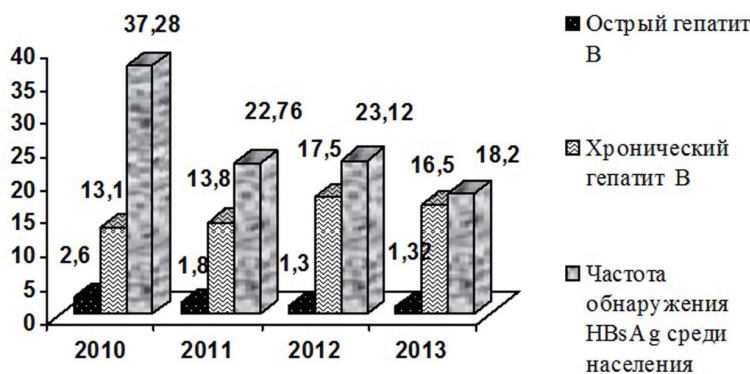


Рис. 5. Манифестная и скрытая интенсивность эпидемического процесса ГВ в 2010 - 2013 гг. (на 100 тыс. населения).



Рис. 6. Пути и факторы передачи гепатита В у больных ЛПУ ХМАО-Югры за период 2006 – 2012 гг.

Категория больных с латентной инфекцией, а также контингент больных с хронической манифестной инфекцией определяют неблагоприятный эпидемиологический и социальный прогноз в ХМАО с преобладанием неблагоприятных исходов, особенно при гепатите В [4].

Анализ анамнестической информации позволил выявить среди больных группы повышенного риска заражения гепатитом В.

С естественными путями передачи вируса ГВ: лица, имеющие тесный бытовой контакт с больным ГВ, и, прежде всего, с больными хроническими формами ГВ, включая вирусоносителей; лица, имеющие нескольких половых партнеров. С искусственными путями передачи вируса: больные, подвергавшиеся инвазивным методам обследования и лечения; лица, принимавшие инъекционные наркотики; лица, подвергавшиеся вмешательствам,

связанным с нарушением целостности кожи и слизистых, вне лечебно-профилактических организаций (пирсинг, нанесение татуировки, прокол мочки уха и др.) [2,5]. Группа эпидемиологического риска: потребители наркотиков, лица, освобождающиеся из учреждений уголовно-исполнительной системы, трудовые мигранты. Анализ факторов риска и условий инфицирования пациентов показал, что доминирующее значение как вероятных путей распространения вируса ГВ имеют: парентеральное введение наркотиков, половой, контактно – бытовой. (Рис. 6).

Половой путь инфицирования, установлен в $24,1 \pm 0,7$ %; бытовой (пользование общей бритвой, маникюрными ножницами, нанесение татуировки) наиболее вероятен в $24,7 \pm 0,7$ % случаев, а также инвазивные манипуляции в косметических салонах - 5,8 %.

На искусственную (искусственную)

передачу возбудителя при проведении лечебно-диагностических инвазивных манипуляций в ЛПО приходилось 9,2 %, в т.ч. на переливание крови и ее препаратов - 0,5 %, единичные инъекции в поликлинике - 3,2 %, лечение у стоматолога - 2,8 %, на долю заразившихся в стационаре при оперативном лечении и других манипуляций - 2,7%. Профессиональные заражения медицинских работников, указавших в анамнезе - 0,8 %. На парентеральное введение наркотиков указали 29,9 ± 1,1 % пациентов в возрастных группах 22-30 и 31-40 лет.

Выводы

1. Эпидемический процесс гепатита В в ХМАО - Югре характеризуется тенденцией отчетливого снижения заболеваемости острым ГВ, стабилизацией показателей заболеваемости хронической формы HBV - инфекции, неравномерностью распространения, вовлеченностью в эпидемический процесс наиболее репродуктивной и трудоспособной части населения.

2. Ведущие факторы риска распространения ГВ: внутривенное употребление наркотиков, беспорядочная половая жизнь, проведение различных манипуляций, связанных с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек в немедицинских учреждениях.

3. Мероприятия по медико-социальной профилактике острого гепатита В должны быть ориентированы на:

- активное выявление источников инфекции, разрыв естественных и искусственных путей заражения, проведение иммунизации в группах риска.

4. Мероприятия по медико-социальной профилактике хронического гепатита В должны быть ориентированы на:

- активную раннюю диагностику, эффективные программы профилактических мероприятий и надлежащую терапию; скрининг людей, которые могут подвергаться риску инфицирования ГВ.

- иммунизацию вакцинами против ГА для предотвращения сопутствующей инфекции этими двумя вирусами гепатита с целью защиты своей печени.

5. Повышение уровня образованности и осведомленности населения, медицинских работников и высших должностных лиц о ГВ.

Литература:

1. Волчкова Е. В. // *Практическая гепатология* / Под ред. Н. А. Мухина. - М.: - 2004. - С. 27-33.
2. *Гепатит В и ВИЧ-инфекция: тактика ведения пациентов с коинфекцией. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия, 2011 г.). ВОЗ; 2011.*
3. Исаева Н.В., Фельдблюм И.В. *Состояние и тенденции развития эпидемического процесса гепатита В и С в Перми // Эпидем. и инфекц. болезни, № 5.- 2005.- С.12-15.*
4. Кайданек Т.В., Ефимов Г.Е., Воробьев А.С. и др. *Тенденции и социальный прогноз при различных формах эпидемического процесса гепатитов В и С на территории Уфы // Инфекц. бол.-2010.- №3.-С.4-8.*
5. Косаговская И.И., Волчкова Е. В. *Медико-социальные аспекты вирусных гепатитов с парентеральным путем передачи // Эпидем. и инфекционные болезни, №1.- 2013.- С.28-38.*
6. *О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2011 году: Государственный доклад. М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2012.*
7. *О санитарно - эпидемиологической обстановке на территории Ханты-Мансийского автономного округа - Югры в 2012 году. Государственный доклад. - П.: Управление Роспотребнадзора по Ханты-Мансийскому автономному округу - Югре, 2013.*
8. Сологуб Т.В., Есауленко М.Г., Романцев М.Г. и др. *Носительство HBsAg: состояние или болезнь // Инфекц. бол.-2008.- №3.-С.5-10.*
9. Шахильдян И. В. *Гепатиты В, С и D - проблемы диагностики, лечения и профилактики. М.: -2001.- 381с.*
10. Яковлев А.А, Комарова А.Я., Мусатов В.Б. и др. *Современные тенденции изменений этиологической структуры и клинико - эпидемиологической характеристики гепатоцеллюлярной карциномы // Эпидем. и инфекц. болезни, № 6.- 2013.- С.21-27.*
11. *World Health Organization (WHO), Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access. Geneva: WHO; 2011.*
12. Ott JJ. et al. *Global epidemiology of hepatitis B virus infection: new estimates of age-specific HBsAg seroprevalence and endemicity. Vaccine. 2012; (12):2212-9.*
13. Sy T., Jamal M./M. *Epidemiology of hepatitis C virus infection. Int. J. Med.Sci / 2006; 3:41-6.*

МЕДИКО - СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН - МИГРАНТОВ (Обзор литературы)

Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г. Дж.

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

Резюме. Данные научной литературы свидетельствуют о значительном влиянии на общее и репродуктивное здоровье женщин - мигрантов сложного, сочетанного комплекса медицинских и социальных факторов. Имеются негативные тенденции в состоянии здоровья этой группы женского населения. Все это требует комплексной, динамической оценки репродуктивного здоровья данной категории женщин с использованием международных критериев и стандартов с целью разработки мер по его сохранению.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, женщины-мигранты.

МИГРАНТ АЯЛДАРЫНЫН РЕПРОДУКТИВДҮҮ САЛАМАТТЫГЫНЫН МЕДИЦИНАЛЫК-КООМДУК БАГЫТТАРЫ

Исакова Ж.К., Бейшенбиева Г. Дж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекетик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Илимий адабияттарда берилген маалыматтарда медициналык жана коомдук факторлордун айкалышкан, татаал топтому мигрант аялдардын жалпы жана репродуктивдүү саламаттыгына маанилүү таасир берери жөнүндө далилденген. Аялдардын булл тобунун ден-соолугунун абалында терс мүнөздүү багыттар бар. Мунун бары аны сактоо боюнча чараларды иштеп чыгуу максатында булл категориядагы аялдардын репродуктивдүү саламаттыгына айкалышкан, динамикалык баа берүүнү талап кылат.

Негизги сөздөр: репродуктивдүү саламаттык, мигрант аялдар.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS OF REPRODUCTIVE HEALTH OF MIGRANT WOMEN

J.K. Isakova, G. Dj. Beshenbieva

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

Resume. Presented data of scientific literature shows a significant impact of medical and social factors on general and reproductive health of migrant women. There are negative trends in the health state of this group of female population. All this requires a complex and dynamic assessment of reproductive health of women in this category by using international criteria and standards with the aim of developing measures of preservation.

Keywords: reproductive health, migrant women.

Низкие доходы экономической деятельности в Кыргызстане создают стимулы для внутренней и внешней миграции. Самым негативным образом это отражается на функционировании семьи как основы общественного развития, что в свою очередь негативно сказывается на демографическом развитии [1, 7].

Острой проблемой здравоохранения Кыргызстана на современном этапе является проблема охраны репродуктивного здоровья

женщин - внутренних мигрантов.

Высокий уровень безработицы, снижение социальных гарантий со стороны государства, экономическое благополучие стран - соседей привели к значительному росту внешней и внутренней трудовой миграции в основном из сельских районов Кыргызстана. Сельские женщины в поисках заработка, чтобы как-то поддержать семью и детей, мигрируют в города, особенно в столицу республики, причем из общего числа внутренних мигрантов

они составляют более 80%. Многие из них сталкиваются с проблемами бедности, безработицы, отсутствия жилья и доступа к квалифицированной медицинской помощи, в том числе и к службам охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи. Эти женщины часто становятся жертвами насилия, основанного на половой принадлежности. Исследования показали, что более 98% работниц коммерческого секса являются выходцами из малых городов республики и сельской местности [2].

За последние годы миграция населения из сел в города приобрела значительные масштабы – за 2005-2007гг. миграционный отток населения составил 108,6 тыс. человек, а за 2009 год количество внутренних мигрантов в республике составило 120,3 тысяч человек. Внутренняя миграция населения в Кыргызстане на сегодняшний день является существенным фактором дестабилизации социально-экономической ситуации в республике, причем внутренние миграционные процессы малообратимы, так как возвращение назад в тех же масштабах, в которых мигранты покинули родные места, маловероятно. Необходимо отметить, что Правительство, органы здравоохранения не принимают достаточных мер по урегулированию данного процесса и создания благоприятных условий для жизни и работы внутренних мигрантов.

Так число новостроек вокруг Бишкека возросло с 17 в 1999 году до 42 в 2009 году. Их население (в основном кыргызское) увеличилось более чем в 2 раза [3].

Существующие социальные практики доступа мигрантов к системе здравоохранения и медицинским услугам зависят от проводимой национальной политики, существующих прав, правил и механизмов и могут в различной степени приводить к проявлению негативных латентных функций и дисфункций социального института здравоохранения [4].

Генофонд определяет историческую судьбу нации, её настоящее и будущее. Это самое дорогое достояние любой нации, дороже территории, земли и даже независимости [5].

На качество генофонда нации оказывают влияние многие факторы: естественно-биологические, исторические, общественно-экономические и политические. Многофакторность процессов миграции

отмечена в работах П. И. Огородникова, Н. А. Макаровой, которые приводят целый комплекс факторов, влияющих не только на здоровье, такие как общеэкономические (развитие, размещение производительных сил, уровень индустриального развития территорий и др.), факторы, обусловленные политической ситуацией, факторы уровня жизни (оплата труда, денежные доходы населения, жилищная обеспеченность, медицинское обслуживание, образование, обеспеченность учреждениями культуры и др. Природно-климатические условия, в том числе экологическая ситуация в регионе. Также авторами отмечается, что результаты прогнозов миграции необходимо учитывать при обосновании мер, направленных на обеспечение национальной безопасности, достижение сбалансированности спроса и предложения рабочей силы, обеспечении устойчивого экономического роста и перехода на инновационный путь развития и многие другие факторы [6].

Наряду с активной внешней миграцией за прошедшее десятилетие значительно интенсифицировались территориальные перемещения населения внутри страны. Экономические и структурные реформы вызвали рост миграции из села в город, подняли безработицу и бедность до крайне высокого уровня. При этом миграция из села в город повысилась даже, несмотря на то, что уровень безработицы в городах остается высоким. На сегодняшний день внутренняя миграция является существенным фактором дестабилизации социально-экономической ситуации в республике. За последние годы миграция населения из сел в города приобрела настолько значительные масштабы, что ее последствия приходится учитывать уже при бюджетных расчетах государства. Главной движущей силой миграции в современных условиях является разница в уровне жизни [7,8,9].

Особенно значительное влияние на возможность воспроизводства, продолжения рода и сохранения генофонда нации имеет сохранение и восстановление репродуктивного здоровья населения, особенно женского, что представляет собой важнейшую медицинскую и государственную задачу. Улучшение репродуктивного здоровья представляет собой надежный фактор формирования здорового

поколения – богатств каждого государства. Репродуктивное здоровье является одним из основных прав человека, а его охрана – приоритетная задача любого государства, для решения которой необходимы совместные усилия секторов здравоохранения, экономики и социальных служб [10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18]. Анализ деятельности различных структур показывает, неэффективную политику и проводимую работу по вопросам репродуктивного здоровья. Низкая осведомленность и грамотность населения, недостаточная пропаганда здорового образа жизни, ограниченность населения, особенно сельского и социально-уязвимых групп, в вопросах планирования семьи, культуры семейных ценностей, репродуктивного и сексуального поведения. Массмедиа недостаточно проводят информационную работу по пропаганде средств контрацепции. В последние годы усилилось влияние религии и отказ от проведения прививок детям, методов планирования семьи ведет к печальным последствиям.

Здоровье женщин – это важнейший фундамент стабильного развития семьи, сообщества и общества в целом, а вложение средств в женское здравоохранение приносит огромные социальные и экономические выгоды.

В современных условиях в Кыргызстане становится все меньше людей, способных прокормить семью, удовлетворить свои материальные и духовные потребности. Причем ухудшение экономики республики по-разному воздействовало на положение мужчин и женщин – в этих условиях особенно уязвимым оказалось положение женщин. В 2009 г. официально зарегистрировано 68,5 тыс. безработных, причем более 77 % из них составляют женщины. Некоторая часть женского населения Кыргызстана не просто бедна – она оказалась на периферии социального пространства, практически утратив связи с остальной частью общества. Согласно понятию «социальная исключенность», женщины из уязвимых групп населения не имеют доступа к доходам и другим материальным ресурсам, к рынку труда, к услугам, в том числе и в области здравоохранения. Их доступ к услугам в области охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи также ограничен [11, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25].

Острой проблемой здравоохранения Кыргызстана на современном этапе является проблема охраны репродуктивного здоровья сельских женщин. Известно, что структурные изменения экономики Кыргызстана по-разному воздействовали на положение городских и сельских жительниц, в том числе на доступность и качество медицинских услуг. Переход на рыночную экономику, изменение государственной системы здравоохранения и социальной защиты привели к негативным тенденциям в состоянии репродуктивного здоровья женщин, особенно социально-уязвимых слоев населения, к которым относятся малообеспеченные сельские жительницы. У жительниц сельской местности нет перспектив занятости, их положение более тяжелое, чем у городских жительниц, они имеют большую трудовую нагрузку. Большинство сельских женщин занято изнурительной непрерывной борьбой за выживание своих семей [26, 27].

Показателем, тесно связанным с доступностью адекватной медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовом периоде, является материнская смертность, которая представляет собой одну из наиболее распространенных причин смерти женщин репродуктивного (18-45 лет) возраста. Тенденция к снижению этого показателя в республике носит неустойчивый характер, материнская смертность остается высокой. По данным Министерства здравоохранения в Кыргызстане за 10 месяцев 2014 года показатель материнской смертности составил 51,9 на 100 тыс. живорожденных, в родах и послеродовом периоде. Об этом было сказано на заседании коллегии Министерства здравоохранения. Для сравнения — в 2013 году этот показатель составлял 36,2.

Наиболее высокий показатель материнской смертности регистрируется в Нарынской области — 198,3 и Баткенской области — 106. В Жалал-Абадской области он составил 63,4, в Таласской - 60,6, рост показателя по Бишкеку - 26,5.

Вызывает тревогу тот факт, что доля сельских жительниц среди умерших женщин превышает 80 %. По официальным данным, материнская смертность в Кыргызстане одна из самых высоких в Центральноазиатском регионе, а в 2009 г. страна была на первом месте, причем

показатель материнской смертности в сельской местности в полтора раза превышал показатель по городскому населению [28, 21, 29, 30, 31, 32]. Внутренняя миграция женщин из села привела к росту количества родов, и повышению концентрации тяжелых больных в областных центрах и городах Бишкек и Ош, где родильные койки работают с большой нагрузкой, так как инфраструктура и площади остаются прежними. Анализ материнской смертности показывает, что почти каждая пятая умершая женщина была мигрантом - 20,32%, наибольшее количество мигрирующих женщин в городах Бишкек, Ош и Чуйской области (прибывшие из Нарынской, Жалал-Абадской, Ошской, Иссык-Кульской областей), 37,6% были неработающими, то есть было ограничение доступности в помощи.

Министерство здравоохранения в заключительном анализе материнской смертности показывает, что почти каждая пятая умершая женщина была мигранткой - 20,32% (14). Наибольшее количество мигрирующих женщин в города Бишкек и Ош, и Чуйскую область (прибывшие из Нарынской, Жалал-Абадской, Ошской, Иссык-Кульской областей). Студентками были 2,9% (2 умершие в городах Бишкек и Нарын), 39,1% (27) занимались фермерским хозяйством, 37,6% (26) были неработающими.

Под антенатальным наблюдением находились 81,2% (56 умерших), из них 32,1% (18) наблюдались в фельдшерско-акушерских (ФАП), 1,8% (1) в частной клинике (г.Жалал-Абад), 18,8% (13) не наблюдались по беременности.

Несмотря на высокий охват беременных женщин антенатальным наблюдением, 52,3% (33 женщин) поступили в родильные стационары в тяжелом или крайне тяжелом состоянии, что может свидетельствовать о низком качестве наблюдения на уровне первичного звена. Растет число умерших женщин 40 лет и более (2013г. - 2, 2014г. -9), многорожавших – 5 и более (2013г. - 3, 2014г. - 10).

Причины материнской смертности многофакторны и выходят за рамки сектора здравоохранения, и как отмечалось ранее, включают в себя проблемы всего общества от политических, экономических, экологических медикосоциальных, культуральных особенностей поведения и уровнем грамотности населения.

Другим аспектом проблемы миграции женщин является то, что процесс деадаптации коренных жительниц больших и средних высот при длительном пребывании в низкогорье может сопровождаться различными изменениями ее фертильности, репродуктивной и менструальной функции. Этот аспект изучения состояния репродуктивной системы у внутренних мигрантов, особенностей перестройки систем организма остается не исследованным.

О влиянии уровня загрязнения территории проживания беременных на исход беременности и родов указывают многие ученые. Г.Бишкек официально признан экологически неблагополучным, по данным Министерства охраны окружающей среды в воздухе содержится большая концентрация продуктов сгорания жидкого топлива (бензапирен, формальдегид и др.), что оказывает экотоксичное воздействие на репродуктивную систему не только женщин, но и мужчин. И поэтому вопрос деадаптации организма при миграции из высокогорных регионов и влияние на репродуктивную функцию должен быть изучен.[33,34]

В литературе имеются отдельные данные о состоянии репродуктивного здоровья женщин в Кыргызской Республике [М.С. Мусуралиев, 2002; А.А. Кангельдиева, 2002; Н.Р. Керимова, 2000; Л.Д. Рыбалкина и соавт. 2005, 2009; Б.Т. Орозбекова. 2007; Г.Дж. Бейшенбиева, 2011]. Однако в республике не проведены комплексные исследования по изучению особенностей репродуктивной системы и репродуктивного потенциала и факторов, влияющих на них у женщин, внутренних мигрантов, что стало обоснованием к проведению нашего исследования.

Таким образом, на сегодняшний день в Кыргызстане сохранение генофонда нации, охрана материнства и детства, в конечном счете, демографические показатели страны должны быть изучены и научно обоснованы специалистами разных областей. В сохранении репродуктивной функции очень важным является вопрос изучения становления и развития девушек – подростков, особенности репродуктивных функций и течения беременности в условиях миграционных процессов из высокогорных регионов в низкогорье.

Литература:

1. Население Кыргызстана в начале XXI века. Глава 1. Кудобаев З., Кудобаева М. Экономическое развитие Кыргызстана-с.8-27; Глава 2. Торгашиева Л., Калмыкова Н. Численность и размещение населения-с.28-44 (Под ред. М.Б. Денисенко) - Б.:2011- 311, 480.
2. Взаимовлияние демографических и социально – экономических процессов в Кыргызской Республике: Старые проблемы или новые возможности? Фонд ООН в области народонаселения и ПРООН. – с.13-77-Бишкек, 2010.110с.
3. Национальная стратегия охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года. Бишкек, 2006. 66с.
4. Махмадбеков М. Ш. Миграционные процессы: сущность, основные тенденции и их особенности в современном обществе : опыт Таджикистана : диссертация ... кандидата политических наук : 23.00.02 / .- Душанбе, 2010.- 165 с.
5. Бейшембиева Г.Дж. Репродуктивное здоровье женщин социально-уязвимых групп населения Кыргызстана (монография)-Бишкек, 2010-221с.
6. Огородников П.И., Макарова Н.А. Моделирование миграционных потоков в регионе.// ЭКОНОМИКА РЕГИОНА (Оренбург,Россия) № 2/2013 стр169-175.
7. Кыргызская Республика. Медико-демографическое исследование 2012. Национальный статистический комитет КР. Бишкек, Министерство здравоохранения КР, MEASUREDHS ICF International Calverton, Maryland, USA. 2014.-с.1-12
8. Программа профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы. Бишкек 2014. –с.23-30
9. Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы/ МЗ Кыргызской Республики. Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ)20123.-136с.
10. Мусуралиев М.С. Репродуктивное здоровье и беременность жительниц высокогорных регионов мира [Текст] // Вестник КГМА, 2014 №1. С.7-14
11. Амираева Р.А. Состояние репродуктивного здоровья женщин и пути снижения материнской смертности в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Амираева, Д.А. Нагаева // Мат-лы международной конференции глобального горного саммита: сб. науч. тр. Бишкек, 2002. С. 52–65.
12. Ешходжаева А.С. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008 - 2009 гг. [Текст] / [А.С. Ешходжаева, А.С. Калиева, Н.С. Абазбекова и др.]. ГТЦ. Бишкек, 2010. 48 с.
13. Информационный центр ВОЗ по здоровью для ЦАР. Здоровье населения и здравоохранение в Центрально-азиатских республиках [Текст] / 56 с.
14. Кыргызская Республика. Национальный отчет по реализации принципов и целей Международной конференции по народонаселению и развитию [Текст]: [одобр. Правительством КР 1 октября 2003 г.]. Бишкек, 2003. 49 с.
15. Республиканский медико-информационный центр МЗ КР. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2008 году [Текст]: сборник статистических материалов / РМИЦ МЗ КР. Бишкек, 2009. 296 с.
16. Шабунова А.А. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. М., 2009. № 3 (7). С. 73–81.
17. Blouse A. Site Assessment and Strengthening for Maternal and Newborn Health Programmers [Text] / A. Blouse, P. Gomez, B. Kinzie // JHPIEGO. Baltimore, 2004. P. 1-42.
18. Borghi J. O. Mobilizing Financial Resources for Maternal Health [Text] / J. O. Borghi et al. // The Lancet. 2006. vol. 368, № 21. P. 1457-1465.
19. Бута З.А. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств [Текст]: предварительный отчет. Материнская и младенческая смертность: анализ ситуации и обоснование рекомендаций по их снижению и достижению ЦРТ в КР (4 и 5 цели) / З.А. Бута, Я.П. Хан. Бишкек, 2009. 52 с.
20. Завалко А.Ф. Социальные аспекты искусственного прерывания беременности на поздних сроках [Текст] / А.Ф. Завалко, В.А. Мельников, И.С. Липатов и др. // Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. 2009. Том 1, Выпуск 1. С. 12–15.
21. Кангельдиева А.А. Состояние репродуктивного здоровья женщин и пути снижения материнской и перинатальной смертности в Кыргызской Республике [Текст] / А.А. Кангельдиева, Р.А. Амираева, Д.А. Нагаева // Женщины Гор Кыргызстана: сб. науч. тр. Бишкек, 2002. С. 52–62.
22. Кыргызская Республика. Развитие роста для содействия преодолению бедности. Доклад № 24638 – КГ [Текст]: документ Всемирного Банка. 2003. 57 с.
23. Мусуралиев М.С. Проблемы охраны репродуктивного здоровья жителей горных регионов Тянь-Шаня и Памира [Текст] / М.С. Мусуралиев, И.Б. Медведева // Материалы конференции «Проблемы, стратегии и перспективы развития медицины труда в горных регионах». Бишкек, 2002. С. 133–140.

24. *Насилие в отношении женщин: предупреждение и борьба с последствиями [Текст]* ; – Под ред. Б.Г. Тугельбаевой. Бишкек, 2001. 371 с.

25. *World Health Organization (Geneva). Neonatal and Perinatal Mortality [Text]: Country, regional and global estimates 2004 / Geneva: WHO, 2006. P. 4.*

26. *Кадыркулова Г.Д. Изучение вопросов репродуктивного здоровья и планирования семьи сельского населения [Текст] / Г.Д. Кадыркулова, З.А. Исраилова // Перспективы и проблемы дополнительного профессионального образования в сфере здравоохранения: тез. докл. Алматы, 2003. С. 200.*

27. *Хабаров С.В. Репродуктивное здоровье сельских жительниц [Текст]: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.00.01 / С.В. Хабаров. М., 2002. 45 с.*

28. *Ишеналиева Ч.А. Материнская смертность по Кыргызской Республике за 2004 год [Текст] / Ч.А. Ишеналиева // Материалы съезда педиатров и детских хирургов КР. Бишкек, 2005. С. 33–35.*

29. *Мудренко О.С. Женщины, занимающиеся коммерческим сексом, как группа риска в распространении урогенитальных инфекций [Текст]: дис. ...канд. мед. наук: 14.00.01 / О.С. Мудренко. М., 2000. 143 с.*

30. *Fotso Jean-Christophe. Maternal health in resource-poor urban settings: how does women's autonomy influence the utilization of obstetric care services? [Text] / Jean-Christophe Fotso, A. C. Ezeh, H. Essendi // Reproductive Health. 2009. № 6–9 p.*

31. *Freedman. Child Health and Maternal Health: Who's got the power? Transforming health systems for women and children [Text] / Freedman, P. Lynn et al. // Task Force on Child Health and Maternal Health, UN Millennium Project. UNDP, 2005. P. 65.*

32. *Glassier A. Sexual and reproductive health: A matter of life and death [Text] / A. Glassier et al. // The Lancet. – 2006. - Vol. 368, № 9547. P. 1595–1602.*

33. *Рыбалкина Л.Д., Торогельдиева Ч.Б. Самопроизвольное прерывание беременности ранних сроков в условиях экологического неблагополучия // Здоровье матери и ребенка. 2009. Том 1. Приложение 1. С. 63–65*

34. *Марипова Ж.А. Влияние аэрогенного загрязнения формальдегидом на репродуктивную функцию женского организма и перинатальные исходы (клинико-экспериментальное исследование) // автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Бишкек, 2007. - 22 с.*

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МИОКАРДА У ДЕТЕЙ ПУБЕРТАТНОГО ПЕРИОДА В УСЛОВИЯХ СЕВЕРА

Абдурасулов К.Д., Углева Т.Н., Трегуб Н.В.

БУ ВО ХМАО-Югры

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Ханты-Мансийск, Россия

Резюме. У 261 подростка обоего пола, проживающих в г. Ханты-Мансийске, в возрасте 14 лет проведено скринирующее ЭКГ и эхокардиографическое исследование и УЗИ щитовидной железы. Исследование проводилось одномоментно. Результаты исследования показали, что распространенность нарушений ритма и проводимости сердца у детей в возрасте 14 лет популяции г Ханты-Мансийска составила 19,9%. Аритмии сердца заметно чаще выявлялись у мальчиков по сравнению с девочками аналогичного возраста. Обнаружено, что частота неспецифических изменений сегмента S-T, по критериям Миннесотского кода (коды 4-2), и конечной части желудочкового комплекса (коды 5-2) без предварительной верификации по строгим критериям составила 3,9%, а по нестрогим критериям (коды 4-3, 5-3) - 2,7%. Категория неспецифических изменений сегмента S-T и конечной части желудочкового комплекса у подростков выявлялась в 4,5 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, частота ее составила соответственно 10,6 и 2,3%. Предикторами возникновения нарушений ритма и проводимости сердца у подростков без органической патологии сердца являются: ПМК, ЛХЛЖ, утолщение МЖП и/или ЗСЖ > 9 и 10 мм соответственно; увеличение размеров ЛП > 30 мм. У подростков с нарушениями ритма сердца чаще всего встречается фокальные и диффузные изменения щитовидной железы, что необходимо учитывать при составлении плана обследования подростка с нарушениями ритма сердца.

Высокая распространенность аритмий сердца и гипертрофии миокарда правого и левого желудочков сердца в популяции детей пубертатного периода г. Ханты-Мансийска указывает на необходимость специальных эпидемиологических исследований и требует включения дополнительных методов обследования (холтеровское ЭКГ мониторирования, велоэргометрия, и др.), а также разработку терапевтических и реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: ЭКГ – исследование, Миннесотский код, ЭхоКГ, УЗИ щитовидной железы, гипертрофии миокарда, нарушения ритма сердца, пролапс митрального клапана, пубертатный период.

PHYSIOLOGICAL AND MORPHOLOGICAL PECULIARITIES OF MYOCARD IN CHILDREN DURING PUBERTAL PERIOD IN THE NORTH

Abdyrasulov K.D., Ugleva T.N., Tregub N.V.

Khanty-Mansiysk State Medical Academy

Khanty-Mansiysk, Russia

Resume. There were carried out screaming ECG and echocardiography investigation and USI of thyroid gland in 2 teenagers of both sex living in Khanty-Mansiysk at the age 14 years.

Investigation was simultaneously conducted. Investigation result showed that spreading of rhythm and cardiac conduction disturbance in children at the age of 14 of the population of Khanty-Mansiysk was 19,9%. Cardiac arrhythmia is marked more often in boys in comparison with girls of the same age. It defected that frequency of non-specific changes of S-T segment and final part of ventricular complex (code 5-2) according to Minnesota code (codes 4-2) was 3,9% according to strict criteria and non strict criteria (codes 4-3. 5-3)-2,7.

Category of non-specific changes S-T segment and final part of ventricular complex in teenagers was marked 4,5 time more often in boys than in girls, the frequency was considerably 10,6-2,3%. Predictors of rhythmic and cardiac conduction disturbance in teenagers without organic cardiac pathologies are, PМК, LHLZH, thickening of MZHP or ZSZH> 9 and 10 mm, increase of ZP sizes>30 mm. In teenagers with cardiac rate disturbances there are focal and diffuse changes of thyroid gland, and it is necessary to take into consideration while making up plan of examination of teenagers with cardiac rate disturbances.

High spreading of heart arrhythmia and myocardial hypertrophy of right and left ventricular in children population of Khanty-Mansiysk requires special epidemiological studies and additional investigation methods (Halter ECJ veloergometry and other) and working out therapeutic and rehabilitation measures.

Key words: ECG- Minesote code, echocardiogram, ultrasound investigation of thyroid gland, myocardium hypertrophy, cardiac rate disturbances mitral valve prolapse, pupertal period.

Проблема здоровья детей и подростков, проживающих в условиях Севера и составляющих основу его будущего потенциала, является чрезвычайно актуальной. С одной стороны, на здоровье и развитие подрастающего поколения воздействуют неуправляемые климатогеографические и биосоциальные

факторы, присущие регионам высоких широт, оказывающие особое вредоносное действие на детский организм и способствующие формированию патологии со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной и других систем (12,5,15,14,9,4). При адаптации человека в полярных районах происходят изменения

временной организации физиологических функций, в том числе и функций сердечно-сосудистой системы. В процессе индивидуального развития ребенка, особенно в подростковом возрасте, нередко возникают функциональные нарушения в сердечной деятельности (синдромы отклонений ЭКГ). Информация, полученная при анализе стандартной ЭКГ, позволяет выявить частоту встречаемости различных отклонений в деятельности сердца у детей (3,11,2). Период полового созревания сопровождается учащением экстрасистол и нарушений проводимости. Актуальность изучения этих вопросов обусловлена еще и тем, что аритмии подросткового (пубертатного) периода наименее изучены, так как подростковый возраст традиционно выпадает как из поля зрения педиатров, так и из поля зрения «взрослых» кардиологов, в основном занимающихся аритмиями старших возрастных групп.

Целью нашего исследования было изучение морфологических изменений сердечной мышцы и крупных сосудов и нарушений ритма сердца у детей пубертатного периода в условиях Север

Материал и методы исследования

Проведено скринирующее ЭКГ исследование 261 детей в возрасте 14 лет. Из них девочки составляли 49,4 %, мальчики - 50,6 %. ЭКГ записывалась в состоянии покоя, в 12 общепринятых отведениях, на электрокардиографе фирмы «Хьюлетт Паккард» (США) Page Writer 300pi M 1700 A, при скорости движения ленты 50 мм/сек.. Интерпретацию ЭКГ проводили по Миннесотскому коду (18) с помощью измерительной лупы EDSCORP (Япония). В результате обследования выделились следующие группы ЭКГ изменений: 1. Неспецифические рубцовые изменения (коды 1-3, 1-2-8) и изменения сегмента S-T и конечной части желудочкового комплекса среди подростков (коды 4-1,2 и 5-1,2; 3-1,3; 4-3; 5-3; 6-1,2; 7-1; 8-3). 2. Нарушения ритма и проводимости сердца (коды 6-1,2,3,4,5,6,8; 7-1,2,3,4,5,6,7,8; 8-1,2,3,4,5,6; 8-7,8). 3. Гипертрофия левого и правого желудочка (коды 3-1,3; 3-2, 2-3 в сочетании 9-4-2). 4. ЭКГ паттерны синдрома ранней реполяризации желудочков и симптомов ваготонии (коды 9-2; 9-5). Эхокардиография (ЭхоКГ) выполнялась в В- и М- режимах с доплеровским исследованием внутрисердечных потоков и цветовым доплеровским картиро-

ванием на аппарате «Acuson / Sequoia - 512» США (частота генератора ультразвуковых колебаний 3,5 МГц, угол сканирования 90 гр.). Визуализация структур сердца производилась из парастернального и верхушечного доступов по длинной и короткой осям в положении пациента лежа на левом боку или спине. Ультразвуковое исследование щитовидной железы проводилось на аппарате «Acuson / Sequoia - 512» США по стандартной методике с применением цветового доплеровского картирования щитовидной железы для оценки паренхиматозного кровотока и наличия или отсутствия зон гипер- или гиповаскуляризации очагового характера.

У обследованных нами подростков отсутствовали как клинические (по опроснику ВОЗ, физикальное обследование), так и функциональные (ФВД и др.) проявления хронических обструктивных заболеваний легких.

При статистическом анализе данных использовалась система статистического анализа SAS (Statistical Analysis System). Применялись стандартные методы вариационной статистики при помощи программ STATISTICA и BIostat с использованием пакета стандартных статистических программ.

Результаты и их обсуждение

Категория неспецифических изменений сегмента S-T (коды 4-2,3) и конечной части желудочкового комплекса зубца T (коды 5-3,2) выявлялась в 4,5 раза чаще у мальчиков, чем у девочек, частота ее составила соответственно 10,6 и 2,3%. Обращает на себя внимание высокая частота ЭКГ признаков гипертрофии правого желудочка сердца (5,8%) и отклонений электрической оси сердца вправо (20,7%) (табл. 1).

Высокую частоту встречаемости данной морфофункциональной перестройки в условиях Арктики подтвердили в своих исследованиях J. Bligh, D. Чауса (16), наблюдавшие легочную гипертензию как у человека, так и у животных, а также С.Л. Совершаева (13), обнаружившая данный комплекс изменений у значительной части коренных жителей Архангельской области. Нарушения ритма при гипертрофии миокарда правого желудочка сердца встречались у 53,3% подростков, а при гипертрофии миокарда левого желудочка аритмии регистрировались у 34,8% обследованных. В целом аритмии сердца регистрировались у 19,9% обследованных.

Таблица 1

Изменения ЭКГ среди подростков 14 лет г. Ханты-Мансийска

Градации по Миннесотскому коду	Частота выявления (%)
Неспецифические рубцовые изменения (коды 1-3-3, 1-2-8)	0,4
Неспецифические изменения сегмента S-T (коды 4-2,3) и конечной части желудочкового комплекса зубца T (коды 5-3,2)	6,6
Гипертрофия правого желудочка сердца (коды 3-2; 2-3, 9-4-2)	5,8
Отклонение электрической оси сердца вправо (коды 2-3)	20,7
Гипертрофия левого желудочка (коды 3-3, 3-1)	8,8
Нарушения атриовентрикулярной проводимости I –II степени (коды 6-3, 6-2-1,2,3)	0,4
Экстрасистолическая аритмия (коды 8-1-3, 8-9)	5,3
Синусовая аритмия	32,2
Аритмии всего (коды 6-1,2,3,4,5,6,8; 7-1,2,3,4,5,6,7,8; 8-1,2,3,4,5,6).	19,9
Неполная блокада правой ветви пучка Гиса (коды 7-3, 7-5)	13,4
Полная блокада правой ножки пучка Гиса (коды 7-2)	0,8
Миграция водителя предсердного ритма (коды 8-1-4)	6,1
CLC (коды 6-5)	2,8
Синусовая тахикардия ЧСС \geq 100 в мин. (коды 8-7)	8,4
Синусовая брадикардия ЧСС \leq 50 в мин. (8-8)	1,5
Синдрома ранней реполяризации (коды 9-2)	7,7
Симптомы ваготонии (коды 9-5)	1,2

Таблица 2.

Морфологические изменения сердца и крупных сосудов (по результатам ЭхоКГ) у подростков 14 лет г. Ханты-Мансийска

Характер поражения сердца и сосудов	Частота выявления - абс./ %	
Без патологии	129	49,4
Аномально расположенная хорда левого желудочка (АХЛЖ)	86	33,0
Пролапс митрального клапана (ПМК)	16	6,1
Сочетание АХЛЖ+ПМК	17	6,5
Органические поражения, в т.ч.:	13	5,0
аортальных створок	4	1,5
ДМПП	1	0,4
ОАП	2	0,8
Тетрада Фалло	1	0,4
ДМЖП (после пластики)	1	0,4
Дисфункция митрального клапана	2	0,8
Признаки систолической перегрузки правого желудочка	2	0,8
Всего	261	100

Нарушение функции автоматизма проявлялось выраженной синусовой аритмией (32,2%). Выраженность синусовой аритмии, прежде всего, свидетельствует об активности парасимпатических влияний на ритм сердца (17). Экстрасистолическая аритмия (коды 8-1-3, 8-9) выявлена - у 5,3%. Известно, что единичные экстрасистолы могут возникать и у практически здоровых людей в случае повышения

возбудимости миокарда желудочков, например, при повышении тонуса симпатической системы (1,8). Синусовая тахикардия в 2 раза чаще регистрировалась у девочек, чем у мальчиков ($p=0,0014$). Другие типы аритмий выявлялись в единичных случаях. Считается, что ваготония, свойственная пубертатному периоду, приводит к развитию аритмий, которые в таком случае рассматриваются как естественная реакция

Таблица 3.
Морфологические изменения щитовидной железы среди подростков
14 лет г. Ханты-Мансийска

Характер изменений	Частота выявления абс. / %	
Без патологии	155	59,4
Фокальные изменения щитовидной железы	83	31,8
Диффузные изменения щитовидной железы	12	4,6
Узловые образования	7	2,7
Гипоплазия левой доли	2	0,8
Кисты	3	1,1
Всего изменения	106	40,6

подросткового сердца – преобладание тонуса вагуса - «подростковая норма». Синдром ранней реполяризации желудочков выявлялись почти в 4 раза чаще у мальчиков, по сравнению с девочками аналогичного возраста, а высокий остроконечный зубец Т в основном регистрировались у мальчиков. Поскольку фаза реполяризации является периодом наибольшей уязвимости миокарда (10), некоторые авторы предлагают идею использования амплитуды зубца Т в донозологической диагностике напряжения миокарда. Действительно, нарушения биоэлектрической функции миокарда, касающиеся конечной части желудочкового комплекса в виде гигантских, остроконечных зубцов Т, преимущественно, в правых грудных отведениях (V_1, V_2), нередко обнаруживаются в Северных районах у лиц считающихся здоровыми, и объясняются гиперреакцией симпатoadреналовой системы на воздействие холода (7,6). Наши исследования показали, что практически у половины детей, при ЭхоКГ исследовании, обнаружены морфологические изменения структур сердца и крупных сосудов (таблица 2). Преобладали малые аномалии развития в виде изолированной аномально расположенной хорды левого желудочка – у трети детей (33,0%), пролапс митрального клапана – 6,1%, а также их сочетание (6,5%). У 5 % детей диагностированы пороки сердца и клапанов аорты, признаки систолической перегрузки правого желудочка.

При ЭхоКГ обследовании 261 подростков без органической патологии сердца с подозрением на наличие аритмии ПМК был выявлен у 33 (12,6%) пациентов, (26 (10%) подростка без нарушений ритма сердца и 7 (2,3%) подростков с аритмиями), у 1 из этих пациентов ПМК сочетался с аортальным стенозом без нарушений гемодинамики. Среди пациентов с такими аритмиями как миграция водителя

предсердного ритма, экстрасистолия, синдром СЛС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, подростки с ПМК составляли от 23%. Несколько больше, частота выявления ПМК была в группе пациентов с неполной блокады правой ножки пучка Гиса (15,4%). ПМК выявлялась в 1,4 раза чаще у девочек, чем у мальчиков. Эти данные, на наш взгляд, свидетельствуют о том, что в целом аритмический синдром у подростков не определяется наличием или отсутствием ПМК. При проведении ЭхоКГ исследования мы выявили ложные хорды левого желудочка (ЛХЛЖ) у 86 (34,1%) пациентов, (68 (26,1%) подростков без нарушений ритма и 18 (6,7%) подростков с нарушениями ритма сердца), у 2 из этих пациентов ЛХЛЖ сочетался с дисфункцией митрального клапана, и в 1 случае с признаками систолической перегрузки правого желудочка сердца без нарушений гемодинамики. Ложные хорды левого желудочка в 1,3 раза чаще выявлялись у девочек, чем у мальчиков. В связи с тем, что в обследованной нами группе подростков, подозрительных на аритмию, ЛХ левого желудочка были выявлены нами у большого числа подростков (6,7 % от всех обследованных), мы проанализировали результаты клинического и инструментального обследования подростков с аритмиями и ЛХЛЖ с учетом характера аритмического синдрома, клинической симптоматики и гемодинамических характеристик. Ложные хорды ЛЖ не были ассоциированы у подростков с определенным типом аритмий, но обращало на себя внимание частое выявление ЛХЛЖ у пациентов с неполной блокадой правой ножки пучка Гиса, а также выявление у пациентов с ЛХЛЖ синдрома СЛС. Сочетание ПМК и ЛХЛЖ выявлено у 16 детей (6,1%). В результате проведенного исследования установлено, что нарушения ритма сердца и проводимости диагностируются по данным ЭКГ у 31,3% детей с сочетанием ПМК и ЛХЛЖ.

Снижение сократимости левого желудочка ассоциировалось с достоверным снижением степени систолического утолщения МЖП. У этих же пациентов отмечено достоверное увеличение толщины МЖП в сравнении с лицами без нарушения ритма (9.0 и 8.0 мм, $p < 0.05$). Таким образом, у пациентов с длительно существующей аритмией нами обнаружены признаки нарушения сократительной функции левого желудочка за счет снижения сократительной способности МЖП. Предикторами возникновения нарушений ритма и проводимости сердца у подростков без органической патологии сердца являются: ПМК, ЛХЛЖ, утолщение МЖП и/или ЗСЖ > 9 и 10 мм соответственно; увеличение размеров ЛП > 30 мм.

При клиническом обследовании подростков без органического поражения сердца (табл.3), у 83 подростков была выявлена фокальные изменения щитовидной железы и у 12 подростков диффузные изменения щитовидной железы. Узловые образования и гипоплазия левой доли щитовидной железы выявлены соответственно у 2 и 3 подростков. Кисты щитовидной железы обнаружены у 3 подростков. Было установлено, что у подростков с нарушениями ритма сердца чаще всего встречается фокальные и диффузные изменения щитовидной железы, что необходимо учитывать при составлении плана обследования подростка с нарушениями ритма сердца.

Заключение:

Выявлена патология в 45,6% случаев в виде малых аномалий развития (аномальные хорды левого желудочка и пролапс митрального клапана) и 5% - органическая патология сердца и крупных сосудов. По результатам скрининг-ЭКГ исследования, распространенность нарушений ритма и проводимости сердца у детей пубертатного возраста составила - 19,9%, причем аритмии сердца заметно чаще выявлялись у мальчиков по сравнению с девочками аналогичного возраста. Пубертатный период характеризуется максимальной частотой встречаемости синусовой аритмии, экстрасистолической аритмии, неполной блокады правой ножки пучка Гиса, миграции водителя ритма и синдрома ранней реполяризации желудочков. Предикторами возникновения нарушений ритма и проводимости сердца у подростков без органической патологии сердца являются: ПМК, ЛХЛЖ, утолщение МЖП и/или ЗСЖ > 9 и 10 мм

соответственно; увеличение размеров ЛП > 30 мм, морфологические изменения щитовидной железы. У подростков с нарушениями ритма сердца чаще всего встречается фокальные и диффузные изменения щитовидной железы, что необходимо учитывать при составлении плана обследования подростка с нарушениями ритма сердца.

Литература:

1. Аббакумов С.А., Романов М.М., Стас М. Синдром преждевременной реполяризации желудочков // Кардиология. —1979. -№ 7. — С. 82-86.
2. Абдурасулов К.Д. Особенности перестройки правых отделов сердца и нарушения ритма у спортсменов в условиях высоких широт Крайнего Севера // Вопросы полярной медицины. 2009. №1(16). с 8-11.
3. Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Болезни сердца и сосудов у детей. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1987. -Т. 2,-480 с.
4. Буганов А.А. Вопросы профилактической медицины в Ямальском регионе. — Надым, 2002.-417 с.
5. Голикова О.И. Профилактика нарушений состояния здоровья детей в условиях Крайнего Севера // Гигиена и санитария. 1998. - № 3. - С. 18-20.
6. Давиденко В.И. Функциональный резерв сердечно-сосудистой системы при адаптации и патологии человека на Крайнем Севере и в Антарктиде.: Дис.... д-ра мед. наук. - Новосибирск., 1996. -183 с.
7. Домбровский А., Пиотрович Р. Нарушение сердечного ритма при синдроме ранней реполяризации желудочков // Кардиология. -1986. -№ 11. - С. 102-103.
8. Кубергер М.Б. Руководство по клинической электрокардиографии детского возраста. - Л.: Медицина, 1983. - 368 с.
9. Малявская С.И., Торопыгина Т.А., Триль В.Е., Терновская В. А. Распространенность метаболических факторов риска в популяции школьников г. Архангельска // Экология человека. 2001. - № 4. - С. 51-54.
10. Орлов В.Н. Руководство по электрокардиографии. М.: Медицина, 1984.-528С.
11. Осолкова М.К., Куприянова О.О. Электрокардиография у детей-М: МЕДпресс, 2001. - 352 с.
12. Рожавский Л.А., Широкова Г.А., Гусева Н.А. Анализ состояния здоровья детей в сельской местности Севера // Экология человека. 1997. -№3. - С. 56-58.
13. Совершаева С.Л. Северная легочная гипертензия жителей Архангельской области // Легочные артериальные гипертензии. - М., 1982. - С. 47-49.
14. Тёмная В.И. Состояние здоровья и пути оздоровления детей Крайнего Севера: Автореф. Дис.... канд. мед. наук. Москва, 1999. - 24 с.
15. Чибуряев В.И., Грачёва Я.Р., Платонова А.Г. и соавт. Санитарно-эпидемиологические проблемы северных регионов России // Здоровье населения и среда обитания. 1998.-№ 8.-С.11-14.
16. Bligh J., Chauca D. Effects of hypoxia, cold exposure and fever on pulmonary artery pressure, and 117 their significance for Arctic residents / Circumpolar health:Proc.5th Intern. Symp. - Copenhagen, 1981. - P. 606-607.
17. Grossman P.A., Van Beek J., Wientjes C. Comparison of three quantification methods for estimation of respiratory sinus arrhythmia // Psychophysiology. -1990. - Vol. 27. -P. 702-714.
18. Rose G.A., Blackburn H. и др. Эпидемиологические методы изучения сердечно – сосудистых заболеваний. 2-е издание ВОЗ, Женева 1984.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Абдыраева Б.Р.

Ошский областной центр по профилактике и борьбе со СПИДом
Ош, Кыргызская Республика

Резюме. В работе приведены результаты анализа приверженности и эффективности антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у женщин и детей в Кыргызской Республике. Из 1283 женщин с ВИЧ, только каждая четвертая женщина (25,4%) и каждый второй (56,9%) ребенок с ВИЧ получали АРТ.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, женщины, дети.

АЯЛДАР ЖАНА БАЛДАРДЫН ВИЧ-ИНФЕКЦИЯГА КАРШЫ ДАРЫЛООГО ЫНАНГАНДЫГЫН ЖАНА АНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛО

Абдыраева Б.Р.

СПИД оорусунун алдын алуу жана күрөшүүчү Ош аймактык борбору
Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул эмгекте Кыргыз Республикасындагы аялдар жана балдардын ВИЧ-инфекцияга каршы дарылоого ынангандыгынын жана анын натыйжалуулугун талдоонун жыйынтыгы көрсөтүлгөн. 1283 ВИЧ-оорулуу аялдардын ичинен 25,4% аял жана 56,9% бала гана ВИЧ-ке каршы дарыланган.

Негизги сөздөр: ВИЧ-инфекциясы, ретровируска каршы дарылоо, аялдар, балдар

ASSESSMENT OF EFFECTIVENESS OF AND COMMITMENT TO ANTIRETROVIRAL THERAPY IN WOMEN AND CHILDREN WITH HIV INFECTION

Abdyraeva B.R.

Osh Region Centre for AIDS Prevention and Control
Osh, Kyrgyz Republic

Resume. Results of the study on the commitment to and effectiveness of HIV antiretroviral therapy in women and children in Kyrgyz Republic are presented. Out of 1283 women with HIV, only every fourth woman (25.4%) and every other (56.9%) child with HIV received antiretroviral therapy.

Key words: HIV infection, antiretroviral therapy, women, children.

ВИЧ - инфекция – медленно прогрессирующее антропонозное заболевание с контактным путём передачи, характеризующееся поражением иммунной системы с развитием СПИДа [1].

Нами проведён ситуационный анализ антиретровирусной терапии (АРТ) ВИЧ-инфекции у женщин и детей в Кыргызской Республике в рамках совместного плана Детского Фонда ООН (UNICEF) и Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, с целью улучшения организации АРТ при ВИЧ-инфекции у женщин и детей; выявить, имеющиеся проблемы/барьеры и разработать рекомендации по их решению.

Материалы и методы.

Для решения поставленных цели и задач проведено проспективное когортное исследование с включением ретроспективной модели и вторичным анализом информации, находящейся в базах данных Центров семейной медицины (ЦСМ) и Областных центров по профилактике и борьбе со СПИДом (ОЦПБС) всех регионов республики и городов Бишкек и Ош. Исследуемой популяцией были женщины и дети с ВИЧ-инфекцией, проживающие и состоящие на учёте в ЦСМ и службах СПИД. Для этого было проведено неформализованное интервью 87 медицинских работников республики, предоставляющих медицинские услуги ВИЧ-

инфицированным женщинам и детям с 9 сентября по 20 октября 2013 года, а также аудит 572 медицинских карт.

Сбор данных проводился из следующих источников:

- базы данных РЦ «СПИД», ГЦПБС, ОЦПБС, ЦСМ;
- амбулаторные карты женщин и детей с ВИЧ;
- журнал результатов лабораторных исследований на CD4+, вирусную нагрузку (ВН);
- журнал учёта и выдачи АРВ - препаратов (АРВП) для проведения АРТ;
- журнал учёта и выдачи лекарственных средств, для профилактики и лечения оппортунистических инфекций (ОИ).

Перед началом исследования разработан и апробирован вопросник на медицинских работниках, проводящих АРТ. Анкета включала следующие вопросы: наличие АРВП и лекарственных средств, для лечения и профилактики ОИ, причины смены схем лечения, приверженности, регистрация побочных эффектов антиретровирусных препаратов, мониторинг эффективности проводимой терапии.

Опрос медицинских работников проводился нами в ЦСМ/ГСВ, городских и областных центрах профилактики и борьбы со СПИДом.

Результаты исследования.

Оптимальная медицинская помощь подразумевает комплексный подход, призванный в максимальной мере обеспечить физическое и психическое здоровье лиц с хроническим заболеванием – ВИЧ-инфекцией. Основу лечения ВИЧ-инфекции составляет антиретровирусная терапия, являющаяся единственным возможным способом продления жизни лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), улучшения ее качества и снижения передачи вируса другим людям. АРТ должна быть направлена на подавление репликации ВИЧ при минимальном риске ранних и отдалённых побочных эффектов и возникновения лекарственной устойчивости возбудителя, а также при минимальных нарушениях обычного образа жизни. Подавление репликации ВИЧ позволяет восстановить функцию иммунной системы, обеспечить нормальное физическое и психическое развитие ЛЖВ, свести к минимуму риск возникновения оппортунистических инфекций и онкологических заболеваний, а также заболеваемость и смертность.

Основным принципом АРТ является предоставление комплексной помощи ЛЖВ. Текущая медицинская помощь и диспансерное наблюдение оказываются врачами ГСВ, которые наблюдают за течением ВИЧ-инфекции и оценивают показания для начала АРТ, совместно со специалистами отдела организации диспансерного наблюдения (ОДН) службы СПИД.

В Кыргызской Республике АРВ-терапия ЛЖВ проводится с марта 2005 года. Схемы лечения ЛЖВ утверждены клиническими протоколами. При этом используются комбинации АРВП в фиксированных дозах, в виде комбинированных препаратов в качестве предпочтительного подхода для проведения АРТ женщинам, подросткам и детям старше трёх лет. Для детей моложе 3 лет предпочтительной является схема лечения на основе ингибиторов протеазы (ИП).

Оценка ситуации по эффективности АРТ женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией в Кыргызстане проводилась впервые.

Углубленное изучение данного вопроса установило, что к 01.10.2013 года выявлено 4808 ЛЖВ, в том числе 1283 женщин и 485 детей. Более половины женщин с ВИЧ (53,5%) были выявлены в южном регионе страны.

В то же время, абсолютное большинство детей с ВИЧ-инфекцией (80,8%) проживали в Ошской области и городе Ош, а всего в южном регионе – 459 (94,6%) детей, от общего количества ВИЧ-инфицированных детей в стране, в связи с внутрибольничной вспышкой данной инфекции в детских стационарах Ошской области.

В республике согласно клиническим протоколам «АРТ у взрослых и подростков» и «ППМР», утверждённого Приказом МЗ КР №388 от 10 июля 2012 года, «ВИЧ-инфекция у детей», АРВП рекомендуется и проводится ЛЖВ при уровне лимфоцитов CD4 350 клеток/мл или менее.

В 2005 году по республике АРТ получали 48 человек, а в 2006 году – всего 47. К 2007 году число лиц, получающих АРТ увеличилось почти вдвое и составило 87 ЛЖВ. Это было обусловлено внутрибольничной вспышкой ВИЧ-инфекции среди детей южного региона, вследствие которой 26 детям с ВИЧ назначена АРТ. В 2008 году на АРТ находились уже 41 ребёнок и 25 женщин.

Количество лиц, получающих АРТ, из года в год увеличивается и на 1.10.2013 года 952

Таблица 1-2

Ситуация по АРТ среди женщин и детей КР (по годам)

Годы	Всего женщин состояли на учёте	Получали АРТ	%	Прервали АРТ	%
2007	259	10	3,9	2	20,0
2008	380	25	6,6	5	20,0
2009	521	50	9,6	5	10,0
2010	653	95	14,5	9	9,5
2011	790	142	18,0	35	24,6
2012	1005	213	21,2	22	10,3
2013	1154	326	28,2	32	9,8

Годы	Всего детей состояли на учёте	Получали АРТ	%	Прервали АРТ	%
2007	51	26	51,0	3	11,5
2008	142	64	45,1	6	9,4
2009	185	108	58,4	2	1,85
2010	227	137	60,4	4	2,9
2011	318	313	98,4	10	3,2
2012	359	222	61,8	4	1,8
2013	447	276	61,7	4	1,4

ЛЖВ, в том числе 326 женщин (28,2%) и 276 (61,7%) детей, получали АРТ (табл.1-2).

Вместе с тем, был довольно высок удельный вес женщин, прервавших, по разным причинам, антиретровирусную терапию (9,5%-24,6%), тогда как, аналогичный показатель у детей был достоверно ниже (1,4-11,5; $P < 0,001$).

Это объясняется отсутствием миграции в данной популяции, целенаправленным активным выявлением, нуждающихся в АРТ, компактным проживанием детей с ВИЧ-инфекцией, ограниченными определёнными районами (Карасуйский, Ноокатский, г. Ош), эффективным мониторингом лечения.

В связи с кумулятивным характером сбора информации по получающим АРТ, выделить число нуждающихся в лечении пациентов в стране на текущий момент не представилось возможным.

В целом по республике из 1283 женщин с ВИЧ, только каждая четвертая женщина (25,4%) получала АРТ. Ситуация значительно хуже в Чуйской области, где на АРТ находятся, только 15,2% женщин с ВИЧ, Нарынской области – одна из 15 женщин и Иссык-Кульской области – четверо из 30 женщин (рис. 1).

Несколько лучше охват АРТ среди детей с ВИЧ (рис. 2). В стране АРТ получает каждый

второй (или 56,9%) ребёнок с ВИЧ. Довольно высокий охват АРТ детей с ВИЧ достигнут в г. Бишкек и Баткенской области.

Аудит медицинской документации показал, что только 30% медицинских работников методом опроса оценивают уровень приверженности ЛЖВ, получающих АРТ, хотя при каждом посещении ЛЖВ медицинский работник должен оценить уровень приверженности путём расчета по соответствующей формуле (Клинический протокол по АРТ от 2012 г.). Только у 25% ЛЖВ в амбулаторной карте имелась отметка об оценке приверженности в %.

Углубленный анализ ситуации по АРТ за 2012 год (табл.3) выявил неоднозначную приверженность к АРТ женщин и детей: в этом году лечение получали 691 ЛЖВ, в т. ч. 213 женщин и 222 детей. Из них продвинутую стадию ВИЧ-инфекции имели 72,9% ЛЖВ. Среди женщин эта стадия ВИЧ-инфекции диагностирована у более половины из них (52,6%), среди детей – у 82,9%.

От общего числа ЛЖВ, получающих АРТ, у 5,5% больных лечение АРВП было прекращено в связи с их смертью, 4,8% ЛЖВ отказались от лечения, единичные больные прервали приём АРВП из-за их побочных реакций.

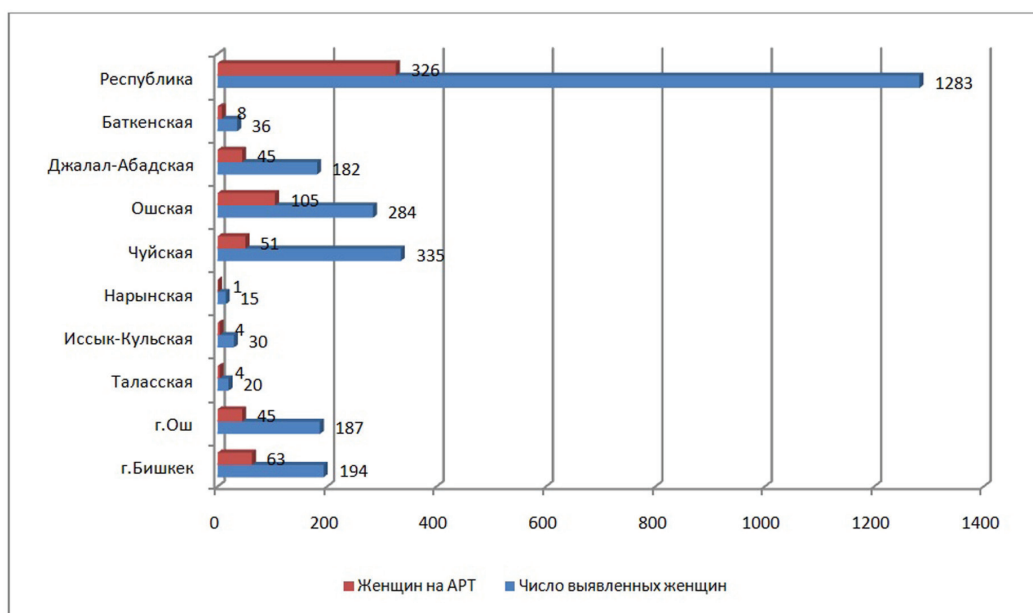


Рис. 1 Число выявленных в городах и областях случаев ВИЧ-инфекции среди женщин и предоставление им АРТ на 01.10.2013г.

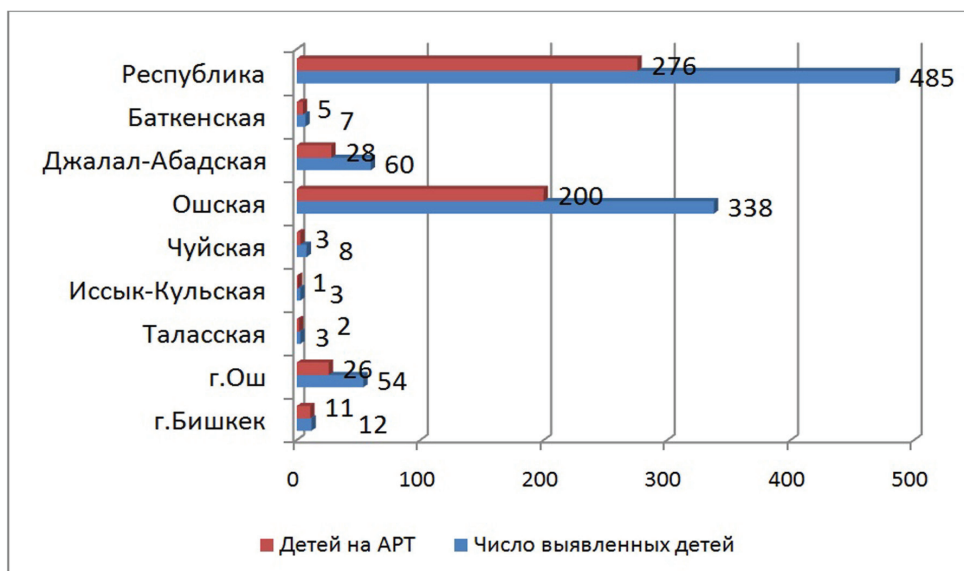


Рис. 2 - Число выявленных в городах и областях случаев ВИЧ-инфекции среди детей и предоставление им АРТ на 01.10.2013г.

Таблица 3.
Ситуация по АРТ в Кыргызстане за 2012г.

Группы ЛЖВ	Получали АРТ	АРТ прекращена в связи со смертью	Прекратили АРТ			III-IV стадии ВИЧ-инфекции
			Всего	по причине		
				отказа	побочных реакций	
Всего ЛЖВ	691	38 (5,5%)	34 (4,9%)	33 (4,8%)	1 (0,1%)	504 (72,9%)
В т.ч. женщины	213	8 (3,8%)	17 (7,9%)	16 (7,5%)	1 (0,5%)	112 (52,6%)
В т.ч. дети	222	3 (1,4%)	1 (0,5%)	1 (0,5%)	0	184 (82,9%)

АРТ прекращена в связи со смертью у 3,8% женщин; 7,9% женщин отказались от лечения АРВП, в том числе по причине непереносимости препаратов, только 0,5%.

Приверженность лечению АРВП у детей оказалась значительно лучше, чем у женщин: из 222 детей АРТ прервана у 3 детей (1,4%) в связи со смертью и только у одного ребёнка по причине отказа (0,5%).

Таким образом, несмотря на то, что более половины ВИЧ-инфицированных женщин находятся на продвинутой стадии заболевания, только каждая четвертая получает АРТ. В 2012 году из 213 ВИЧ-инфицированных женщин, получавших АРТ - 11,7%, прервали лечение; несколько лучше обстоит приверженность лечению АРВП у детей.

С целью обеспечения качества и доступности специализированной комплексной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям, необходимо создание организационной системы по оказанию и содействию в получении комплекса медицинских, социальных и психологических услуг, направленных на организацию индивидуальной работы с семьями, повышение информированности специалистов ПМСП, системы образования в вопросах ВИЧ-инфекции, создание мультидисциплинарной команды специалистов для оказания комплексной помощи детям и семьям в приверженности к АРТ.

Литература:

1. Ющук Н.Д., М.М. Гаджикулиева, Г.В. Волгина, К.А. Кочарян *Нефротоксические эффекты АРВ-препаратов (часть 2) // Инфекционные болезни.-2011.- том. 9. - № 2.- С.73-81.*

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ

Алиева Г.М., Чечетова С.В.,
Урманова А.К., Кадырова Р.М.

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

Резюме. Проведен анализ историй болезни 54 детей, больных ветряной оспой. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности течения болезни у детей в разных возрастных группах. Описана микст-инфекция ветряной оспы с другими заболеваниями. Представлены осложнения ветряной оспы и их влияние на течение основного заболевания. Рассмотрены основные методы лечения ветряной оспы у детей.

Ключевые слова: ветряная оспа, клиника, диагностика, лечение.

БАЛДАРДА КЕЗДЕШКЕН СУУ ЧЕЧЕК ДАРТЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Алиева Г.М., Чечетова С.В.,
Урманова А.К., Кадырова Р.М.

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

Корутунду. 54 суу чечек дарты менен ооруган балдардын оору баяны изилденген. Ар бир жаштагы дарттын клиника-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү аныкталган. Суу чечек оорусунун башка оорулар менен чогуу кездешкен түрлөрүнүн клиникалык өзгөчөлүктөрү жазылган. Суу чечек оорусунун өтүшкөн түрлөрү жана анын башкы ооруга таасири белгиленген. Балдар арасында кездешкен бул оорунун негизги дарылоо ыкмасы жазылган.

Негизги сөздөр: суу чечек, клиника, дартты аныктуу, дарылоо.

FEATURES OF THE CHICKEN POX AT CHILDREN

Alieva G. M., Chechetova S.V., Urmanova A.K., Kadyrova R.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The analysis of the literary data of 54 children sick of a chicken pox is carried out. Clinical-epidemiological features of a clinical course at children in different age groups are revealed. Mikst-infections of a chicken pox with other diseases are described. Complications of a chicken pox and their influence on a current of the basic disease are presented. The basic methods of treatment of a chicken pox at children are considered.

Key words: a chicken pox, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

Введение.

Ветряная оспа (varicella) – это острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, а также сыпью на коже и слизистых оболочках в виде мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Возбудителем ветряной оспы является вирус семейства Herpesviridae — варицелла-зостер (Varicella Zoster), который является причиной двух заболеваний: ветряной оспы, возникающей преимущественно в детском возрасте, и опоясывающего герпеса (опоясывающий лишай), клинические проявления которого наблюдаются, как правило, у людей зрелого возраста [6,10], часто в период иммунодефицитного статуса [1].

Высокая контагиозность больного представляет эпидемическую опасность с

конца инкубационного периода и до отпадения корочек [2]. Восприимчивость к ветряной оспе уникальна — она составляет 100 % среди не болевших лиц. Заболевают в основном дети, взрослые болеют ветряной оспой редко [4]. Вирус быстро распространяется в закрытых помещениях и с легкостью передается воздушно-капельным путем через слизистые оболочки глаз и верхних дыхательных путей, потому заболевание и получило название – ветрянка [9,11]. Актуальность проблемы определяется тем, что эта инфекция в нашей стране относится к числу неуправляемых инфекций и высоким уровнем заболеваемости, повсеместным распространением, повышением удельного веса в общей инфекционной патологии, значительным экономическим ущербом, малой эффективностью реализуемых на практике мер

профилактики (изоляция больных, карантин).

Обычно ветряная оспа протекает доброкачественно, но при развитии атипичных форм: буллезной, пустуллезной, геморрагической, гангренозной, висцеральной формы заболевания возможны летальные исходы [3,7]. В определении тяжести проявления болезни играет большую роль такие осложнения, как энцефалит, миокардит, пиодермии, лимфадениты, отит, пневмония.

Специфические лабораторные исследования не доступны из-за отсутствия бюджетных средств, поэтому диагностика ветряной оспы проводится с учетом эпиданамнеза и типичной клинической картины заболевания [5].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей течения ветряной оспы у детей на современном этапе.

Материалы и методы исследования

Нами проведен ретроспективный анализ 54 истории болезни детей в возрасте от рождения до 15 лет с клиникой ветряной оспы, находившихся на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) в 2013 году.

Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические методы исследования, а также статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение

По данным Республиканской клинической инфекционной больницы г. Бишкек, за прошедший 2013 год, в больнице на стационарном лечении с диагнозом ветряная оспа находилось 170 человек, из них дети до 15 лет - 135 человек. Нами проведен анализ 54 истории болезни детей в возрасте от рождения до 15 лет.

Проведенный анализ возрастной структуры детей с ветряной оспой выявил преобладание детей дошкольного возраста (от 1 года до 6 лет) – 51,8%, дети до года составили 33,4% и дети школьного возраста (от 7 до 15 лет) – 14,8%. Эти данные свидетельствуют об увеличении в возрастной структуре детей до одного года, у которых не было или не сохранился материнский иммунитет против ветряной оспы.

По половой принадлежности больных существенных различий установлено не было, с одинаковой частотой встречались как мальчики (48,1%), так и девочки (51,9%). Среди заболевших

детей преобладали жители города (79,6%), тогда как жители села составили 20,4%.

Больные с ветряной оспой встречались в течение всего года (рис.1), но наибольший подъем заболеваемости был отмечен в зимние месяцы (27,7%), а также в июне и июле (25,3%).

Больные, в основном, обращались за медицинской помощью в первые 4 дня болезни (62,9%). При изучении структуры клинических диагнозов детей с ветряной оспой, было установлено, что диагноз «ветряная оспа», как моно-инфекция, выставлен у 83,7% больных, а в 16,3% случаев болезнь протекала как микст-инфекция, в сочетании с другими инфекционными заболеваниями (рис.2). Структура микст-инфекции включала в себя сочетание ветряной оспы с энтероколитом неуточненной этиологии (5,5%), со скарлатиной (3,6%), с вирусным гепатитом А (ВГА; 3,6%), а также с острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ; 3,6%).

Дети с отягощенным анамнезом преморбидным фоном составили 14,9%. Ветряная оспа у детей в большинстве случаев (57,4%) протекала в среднетяжелой форме, больные с тяжелой формой составили 42,6%.

Заболевание во всех изученных случаях начиналось остро, сопровождалось повышением температуры тела, симптомами интоксикации и появлением полиморфных высыпаний (пятна, папулы, везикулы, корочки) на коже по всему телу, включая волосистую часть головы, где обязательно должен быть типичный элемент ветряной оспы - везикула.

У 53,7% больных ветряной оспой детей температура была субфебрильной, и только в 7,4% случаев доходила до 40°C. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила $3,9 \pm 1,1$ дня. Появление высыпаний отмечалось в течение первых 3-4х дней болезни и сопровождалось кожным зудом.

Осложненное течение ветряной оспы наблюдалось у 37,0% больных детей. В основном, развитие осложнений было связано с наложением вторичной бактериальной инфекции. В группу бактериальных осложнений (рис.3) вошла пиодермия (19,0%), пневмония (12,9%), флегмона (3,7%), рожистое воспаление (1,8%), остеомиелит (1,8%), гнойный тонзиллит (1,8%).

Следует отметить, что тяжелые гнойно-септические осложнения ветряной оспы (флегмона в различных областях тела,

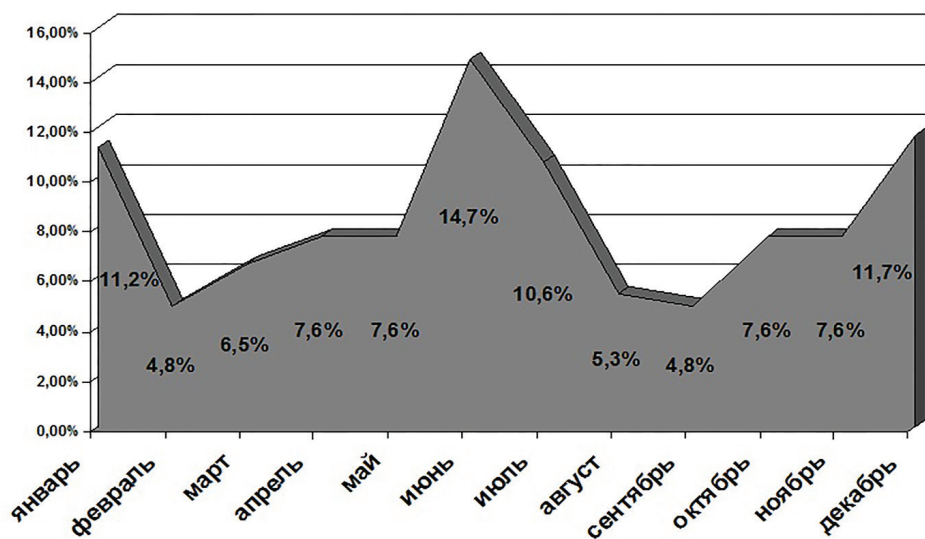


Рис.1. Сезонность ветряной оспы у детей.

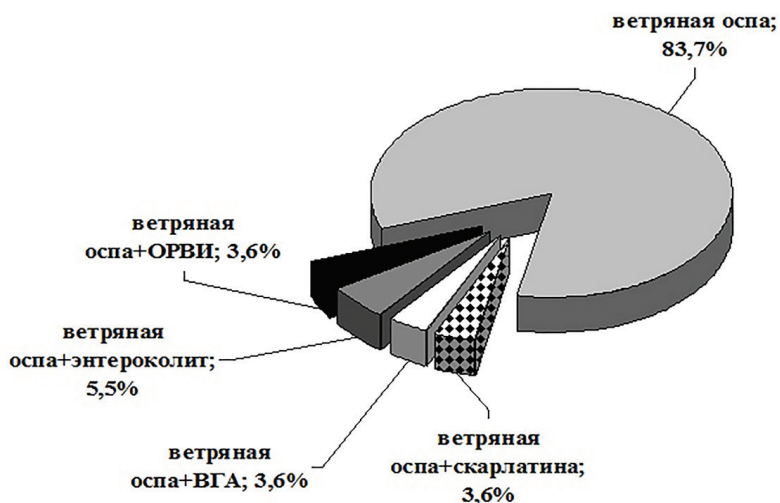


Рис.2. Структура клинического диагноза у детей.

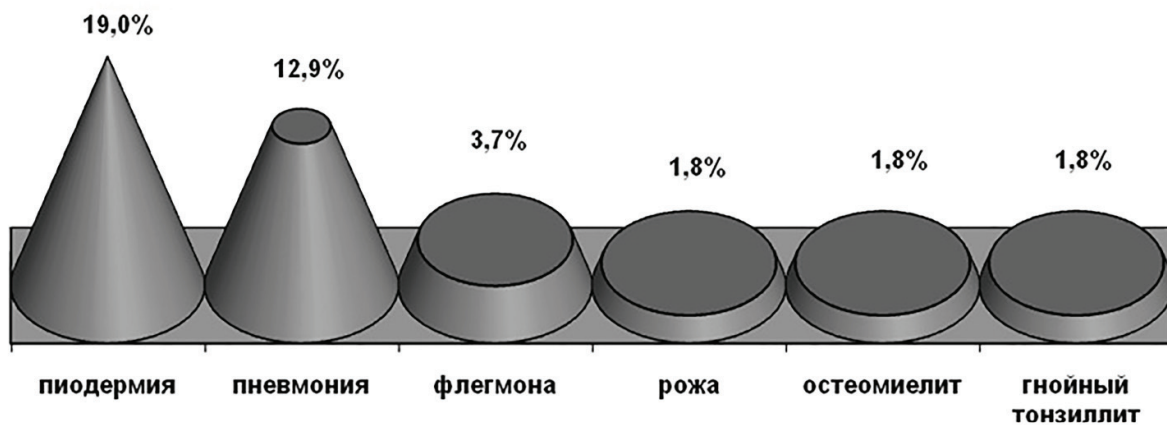


Рис.3. Частота развития гнойно-септических осложнений у детей на фоне течения ветряной оспы.

Клинико-лабораторные показатели ветряной оспы у детей различной возрастной группы

Показатели	дети до 1 года M±m (1)	дети от 1 года до 6 лет M±m (2)	дети от 7 до 15 лет M±m (3)	P
День болезни при поступлении в стационар	3,5±1,1	4,8±1,1	4,4±1,1	P1-2>0,05 P1-3>0,05 P2-3>0,05
<i>Тяжесть (%)</i> :				
тяжелая форма	36,8±10,1	35,7±9,0	75,0±15,3	P1-2>0,05 P1-3<0,05 P2-3<0,05
среднетяжелая форма	57,9±10,1	64,3±9,0	25,0±2,3	P1-2>0,05 P1-3<0,05 P2-3<0,05
Длительность лихорадки (дни)	3,5±1,1	4,0±1,2	4,6±1,5	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
Частота микст-инфекции (%)	11,1±1,8	25,0±1,0	25,0±2,0	P ₁₋₂ <0,05 P1-3<0,05 P ₂₋₃ >0,05
Частота осложнений (%)	33,3±3,1	42,9±8,3	25,0±2,3	P1-2>0,05 P1-3<0,05 P2-3<0,05
Койко-дни	5,4±1,2	5,2±1,4	5,1±1,3	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
<i>Общий анализ крови:</i>				
гемоглобин	124,8±29,8	121,3±14,2	132,7±15,6	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
эритроциты	3,7±0,8	3,8±1,2	3,9±0,4	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
лейкоциты	7,1±1,5	7,9±2,2	6,1±2,0	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
сегментоядерные	37,6±2,1	48,4±1,8	51,6±3,3	P ₁₋₂ <0,05 P1-3<0,05 P ₂₋₃ >0,05
лимфоциты	54,7±7,1	44,7±1,3	35,9±2,5	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ <0,05 P2-3<0,05
СОЭ	4,3±1,1	7,1±0,1	8,7±1,3	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ >0,05

остеомиелит) наблюдались, в основном у детей до одного года, и представляли угрозу для жизни ребенка, хотя другие гнойно-септические осложнения преобладали у детей дошкольного возраста.

Все исследуемые нами случаи ветряной оспы у детей мы разделили на три группы, в зависимости от возраста ребенка. В первую группу вошли дети в возрасте до одного года, вторую группу составили дети дошкольного возраста (1-6 лет) и третья группа была представлена детьми школьного возраста (7-15 лет). Результаты сравнительной характеристики по некоторым клинико-лабораторным показателям в представленных трех группах отражены в таблице 1.

Сравнительный анализ полученных результатов выявил, что достоверно чаще ($p < 0,05$) ветряная оспа протекала в тяжелой форме у детей школьного возраста (75,0%), в то время как у детей до года и детей дошкольного возраста преобладали среднетяжелые формы заболевания, гнойно-септические осложнения (42,9%) были выявлены чаще у детей в дошкольного возраста, а тяжелые (флегмона, остеомиелит) – у детей до одного года.

Ветряная оспа в сочетании с другой инфекционной патологией достоверно чаще ($p < 0,05$) встречалась у детей старше 1 года (до 25,0%). Сопутствующими заболеваниями были: скарлатина, энтероколит, ОРВИ и ВГА (таб.1; рис.2).

Лечение не тяжелых форм ветряной оспы обычно проводят в домашних условиях. Показаниями для госпитализации являются: эпидемиологическая ситуация, тяжелые и осложненные формы болезни. Анализ назначений антибактериальной терапии свидетельствует о частоте показаний для их назначения среди госпитализированных наблюдаемых нами больных (85,2%). У 55,6% больных проводилась инфузионная терапия с целью дезинтоксикации. С выздоровлением выписаны 48,1% больных, 42,6% - с улучшением состояния и самовольно ушли из отделения 9,3% больных, хотя достоверно больные не заразны при полном отпадении корочек.

Выводы:

1. Ветряная оспа остается неуправляемой, высоко-контагиозной инфекцией детей всех возрастов с тенденцией к увеличению удельного веса детей до года (33,4%).

2. Тяжелая форма ветряной оспы выявлена у 42,6%, в основном обусловлена гнойно-септическими осложнениями (37,0%) и сопутствующими заболеваниями.

3. Частота ветряной оспы у детей до года, вероятно, свидетельствует о снижении или отсутствии иммунитета у матерей, что диктует необходимость введения вакцинации против ветряной оспы в план профилактических мероприятий.

Литература:

1. Кускова Т. К., Белова Е.Г., Мигманов Т.Э. Ветряная оспа / журнал Инфекционные болезни, 2010г. - №8.

2. Казанцев А. П. Матковский В.С. Ветряная оспа / Справочник по инфекционным болезням. Журнал Медицина, 1989.

3. Кожевина Г.И., Воронина Е.Н., Краснов А.В. и др. Случай ветряночного энцефалита // Актуальные проблемы инфекционной патологии. – 2009. – №11. – С.68-70.

4. Свистунов В.В., Агеев В.А., Каня О.В. Два случая генерализованной формы ветряной оспы у взрослых с приобретенным иммунодефицитом // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2001. – Т. 27. №3. – С.80-82.

5. Яцук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Ветряная оспа / Инфекционные болезни. Медицина, 2003. – 543 с.

6. Юцук Н.Д., Астафьева Н.В., Быкова В.В. и др. Ветряная оспа у взрослых / Лечащий врач. Москва. – 2000. – 01.

7. Юцук Н. Д., Венгеров Ю. Я. Ветряная оспа. В кн.: Лекции по инфекционным болезням. М.: ВУНМЦ, 1999.

8. Ксенофонова О.Л., Рожкова Л.В., Саввинова Т.Л. Опыт проведения вакцинопрофилактики ветряной оспы в г.Екатеренбурге. / Журнал Педиатрическая фармакология. – 2010. – Т.7. - №4.

9. Лавров В.Ф., Казанова А.С., Кузин С.Н. и др. Ветряная оспа и опоясывающий лишай: особенности заболеваемости и клинических проявлений / Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. - 2011. - № 3. - С. 54.

10. Якубенко А.Л., Глуценко А.А. Ветряная оспа у взрослых Здоровье - основа человеческого потенциала - проблемы и пути их решения. - 2013. - Т. 8. - № 2. - С. 621-623.

11. Гузовская Т.С., Чистенко Г.Н. Ветряная оспа: эпидемиологические особенности / Военная медицина. - 2014. - № 1 (30). - С. 115-118.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ «А» У ДЕТЕЙ: ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ (Обзор)

Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Халупко Е.А.

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

Резюме. В данной статье представлен обзор литературных источников, посвященных изучению этио-эпидемиологических и клинических особенностей вирусного гепатита «А» на современном этапе. Не достаточно изучены особенности диагностики ВГА, течения тяжелых форм и исходы верифицированного гепатита «А» у детей. До конца не изучены причины формирования затяжного течения.

Ключевые слова: вирусный гепатит «А», возбудитель, дети, клинические симптомы, диагностика, лечение.

БАЛДАРДЫН ГЕПАТИТ «А» ООРУСУНУН: КОЗГОГУЧТАРЫ, КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ, АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО

Балабасова А.М., Мамбетова М.К., Халупко Е.А.

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

Корутунду. Акыркы жылдардагы гепатит «А» оорусунун этио-эпидемиологиялык жана клиникалык өзгөчөлүктөрүнүн окуу куралдарынын жыйынтыгы берилген. Акыркы жылдары гепатит А оорусу бирден бир көйгөй болуп эсептелет, толугу менен клиникалык өзгөчөлүктөрү, дарылоо, аныктоо жолдору тактала элек.

Негизги сөздөр: курч муноздогу вирустук гепатит «А», козгогуч, клиникалык өзгөчөлүктөрү, аныктоо, дарылоо.

ACUTE HEPATITIS «A» IN CHILDREN: SOURCE, CLINICAL MANIFESTATION, DIAGNOSTICS, TREATMENT

Balabasova A.M., Mambetova M.K., Halupko E.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The review of the studies devoted to study of the clinical particularities of the acute viral hepatitis «A» in children at the last is presented. Features of diagnostics ВГА, currents of heavy forms and outcomes of the verified hepatitis «A» at children are not studied enough. Reasons of formation of the prolonged duration are not studied completely.

Key words: acute viral hepatitis «A», pathogen, children, clinical manifestation, diagnostics, treatment.

Вирусные гепатиты у детей остаются одной из актуальных проблем современности, так как заболеваемость вирусными гепатитами среди детского населения продолжает оставаться на высоком уровне.

Вирусные гепатиты - это группа острых инфекционных заболеваний печени с различными механизмами передачи, вызываемые вирусами, которых, в настоящее время известно 8. Гепатиты «А» и «Е» относятся к группе энтеральных гепатитов, с фекально-оральным механизмом передачи инфекции.

Наряду с энтеральными и парен-теральными гепатитами существует группа не уточненных вирусных гепатитов, при которых не удается идентифицировать ни один из известных вирусов. Термин «вирусный гепатит» имеет самостоятельное нозологическое значение и отличается от гепатитов, вызываемых

вирусами желтой лихорадки, инфекционного мононуклеоза, ЦМВ, герпеса и др. [2, 6, 8, 12].

Гепатит «А» - одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в детском возрасте. По числу регистрируемых случаев ВГА занимает третье место после ОРВИ и острых кишечных инфекций. По данным ВОЗ ежегодно в мире заражается и болеет вирусным гепатитом «А» (ВГА) около 1,5 млн. человек [3, 11]. Однако фактическая заболеваемость этой инфекцией в несколько раз выше, что обусловлено диагностикой только типичных форм болезни, составляющих, лишь «видимую часть айсберга».

Гепатит как «желтушная болезнь» был хорошо известен еще во времена Гиппократа, а в 1988 г. Боткин С.П. одним из первых обосновал предположение об инфекционной природе гепатита, определяющий его эпидемический

характер. В 1937 г. американские ученые Дж. Финдлей и Ф. Мак Коллум доказали вирусную природу этого заболевания. Однако сам вирус гепатита «А» был выделен сравнительно недавно - в 1970 году [3, 6, 9, 10, 11].

Возбудитель гепатита «А» относится к роду энтеровирусов, имеет белковую капсулу, диаметром 27 нм, внутри которой расположена одноцепочечная молекула РНК. Вирус устойчив во внешней среде, сохраняется в течение нескольких месяцев при $t 4^{\circ}\text{C}$. Погибает при кипячении в течение 5 минут, при автоклавировании ($t 121^{\circ}\text{C}$) - 20 минут, при действии ультрафиолетового облучения - 1 минута, а при воздействии формалина (1:4000) в течение 3 суток при температуре 37°C ., хлора - 15 минут и обработке дезинфицирующими средствами в течение 4 минут.

В настоящее время выделено 7 генотипов вируса гепатита А, которые обозначаются римскими цифрами. Генотипы вируса I, II, III и VII вызывают заболевание у человека (в России выделен подтип I А), а генотипы IV, V, VI - у обезьян [1, 6, 8, 13].

Вирусный гепатит «А» (ВГА) — антропоноз, источником инфекции является больной человек. ВГА преимущественно болеют дети в возрасте 3-7 лет, их доля в суммарной заболеваемости достигает 70-80%. Исключение составляют дети до 1 года, защищенные материнским иммунитетом. В последние годы отмечается тенденция роста заболеваемости среди детей старшего возраста и подростков.

Больные ВГА выделяют вирус с фекалиями уже с конца инкубационного и в течение всего преджелтушного периода, а с появлением желтухи выделение вируса из организма больного резко уменьшается. Наиболее высокий уровень заразности в преджелтушном периоде, а также частота атипичных форм болезни обуславливают широкое распространение ВГА, с развитием вспышек или эпидемий, охватывающих целые регионы.

Заболеваемость ВГА в различных регионах мира колеблется в широком диапазоне и характеризуется неравномерным распространением по континентам и странам, а также в пределах одной страны. В регионах с широким распространением вируса ВГА (страны Африки, Юго-Восточной Азии, Латинской Америки) большинство случаев инфицирования приходится на детей раннего возраста [4, 8, 9, 11,

14]. Страны северной Африки (Египет, Тунис) относятся к высокоэндемичным регионам. Российская Федерация (Черноморское побережье Кавказа), страны СНГ (Крым), страны восточной и южной Европы (Болгария, Турция), относятся к регионам с промежуточной эндемичностью. В странах Европы и США его доля составляет от 10 до 30%. В то же время, в США ежегодно регистрируют более 400 летальных исходов, связанных с ВГА. Частота фульминантных форм ВГА составляет 0,1% - 0,5%. [6, 8, 11].

Страны Центральной Азии относятся к региону высокой эндемичности, в связи с этим проэпидемичивание населения достигается в более ранние сроки. Так, в городах Узбекистана у 60-80% детей в возрасте 5-10 лет обнаруживаются антитела класса IgG к вирусу гепатита А.

На территории Кыргызстана заболеваемость ВГА колеблется в широком диапазоне, наиболее высокий показатель (560,2 на 100 тыс. населения) был отмечен в 1997 году. По данным ДГСЭН КР в 2012 г. увеличилась заболеваемость вирусными гепатитами в 1,7 раза, число заболевших составило 17801 случай (322,8) против 10656 случаев (193,2) за 11 месяцев 2011 г. Из них 95,8% составляет вирусный гепатит «А». При этом наибольшее число случаев ВГА регистрировалось в крупных городах Ош и Бишкек, где интенсивный показатель составил в 2008г. – 235,9 соответственно 159,4; 2009г. – 279,4 и 134,6; 2010г. – 226,5 и 114,5; 2011г. – 209,9 и 103,2; 2012г. – 375,6 и 310,1.

Подъем заболеваемости вирусным гепатитом «А» (ВГА) обусловлен не только очередным циклом, но и другими факторами: скученностью населения, массовой миграцией, низким уровнем санитарной культуры у части населения, отсутствием централизованного водоснабжения большинства территорий. Вышеуказанные данные свидетельствуют о напряженной эпидемиологической ситуации по вирусному гепатиту «А» в Республике.

Вирусный гепатит «А» — типичная кишечная инфекция с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя. Пути передачи: контактно-бытовой, водный и пищевой. Крупные вспышки ВГА связаны с загрязнением фекалиями водоемов, являющихся источником водоснабжения, в детских коллективах большое значение имеет контактно-бытовой путь передачи через грязные руки и

различные предметы обихода: игрушки, посуду, белье и т. д.

Восприимчивость к вирусу чрезвычайно высокая. У взрослых антитела к вирусу гепатита «А» обнаруживаются в 80% и даже 100% случаев.

Для гепатита «А» характерны летне-осенние сезонные подъемы и периодичность заболеваемости через каждые 3-5 лет до эпидемического уровня. Характерна семейная очаговость для гепатита «А» и вспышки заболеваний в детских коллективах. После перенесенного заболевания формируется стойкий пожизненный иммунитет.

В патогенезе ВГА, вероятно, прямое цитопатическое действие вируса на гепатоциты, в основном на мембрану клетки. О механизме проникновения вируса «А» в гепатоциты существуют различные представления. Вирус проникает в желудочно-кишечный тракт, затем внедряется в порталный кровоток. Механизм проникновения вируса из кишечника в кровь до конца не изучен. Вирус взаимодействует с биологическими макромолекулами, принимающими участие в процессах детоксикации и высвобождению свободных радикалов, которые участвуют в процессах перекисного окисления липидов мембран клеток. Что способствует усилению процессов перекисидации и повышению их проницаемости. Возникает центральное звено в патогенезе гепатита «А» - синдром цитолиза, в сыворотке крови повышается активность печеночно-клеточных ферментов с нарушением всех видов обмена. Повышенная проницаемость всех субклеточных мембран, способствует развитию внутриклеточного и внеклеточного ацидоза. Развившийся гидролиз некротизированных печеночных клеток и высвобождение белковых комплексов выступают в роли аутоантигенов. Механизмы аутоагрессии при гепатите «А» в полной мере не реализуются, поэтому тяжелые формы встречаются редко.

Фаза реконвалесценции характеризуется усилением факторов защиты, восстановлением функционального состояния печени. У большинства детей наступает выздоровление в сроки от 1,5 до 3-х месяцев от начала болезни, реже до 6-ти месяцев и больше. Формирование хронического процесса в исходе ВГА не возникает.

Вирусный гепатит «А» классифицируют по типу, тяжести и течению. К типичным

формам относят все случаи, сопровождающиеся появлением желтушности кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Среди них по тяжести различают легкую, среднетяжелую и тяжелую формы. Атипичные формы (безжелтушная, стертая) протекают легко.

При оценке критериев тяжести гепатита, учитывают степень выраженности интоксикации, желтухи, размеры печени, развитие геморрагического синдрома и результаты биохимических исследований крови.

Для типичной формы болезни характерна цикличность: инкубационный период, начальный или преджелтушный, желтушный и период реконвалесценции.

Продолжительность инкубационного периода при гепатите «А» колеблется от 10 до 45 дней, обычно 15-30 дней. В этом периоде клинических проявлений болезни не бывает, однако в крови можно обнаружить вирусный антиген и высокую активность печеночно-клеточных ферментов (АЛТ, АСТ и др.).

Преджелтушный период у 84% детей начинается остро с подъема температуры тела до 38-39°C (у 65%) и появления симптомов интоксикации (слабость, недомогание, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота). Отмечается чувство дискомфорта, тяжести или давления в правом подреберье, в области эпигастрия. Иногда боли имеют приступообразный характер, симулировать острый аппендицит, холецистит. Часто возникают скоропроходящие диспепсические расстройства: метеоризм, запор.

У 10,5% легкие катаральные явления в виде заложенности носа, гиперемии слизистой оболочки ротоглотки, першение в горле, что нередко является основанием для ошибочного диагноза «ОРЗ» [9, 10].

Наиболее важными объективными симптомами в этом периоде болезни являются: увеличение размеров печени, чувствительность и болезненность ее при пальпации. Эти симптомы обнаруживаются с первых дней болезни у большинства детей, при тяжелой форме болезни увеличение селезенки. К концу преджелтушного периода наблюдается частичное обесцвечивание кала. Активность всех печеночно-клеточных ферментов (АСТ, АЛТ) резко повышена. Увеличиваются также показатели тимоловой пробы, выявляется диспротеинемия за счет повышения гамма-глобулиновой фракции при

развитии тяжелых форм. С первых дней болезни в моче увеличивается количество уробилина, в конце преджелтушного периода обнаруживаются желчные пигменты. Продолжительность преджелтушного периода 3-8 дней, редко удлиняется до 9-12 (13%) дней или укорачивается до 1-2 дней.

Желтушный период начинается с появления одновременно состояние больных в большинстве случаев улучшается, общее состояние больных детей близко к удовлетворительному, реже может быть расцениваться как средне-тяжелое. Вначале появляется желтушность склер, затем кожи, слизистых оболочек. Желтуха нарастает быстро, достигая максимума в течение 1-2 дней. По интенсивности желтуха при ВГА бывает легкой (72%), умеренно выраженной (23%), интенсивной (5%) и держится в течение 7-14 дней, дольше всего желтуха сохраняется в складках кожи, ушных раковинах и особенно на склерах.

На высоте желтухи размеры печени максимально увеличены. При пальпации край печени уплотнен, закруглен, чувствителен; реже увеличение селезенки. При этом пальпируется лишь край селезенки - умеренной плотности. На высоте желтухи цвет мочи максимально насыщен, а кал обесцвечен. Изменения со стороны других органов при ВГА бывают слабо выраженными.

В этом периоде максимально изменены печеночные пробы. Содержание общего билирубина в сыворотке крови коррелирует с тяжестью заболевания. Гипербилирубинемия обусловлена повышением конъюгированной фракции. У больных с тяжелой формой наблюдается повышение уровня не конъюгированного билирубина. У всех больных повышена активность печеночно-клеточных ферментов. Характерно значительное повышение показателя тимоловой пробы. В гемограмме отмечаются нормоцитоз или лейкопения, относительный лимфоцитоз; СОЭ нормальная. По мере уменьшения интенсивности желтухи (на 7-10 день от начала желтухи) нормализуется окраска кала и мочи, постепенно уменьшаются размеры печени.

Период реконвалесценции характеризуется исчезновением клинических и биохимических признаков вирусного гепатита, в частности гипербилирубинемии. Самочувствие

переболевших детей, как правило, бывает удовлетворительным. Возможны утомляемость после физической нагрузки, неприятные ощущения в животе после еды, иногда сохраняется незначительное увеличение размеров печени, а в редких случаях, остаются измененными функциональные печеночные пробы. Продолжительность этого периода не превышает 3-х месяцев, редко может затягиваться до 6-8 месяцев.

Фульминантная форма ВГА с развитием острой печеночной недостаточности, энцефалопатией встречается в 0,5% случаев. Иногда, особенно у лиц старших возрастных групп, ВГА сопровождается выраженным холестатическим компонентом, при этом желтушный период удлиняется до нескольких месяцев, интенсивность желтухи выражена, болезнь сопровождается зудом кожи, в сыворотке крови значительно повышается активность щелочной фосфатазы [3, 6].

Безжелтушная форма характеризуется теми же клиническими и лабораторными признаками, что и типичная (желтушная), однако отсутствие одного из самых заметных проявлений гепатита — желтухи и соответственно гипербилирубинемии затрудняет диагностику. Клиническая симптоматика включает симптомы преджелтушного периода типичной формы болезни. Увеличивается и становится слегка болезненной при пальпации печень, может быть потемнение мочи. Выявляется гиперферментемия, показатели АЛТ и АСТ повышаются почти так же существенно, как и при типичной форме, увеличивается тимоловая проба. Безжелтушная форма развивается в десятки раз чаще, чем желтушная, однако регистрируется редко, обычно только при целенаправленном обследовании детских коллективов из-за контакта с больным с ВГА и в эпидемических очагах.

Стертая форма проявляется минимальными и быстро проходящими клиническими симптомами (в том числе желтухой) в сочетании с гиперферментемией и повышенной тимоловой пробой.

С учетом преимущественно легкого течения болезни, ранней элиминации вируса, ограничивающей контагиозный период, значительная часть больных детей, может быть оставлена для лечения на дому. Вопрос о госпитализации решается индивидуально

с учетом состояния больного, отсутствия осложнений, отягощения преморбидного фона, возможности систематического наблюдения врачом, обеспечения рационального питания, ухода и соблюдения предписанного эпидрежима.

Лечение больных ВГА ограничивается базисной терапией, исключение составляют больные с тяжелыми формами болезни. Этиотропная терапия не разработана, противовирусные препараты не используются.

Таким образом, несмотря на значительные успехи, достигнутые в диагностике и лечения вирусного гепатита «А», в настоящее время решаются и сохраняют свою актуальность ряд вопросов: недостаточно изучены особенности течения, увеличение числа тяжелых форм болезни и исходы верифицированного гепатита «А» у детей. До конца не изучены причины формирования затяжного течения.

Литература:

1. *Инфекционные болезни: национальное руководство.* Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1056с.
2. Кареткина Г.Н. Вирусный гепатит А: современные особенности клиники, диагностики и профилактики. *Ж. Лечащий врач.* -2009.- № 4.-С. 10-12.
3. Гепатит А. Информационный бюллетень ВОЗ № 328.- 2008.
4. Михайлов М. И., Шахгильдян И. В., Онищенко Г. Г. *Энтеральные вирусные гепатиты.* М.- 2007. - 349с.
5. Цодикова Г.В., Богомолова П.О. Печеночная энцефалопатия: патофизиологические аспекты терапии. *РМЖ. Болезни органов пищеварения.* 2003.- №5.- стр. 76-80.
6. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Чередниченко Т.В. *Вирусные гепатиты от А до ТТV.* – М.: Новая волна.- 2003. – 432с.
7. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей под редакцией В. Т. Ивашкина.* М.: ООО Издательский дом «М-Вести».- 2002- 416с.
8. *Руководство по инфекционным болезням.* Под ред. чл.-корр. РАМН Ю. В. Лобзина. СПб: Фолиант.- 2000. - 932с.
9. Горбаков В.В. *Острые вирусные гепатиты. Практикующий врач.* №17.- 1-2000.- С.6-10.
10. Балаян М. С. *Гепатит А: вчера, сегодня, завтра.* Медицина для всех. 1999.- 2 (13): 22–25.
11. Way Seah Lee, Patrick McKiernan, Deirdre Anne Kelly. *Etiology, outcome and prognostic indicators of childhood fulminate hepatic failure in the United Kingdom.* *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 40:575–581 May 2005 Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. *Hepatology.* – 2005. – 42. - Suppl. 2. – P. 174.
12. Fitz. G.J. *Hepatic Encephalopathy, Hepato-pulmonary Syndromes, Hepatorenal Syndrome, Coagulopathy, and Endocrine Complications of Liver Disease.* *Feldman: Sleisenger & Fordtrans Gastrointestinal and Liver Disease, 7 th. Ed.* 2002; 1543-49.
13. Gust I.D. *Epidemiological patterns of hepatitis A in different parts of the world.* *Vaccine.* – 1992. – N10 (Suppl. 1). – P. 56-58.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА (Обзор)

Болоткан уулу Насыр

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

Резюме. Послеоперационные инфекционные осложнения после эндопротезирования коленного сустава развивается – в 1,5%- 2,5% случаев от общего числа всех операций по замене суставов различных локализаций, но по своему течению представляют собой состояния, с трудом поддающиеся лечению и требующие максимального напряжения и сил как ортопеда, так и специалиста в области хирургической инфекции и клинического фармаколога по мобилизации всех возможных способов консервативного лечения, чтобы сохранить эндопротез. Более того, в большинстве случаев идет борьба не за сохранение эндопротеза, а за жизнь пациента, поэтому в некоторых случаях приходится удалять конструкции с дальнейшей сомнительной перспективой реэндопротезирования. В данном обзоре представлены результаты некоторых микробиологических исследований а также профилактики осложнений эндопротезирования.

Ключевые слова: коленный сустав, парапротезная инфекция, ревизионное эндопротезирование.

ТИЗЕ МУУНДАРЫН ЭНДОПРОТЕЗДӨӨДӨ ИНФЕКЦИЯЛУУ ТАТААЛДАШУУСУН АЛДЫН АЛУУ

Болоткан уулу Насыр

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

Корутунду. Тизе муундарын эндопротездөөдөн кийинки операциядан кийинки инфекциялык татаалдашуу муундарды алмаштыруу боюнча ар түрдүү чектөө бардык операциялардын жалпы санынын 1,5%-2,5% учурларында өнүгүүдө, бирок өзүнүн агымы боюнча кыйынчылык менен дарылоого берилген жана ортопеддер эле эндопротезди сактап калуу үчүн консервативдүүлүк менен дарылоонун бардык мүмкүн болгон жолдорун мобилизациялоо боюнча хирургиялык инфекциянын жана клиникалык фармакологияны налкагындагы адистер тарабынан берилгендикти жана күчтү максималдуу үтүрдө талап кылган абалдарын билдирет. Көп учурларда күрөш эндопротезди сактап калуу үчүн эмес, бейтаптын жашоосу үчүн болуп жатат, ошондуктан кээбир учурларда андан аркы шектүү келечектүү реэндопротездөөсү менен түзүмүн алып салууга тура келет. Бул көрүнүштө кээ бир микробиологиялык изилдөөлөрдүн, ошондой эле эндопротездөөнүн татаалдашуусун алдын алуунун жыйынтыгы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: тизе муун, парапротездик инфекция, текшерүү эндопротездөө.

PROPHYLAXIS OF INFECTIOUS COMPLICATIONS OF ENDOPROTHESIS OF KNEE JOINT

Bolotkan uulu Nasyr

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Postoperative infectious complications after endoprosthesis of knee joint are developed in 1/5-2/5% of cases from the general number of all operations on substitution of joints of different localization but according to its course it represents the states treated with great difficulty and requires maximal strength and forces of orthopedics and also the specialist in surgical infection field and clinical pharmacologist in mobilization of all possible methods of conservative treatment to maintain endoprosthesis. In majority of cases there is fight not for maintenance of endoprosthesis but for the life of patients. That is why in some cases it is necessary to remove constructions. This review represents the results of some microbial investigations and prevention of endoprosthesis complication.

Key words: knee, prosthetic infection, revision arthroplasty.

Резекционная артропластика коленного сустава была впервые произведена в 1861г. Ferguson, в 1863г. Verneuil выполнил первую интерпозиционную артропластику. В 1940г. Boyd и Campbell, а в 1942 г. Smith-Petersen

создали металлические колпачки для покрытия мыщелков бедренной кости, а позднее McKeever и MacYntosh пластинки для суставной поверхности большеберцовой кости. Однако ни феморальные колпачки, ни берцовые пластинки не позволяли

надолго избавить больных от боли. С приходом новых технологий улучшилась методика и техника эндопротезирования крупных суставов. Таким образом, на сегодняшний день, наиболее эффективным хирургическим способом лечения терминальных стадий дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава, является тотальное эндо-протезирование. Замещение коленного сустава искусственным позволяет в кратчайшие сроки купировать болевой синдром, устранить имеющуюся деформацию и восстановить функцию пораженного сустава, что существенно улучшает качество жизни пациентов с заболеваниями и повреждением опорно-двигательного аппарата. [1,7]

Вместе с тем, несмотря на большой накопленный опыт тотального эндопротезирования коленного сустава до настоящего времени у 3-12% оперированных больных в ближайшие и отдаленные сроки после операции развиваются различные осложнения. Среди причин, приводящих к необходимости ревизионного эндопротезирования коленного сустава, на первом месте находятся ранние и поздние инфекционные осложнения.

Несмотря на использование в последнее десятилетие новых инструментов, постепенное совершенствование техники оперативного вмешательства, применение современных антисептиков и дезинфектантов, сохраняется риск развития инфекционных осложнений при эндопротезировании коленных суставов. По данным зарубежных авторов частота инфекции протезированного сустава составляет 0,7-2,5 %, а некоторые российские исследователи считают, что величина этого показателя за последние годы возросла до 5-6%. Инфекционные осложнения при эндопротезировании могут приводить к развитию хронического остеомиелита, и как следствие, к инвалидизации больного, а в случае генерализации инфекции, к развитию синдрома системной воспалительной реакции или к летальному исходу.

Инфекционные осложнения протезированных суставов делятся на:

- 1) Ранние (развившиеся в течении 3 месяцев после установки эндопротеза),
- 2) Отсроченные (3-12 месяцев) и
- 3) Поздние (более чем 12 месяцев после имплантации)

По объему и глубине поражения инфекционные осложнения делятся:

1) Локальный поверхностный воспалительный процесс (наличие некротически измененных тканей в пределах кожи и подкожной клетчатки в области хирургического доступа)

2) Глубокое воспаление с вовлечением в воспалительный процесс мягких тканей сустава (капсула сустава, фасция, мышцы бедра)

3) Глубокое воспаление с поражением костного ложа эндопротеза (развитие остеомиелита с признаками септической нестабильности компонентов эндопротеза).

Микробиология: Причиной возникновения инфекционных осложнений чаще всего является золотистый стафилококк (*Staphylococcus aureus*). Стафилококковая инфекция развивается в результате внутрибольничного инфицирования, но в некоторых случаях пациенты сами являются носителями *Staphylococcus aureus*. Микробные ассоциации и полимикробная этиология нагноений эндопротезирования могут быть также смешанной флорой. Так по данным ретроспективного анализа T.Schmaltzried при бактериологическом исследовании инфекционных осложнений после установки эндопротезов *S. Aureus* выделен в 33 % случаев *E. Colii Pseudomonas spp.* - в 38 % случаях, *S. Epidermidis* - в 12% , *Enterococcus spp.* - в 10%. Таблица №1 [14].

Патогенез. После имплантации протеза происходит постепенное заполнение пространства вокруг инородного тела соединительной тканью. Гликопротеиды образуют своеобразную пленку вокруг протеза. Однако наряду с защитными, «отграничивающим» значением данной реакции, соединительнотканная капсула образует уникальную экосистему на границе живая ткань-инородное тело. Бактерии, попавшие на поверхность протеза, покрываются защитным слоем гликокаликса. Преодолеть барьер из соединительной ткани и слоя гликопротеидов не под силу нейтрофилам, иммунокомпетентным клеткам и антибиотикам за счет значительного ограничения перфузии, поэтому создаются все условия для размножения и десиминации микробов. Капсула из гликокаликса препятствует попаданию живых бактерий, находящихся непосредственно на

Таблица 1. Этиологические факторы инфекционных осложнений эндопротезирования крупных суставов

Все случаи	«ранние» проявления инфекции (<1 год после операции)	«поздние» проявления инфекции (> 1 года после операции)
Staphylococcus spp.	S. epidermidis	С одинаковой частотой.
S. epidermidis	S. aureus	S. epidermidis
S. aureus	Streptococcus spp.	S. aureus
Грамотрицательные бактерии (энтеробактерии, P. aeruginosa)	Редко-грамотрицательные бактерии (Enterobacteriaceae, P. aeruginosa),	Грамотрицательные бактерии
Streptococcus spp.	S. pneumonia (42)	
Enterococcus spp.		
Анаэробы		
Другие (грибки, микобактерии)		

поверхности протеза, в полость сустава, в суставную жидкость и параартикулярные ткани. Пути попадания инфекций могут быть гематогенный, контаминация во время оперативного вмешательства а также с кожных покровов больного или хирурга при нарушении целостности перчаток. Источниками гематогенной дессиминации являются гениталии, ротоглотка, кожа, нижние отделы ЖКТ, мочевыводящие пути, дыхательные пути. Доказано, что треть всех инфекционных осложнений после эндопротезирования развивается вследствие гематогенного распространения бактерий в отдаленные сроки – через год и более после операции [15].

Клиника. Клинические проявления парапротезных инфекционных процессов в большинстве случаев типичны для любого воспалительного процесса и включают: боль, нарушение функции сустава, отек и гиперемию области сустава, общую гипертермию, наличие раны (свища) области послеоперационного рубца. Выраженность каждого из симптомов варьирует в значительных пределах и зависит от различных причин. Наиболее выраженные симптомы интоксикации, высокая лихорадка непатогномоничны для данного осложнения и наблюдаются в случае прогрессирования процесса с развитием параартикулярных флегмон. Наиболее достоверным и не

вызывающим сомнений признаком глубокой парапротезной инфекции, можно считать обнаружение открытой раны свища с гнойным отделяемым в области послеоперационного рубца, при ревизии которой обнаруживаются элементы металлоконструкции. Поэтому возникают определенные трудности при дифференциации послеоперационной раневой инфекции и нагноения вокруг собственно искусственного сустава.

Факторы риска развития инфекционных осложнений после эндопротезирования принято разделять на три категории: факторы со стороны самого больного, периоперационные и послеоперационные факторы как показано в таблице № 2.

1) К дооперационным факторам можно отнести (дистрофические процессы или ранее перенесенные хирургические вмешательства на самом суставе, наличие в организме хронических очагов инфекций, наличие сопутствующих заболеваний).

2) К интраоперационным факторам относятся: (неадекватность хирургического доступа, нарушение хирургической техники, травматичность, длительность операции).

3) Послеоперационные факторы (несвоевременно восполненная кровопотеря, неадекватное дренирование раны, несвоевременная санация раны при

Таблица 2. Факторы риска инфекционных осложнений эндопротезирования коленного сустава

Группа риска	Фактор риска	Частота глубокой инфекции, %
Повышенная контаминация	Ревизионное эндопротезирование	4-8
Повышенная контаминация	Длительность операции более 150 минут	3
Контаминация в анамнезе	Инфекция сустава в анамнезе	5-9
Ослабление иммунитета	Ревматоидный артрит	2-4.8
Ослабление иммунитета	Диабет	3-7
Ослабление иммунитета	Трансплантация органов	5-19
Ослабление иммунитета	Ожирение	6
Ослабление иммунитета	Гемофилия	10-13

развитии воспалительных процессов).

Профилактику инфекционных осложнений эндопротезирования коленного сустава можно условно разделить на 3 части: до операции, во время операции и после операции. Особая осторожность в отношении развития послеоперационных инфекций эндопротезирования необходима у пациентов с высоким риском колонизации MRSA. К факторам риска колонизации MRSA относятся: недавний прием антибиотиков; женский пол; сахарный диабет; возраст >65 лет; недавняя госпитализация; недавняя инфекция мягких тканей. С этой целью для деколонизации применяют назальное применение мази с мупироцином, полоскание рта хлоргексидином в течении 5 дней до операции умывание с хлоргексидином за 5 дней до операции. Антибиотик должен вводиться за 1 час до операции. Продолжительность антибиотикопрофилактики не должна превышать 24 часов после операции ввиду возрастания риска развития резистентности, повышения риска токсичности и того фактора что дальнейшее продолжение антибиотикопрофилактики дополнительной пользы не приносит. Обработка операционного поля необходимо

проводить непосредственно в операционной перед операцией для сокращения периода размножения бактерий. Основными факторами риска инфицирования операционной раны при эндопротезировании являются несоблюдение правил асептики и антисептики в операционной, избыточное введение антикоагулянтов, множественные переливания крови, гипотермия в операционной. Уровень сахара в крови необходимо контролировать каждые 2 часа во время операции и удерживать его ниже 10 ммоль/л. Легкая гипотермия в периоперационном периоде также может способствовать развитию инфекции в операционной ране, запуская механизм терморегуляторной вазоконстрикции. Таким образом, профилактику нагноения эндопротеза необходимо тщательно проводить на каждом этапе эндопротезирования, учитывая все возможные факторы риска больного [15,16,17].

Заключение.

В настоящее время эндопротезирование коленного сустава является высокотехнологичным сложным хирургическим вмешательством, которое должно выполняться в специализированных клиниках с тщательным

предоперационным планированием и всесторонней подготовкой. Среди множества осложнений инфекционные занимают первое место по тяжести, угрозе для жизни и здоровья пациентов и сложности в лечении. Одним из решающих факторов в благоприятном исходе такого осложнения является профилактика инфекционных осложнений на всех этапах эндопротезирования а в случае осложнения ранняя диагностика, активная ранняя хирургическая тактика ведения пациентов.

Литература:

1. Травматология и ортопедия, руководство для врачей. Ю.Г. Шапошников 1997. Том 1 С.524 - 562.
2. Горидова Л.Д. Гнойно-некротические осложнения после эндопротезирования крупных суставов. Харьков 2007.
3. Кроитору И.И. Эндопротезирование коленного сустава тотальными несвязанными эндопротезами. автореф. дисс. 2000.
4. Белобородов, В.Б. Актуальные вопросы анти-микробной терапии хирургических инфекций / В.Б. Белобородов // Инфекции в хирургии. – 2003. № 1. – С. 28–30
5. Божкова, С.А. Этиологическая структура и анти-биотикорезистентность ведущих возбудителей парапротезной инфекции в стационаре травматолого - ортопедического профиля / С.А. Божкова, Т.М. Петрова, Н.Э. Мирзоев // Рациональная фармакотерапия и клиническая фармакология : сб. науч. матер. V Конгресса.– СПб., 2010. – С. 49–52
6. Страчунский Л.С. Сравнительная активность антибактериальных препаратов, входящих в лекарственные формы для местного применения в отношении *Staphylococcus aureus*: результаты российского многоцентрового исследования / Л.С. Страчунский– 2002.– Т.4, № 2. – С. 157–163.
7. Корнилов, Н.В. Клинические результаты тотального эндопротезирования коленного сустава / Н.В. Корнилов [и др.] Кубанский научный медицинский вестник. – 1998. – Вып. 79. – С. 57–60.
8. Ахтямов И.Ф., Кузьмин И.И. Ошибки и осложнения эндопротезирования. – Казань: Центр оперативной печати, 2006.
9. О.В.Москалец, Ю.Ю.Чуксина, А.В. Еремин, С.А.Оишуков, В.В.Яздовский. -Иммунокорректирующая терапия у больных с инфекционно-воспалительными осложнениями после эндопротезирования крупных суставов // Российский аллергологический журнал. - 2012. - №5. - С.177-178
10. В.К. Николаенко. Б.П.Буряченко, Д.В.Давыдов - Особенности ревизионного эндопротезирования тазобедренного по поводу инфекционных осложнений // Инфекции в хирургии. - 2008. - №4. – С.50-55.
- 11.Белобородов, В.Б. Актуальные вопросы анти-микробной терапии хирургических инфекций / В.Б. Белобородов // Инфекции в хирургии. – 2003. – № 1. – С. 28–30
12. Корнилов, Н.Н. Тотальное эндопротезирование коленного сустава / Н.Н. Корнилов, Т.А. Куляба, К.А.Новоселов // Эндопротезирование коленного сустава. – СПб. : Гиппократ, 2006. – С. 37–41.
13. Каплан А.В. Гнойная травматология костей и суставов / Каплан А.В., Махсон Н.Е., Мельникова В.М. – М.: «Медицина», 1985. – С.358 – 370
14. Saccante M. Periprosthetic joint infections: Infect Dis Clin Pract. 1998; 7; 431-441.
- 15.Maderazo EG, Judson S, Pasternak H. Late infections of total joint prostheses. Clin. Orthop. 1988; 229: 131-142
16. Vessely M.B., Whaley A.L., Harmsen W.S. et al. Long-term survivorship and failure modes of 1000 cemented condylar total knee arthroplasties // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2006, Nov. — № 452. — P. 28-34.
- 17.Fehring T.K., Odum S., Griffin W.L., Mason J.B. et al. Early failures in total knee arthroplasty // Clin. Orthop. Relat. Res. — 2001, Nov. — №. 392. — P. 315-8

СПОСОБ ОСТЕОТОМИИ ЛОКТЕВОГО ОТРОСТКА ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Борукеев А.К.

Бишкекский научно исследовательский центр травматологии и ортопедии
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлена тактика оперативного лечения при сложных внутрисуставных переломах дистального метаэпифиза плечевой кости. Предлагается новый метод остеотомии локтевого отростка, который способствует ранней активизации и реабилитации больного в послеоперационном периоде. Этот метод остеотомии был внедрен в Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии в отделения травматологии №1,2,3,4. Были изучены и прооперированы данной методикой 27 больных. В статье также отображено детальное описание хода оперативного вмешательства и используемые материалы. Результаты исследования свидетельствуют об эффективности этого метода остеотомии, и рекомендуется для лечения больных с переломами дистального отдела плечевой кости

Ключевые слова: плечевая кость, наkostная пластина, остеосинтез, метаэпифиз.

КҮН ЖИЛИК СӨӨГҮНҮН ДИСТАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН СЫНЫШЫН ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛООДО ЧЫКАНАК УРЧУГУНУН СӨӨГҮН ЖАРУУ ЫКМАСЫ

Борукеев А.К.

Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште күн жилик сөөгүнүн дисталдык бөлүгүнүн татаал, муун ичинде сынышын операциялык тактикасы көрсөтүлгөн. Жаңы көрсөтүлгөн ыкма, бейтаптын тез арада активдештирүүсүн жана калыбына келтирүүсүн камсыз кылат. Бул ыкма Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунун травматология № 1, 2, 3, жана 4 бөлүмдөрүнө жайылтылган. Дал ушул ыкманы колдонуп 27 бейтапка операция жасалган. Бул иште операция учурундагы техникасы жана майда-чүйдөсүнө чейин көрсөтүлгөн. Изилдөөнүн жыйынтыгында жаңы көрсөтүлгөн ыкманын натыйжалуулугу берилди жана аны күн жиликтин дисталдык бөлүгүнүн сыныктарында колдонууда сунуш берилет.

Негизги сөздөр: күн жилик сөөгү, сөөктү бекитүү, соок, метаэпифиз.

METHOD OF OSTEOTOMY OF PROCESS OF ULNA IN OPERATIVE TREATMENT OF FRACTURES OF DISTAL PART OF HUMERAL BONE

Borukeev A.K.

Bishkek Research Center of Traumatology and orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The paper presents a tactics of surgical treatment for complex intra-articular fractures of the distal metaepiphysis humerus. There is suggested a new method of osteotomy of the ulnar process, which promotes early activation and rehabilitation of patients in postoperative period. This method of osteotomy was introduced in Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopedics in traumatology departments №1,2,3,4. 27 patients were studied and operated by this methodics. The article also displays a detailed description of the surgical operation and the materials used. Results of the research demonstrate the effectiveness of this method of osteotomy, and is recommended for treatment of patients with fractures of the distal section of humerus.

Key words: humeral bone, osteosynthesis, metaepiphysis.

Введение.

Внутрисуставные переломы дистального отдела плечевой кости – тяжелая травма локтевого сустава. Вопросам диагностики

и лечения посвящено значительное число отечественных и зарубежных работ. Переломы дистального отдела плечевой кости встречаются у 0,5-2% пострадавших с переломами костей

опорно-двигательного аппарата (Аверкиев В.А., 1979, Wainwright A., 2000). По данным различных авторов повреждения дистального отдела плечевой кости составляют 7,8-24% всех переломов верхней конечности (Каллаев Т.Н., 2002). Внутрисуставные переломы костей локтевого сустава составляют 18,8-19,8% всех внутрисуставных переломов (Никитин Г.Д., 1957, Кныш И.Т., 1965).

Составляя небольшую часть среди пострадавших с повреждением опорно-двигательного аппарата, эти пациенты, тем не менее требуют особого внимания и оказания квалифицированной медицинской помощи. Это обусловлено как высокой трудовой активностью больных – большинство из них находится в трудоспособном возрасте, так и значительным числом неудовлетворительных исходов лечения 8,3-67% (Каллаев Т.Н., 2002). Объяснить это можно тем, что данный сегмент верхней конечности имеет свои особенности: сложное анатомическое строение, участвует в образовании трех суставов, является сложной биомеханической системой, обладает высокой реактивностью тканей. Наблюдения показывают, что при потере функции в плечевом, лучезапястном суставах больные в состоянии себя обслуживать. При потере же функции в локтевом суставе с развитием дискордантной установки наступает инвалидность. Поэтому при лечении необходимо использовать малейшую возможность для сохранения его функции.

Современные методы лечения внутрисуставных переломов костей предполагают не только восстановление их нормальной анатомической структуры, но и возможность восстановления функции сустава и конечности в целом как можно в более ранние сроки.

Несмотря на накопленный опыт и успехи травматологии, остается высокий процент неудач в лечении внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости. Число посредственных и неудовлетворяющих как больного так и врача результатов при данном виде повреждений достигает 40-67% (Тер-Егизаров Г.М., 1987). Переломы области локтевого сустава в статистике инвалидности составляют 20-25% (Древинг Е.Ф., 1954).

При переломах дистального конца плечевой кости существует различные методы лечения. Одним из современных методов

является остеосинтез плечевой кости накостной пластиной. При выполнении оперативного лечения дистального отдела плечевой кости затрудняется оперативный доступ.

В связи с этим, многие травматологи и ортопеды используют поперечную остеотомию локтевого отростка для артротомии, в последующем производят фиксацию плечевой кости накостной пластиной, нет сомнения его превосходства перед остальными методами.

Однако при поперечной остеотомии локтевого отростка происходит повреждение суставной поверхности локтевого отростка, а так же в последующем затрудняется их фиксация, в связи, с чем для сохранения анатомической структуры локтевого отростка и стабильной фиксации нами предложен способ V образной остеотомии под углом 90 град.

Цель и задачи.

Снижение травматичности оперативного лечения и раннее восстановление функции конечности.

Материалы и методы.

В период с 2008-2014 гг. в БНИЦТО лечились 27 больных с внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости. Возраст больных варьировал от 20 до 54 лет. Из них мужчин 15, женщин 12. Среди повреждений преобладали открытые и закрытые переломы типов B1,3 и C1,3 по классификации АО / ASIF.

Методика оперативного лечения.

После соответствующей подготовки больного, в положении на спине, под проводниковой или внутривенной анестезией, производится кожный разрез по задней поверхности локтевого сустава. Далее проводится V образная остеотомия локтевого отростка под углом 90 град., основание располагается близко к венечному отростку, тем самым избегаем нарушения целостности суставной поверхности локтевого отростка, артротомия с выделением сухожилия трехглавой мышцы. Костные отломки выводятся в рану, после точной репозиции отломков, накостная пластина моделировалась интраоперационно и устанавливалась на наружную поверхность плечевой кости тем самым, избегая травматизации локтевого нерва. После остеосинтеза дистального отдела плечевой кости, локтевой отросток фиксировался 2 взаимоперекрещивающимися спицами и серкляжной проволокой со

стягивающей петлей. Дренирование. Послойные швы на рану. В послеоперационном периоде конечность косыночной повязкой до стихания острых послеоперационных болей. С целью профилактики образования параартикулярных оссификатов назначали индометацин 0.25 по 1 т 3 раза в день в течение 10-12 дней. Со 2 го дня назначалось физиолечение на область локтевого сустава. По мере стихания послеоперационных болей начиналась ЛФК локтевого сустава с целью ранней активизации.

Для фиксации отломков нами применялись 1/3 трубчатые, Y-образные пластины и пластины с угловой стабильностью с 5-7 винтами. Сроки пребывания больных в стационаре после операции составлял в среднем 10-12 дней. Движения в локтевом суставе восстанавливались в среднем через 3 -4 недели.

Таким образом полученные нами результаты показали, что у всех больных прооперированных в БНИЦТО консолидация перелома наступила в среднем через 2-2.5 месяца. У 24 больных полностью восстановилась функция локтевого сустава, у 2 больных отмечалось ограничение движений в локтевом суставе, и 1 больного послеоперационная рана воспалилась.

Выводы.

Таким образом, предложенный способ способствует полноценному восстановлению функции локтевого сустава и улучшает стабильность фиксации, а также предотвращает повреждение суставной поверхности локтевого отростка, тем самым снижается травматичность операции. Закрытая репозиция

не позволяет добиться точного анатомического сопоставления суставной поверхности, а именно этот фактор имеет особое значение для восстановления функции сустава и предотвращения остеоартроза. Успешная репозиция и стабильная фиксация отломков позволяет практически отказаться от внешней иммобилизации сустава и приступить к ранней разработке, что является одним из важных моментов профилактики посттравматической контрактуры локтевого сустава.

Литература:

1. Абдуразаков, У.А. *Внутри - и околосуставные переломы и их оперативное лечение* .[текст] / У.А.Абдуразаков.//Автореф.дисс. ... доктора мед. наук : 14.00.22 – Киев , 1988 .- 40 с..

2. Аль-Шахези , Ф. М. *Оперативное лечение оскольчатых переломов мыщелка плечевой кости (клиничко - экспериментальное исследование)* .[текст] / Ф. М. Аль-Шахези.// Диссертация на соискание звания кандидата мед . наук : 14.00.22. – СПб . – 2004 . – 133 с..

3. Жабин, Г.И. *Оперативное лечение оскольчатых переломов мыщелка плеча типа С по классификации АО/ASIF* .[текст] / Г.И.Жабин, Ф.Шахези, С.Ю.Федонина // *Вестник травматологии и ортопедии им . Н.Н Приорова . -2003 .- № 3 - С . 53 – 56.*

4. Миронов С.П., Оганесян О.В., Селезнев Н.В. *Восстановление функции локтевого сустава при застарелых вывихах костей предплечья путем комбинированного применения артроскопической техники и шарнирнодистракционного аппарата* // *Вестн. травматол. и ортопед.им.Н.Н. Приорова, 2006, №1, 33–36.*

ПРИМЕНЕНИЕ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Жусупова Ш.К.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Кыргызский научный центр гематологии МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В настоящей работе изучена динамика клинических проявлений, показателей эритропоза и обмена железа: гемоглобин, эритроциты, ретикулоциты, цветовой показатель, уровни железа и ферритина в сыворотке крови у женщин репродуктивного возраста с железодефицитными состояниями (ЖДС) после обучающей программы в течение 12 месяцев. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности применения обучающей программы при железодефицитных состояниях для профилактики ЖДС.

Ключевые слова: железодефицитные состояния, гемоглобин, эритроциты, цветовой показатель, ретикулоциты, железо и ферритин сыворотки крови, обучающая программа.

РЕПРОДУКТИВДИК ЖАШТАГЫ АЯЛДАРДАГЫ ТЕМИРЗАТЫ ЖЕТИШСИЗДИКТИ ОКУТУУ ПРОГРАММАСЫН КОЛДОНУУ МЕНЕН АЛДЫН АЛУУ

Жусупова Ш.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

КР ССМ Кыргыз гематология илимий борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште темир жетишсиздик акыбалындагы репродуктивдик жаштагы аялдарда окутуу программасын профилактикалык максатта колдонуудан кийинки клиникалык өзгөрүүлөрдүн жана темир алмашуунун көрсөткүчтөрүнүн (гемоглобин, эритроциттер, ретикулоциттер, цветовой показатель, кандагы темир жана ферритин) жылыштары изилденди.

Негизги сөздөр: темир жетишсиздик акыбал, гемоглобин, эритроциттер, ретикулоциттер, кандагы темир жана ферритин, окутуу программасы.

APPLICATION OF THE TRAINING PROGRAM IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE

Jusupova Sh.K.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Kyrgyz Scientific Center of Hematology

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. We were studied dynamic of clinical manifestation and parameters of iron metabolism (hemoglobin, erythrocytes, colour index, reticulocytes, serum iron, serum ferritin) in patients with iron deficiency conditions. Patients, with mild form of iron deficiency anemia, were used training program. Obtained results shows the effectiveness of training program in iron deficiency conditions.

Key words: iron deficiency condition, hemoglobin, erythrocytes, reticulocytes, serum iron, serum ferritin, training program.

Железодефицитные анемии (ЖДА) – широко распространенные болезни, при которых снижается содержание железа в сыворотке крови, в костном мозге и в депо, в результате чего нарушается образование гемоглобина, а в дальнейшем эритроцитов, возникают гипохромная анемия и трофические расстройства

в тканях. До развития малокровия у больных наблюдаются признаки тканевого дефицита железа – латентный дефицит железа (ЛДЖ) [3].

ЖДА относится к категории «универсальных болезней», занимая первое место среди 38 самых распространенных заболеваний человека [4].

По данным ВОЗ (1999) ЖДА составляет 90% всех анемий и ею страдают 1 млрд. 788 млн. 600 тыс. жителей Земли, а железодефицитные состояния (ЖДС) зарегистрировано у 3 млрд. 580 млн. человек [2,13]. При ЖДА развиваются морфофункциональные нарушения, системы крови, дистрофия внутренних органов, осложнения во время беременности и в родах, задержка роста и развития детей, изменения интеллекта и поведенческих реакций и т. д. [7, 9,11]. Дефицит железа (ДЖ) приводит к задержке физического, нервно-психического, психомоторного, полового развития, вызывает синдром хронической усталости, подавляет иммунный статус, неспецифическую резистентность, клеточный и гуморальный иммунитет, нарушает работу желез внутренней секреции, нервной системы, хронизации заболеваний внутренних органов, увеличивает абсорбцию тяжелых металлов и др. [11,19,20]. Последнее определяется биологической ролью железа, являющегося незаменимым компонентом многочисленных железосодержащих и железозависимых структур, с участием которого осуществляются такие биохимические процессы, как транспорт кислорода (гемоглобин, миоглобин), цитохромов, железосеропротеидов и формирование активных центров окислительно-восстановительных ферментов (оксидазы, гидроксилазы, супероксиддисмутазы). Происходит повышение синтеза ДНК и деления клетки, тканевого дыхания, обуславливающие нормальное функционирование клетки, уровень миелопероксидазы, антиоксидантной защиты и в целом физиологического статуса организма [1,8,12,16,17,22]. Эпидемиологические исследования, проведенные научными сотрудниками Кыргызского научного центра гематологии (КНЦГ) МЗКР показали, что распространенность ЖДА у женщин репродуктивного возраста составила: в г. Баткен (1200 м) – 80,2%, в п.г.т. Кадамжай (950 м) – 53,5%, в п.г.т. Айдаркен (2010 м) – 47%, в пос. Гульча (1542 м) – 31,4%, пос. Сопу – Коргон (2168 м) – 76,4%, в пос. Сары – Таш (3150 м) – 6,9%, в Джеты – Огузском районе (2200 м) – 51,9 %, в Ак-Суйском районе (1800 м) – 39,3 % [21].

Группу риска по развитию ЖДА составляют женщины детородного возраста, беременные и кормящие грудью, дети младших возрастных групп [4,7,12,14,19]. В Центральной Азии существующее экономическое положение

оказывает свое влияние на уровень ЖДА среди уязвимых слоев населения, а именно женщин репродуктивного возраста. Высокий уровень анемии обусловлен комбинацией и таких факторов, как недостаточное питание и установившиеся вредные привычки в питании. Исследования показали, что количество употребляемого мяса и фруктов значительно снизилось, особенно за последние годы. Положение ухудшается в связи с тем, что в регионе население употребляет продукты, богатые железом, но всегда в сочетании приемом чая, угнетающего всасывание железа. Это связано с тем, что чай является традиционным напитком для коренного населения и как недорогой напиток заменяет все другие напитки, богатые аскорбиновой кислотой.

Исследования ученых показали, что 30% пациентов игнорируют назначенные врачами препараты железа, предпочитая лечить анемию только питанием из-за выраженных побочных эффектов препаратов железа, почти 90% больных прерывают лечение или не долечиваются до полного выздоровления, а рецидивы составляют почти 100%. Решающим фактором эффективности является просветительная работа среди населения, что повышает мотивацию к профилактике анемии и изменению привычек питания [10].

В связи с вышеизложенным, актуальным остаются вопросы обращаемости больных с тяжелой степенью анемии, изменение отношения врачей и пациентов к проблеме ЖДА, снижение распространенности дефицита железа в нашей стране.

Врачи всех Республик Центральной Азии должны начать обучающие программы для повышения уровня информированности и знания медицинских работников, уязвимых групп населения в отношении распространенности и последствий ЖДА и пути ее устранения (Объединенный комитет ВОЗ/ЮНИСЕФ по политике здравоохранения, Женева, 1995). Нам необходимо изменить наши привычки в области питания. В профилактике и лечении ЖДС, нельзя будет достигнуть какого либо успеха без концентрации внимания на индивидуумах, составляющих целевую группу, лекциям, посвященным причинам возникновения анемии, тяжелой пагубности ее последствий с постоянными напоминаниями необходимости регулярного и длительного приема препаратов.

Это не просто, но необходимо для успешной борьбы и профилактики ЖДА. Обучающие программы предназначены для повышения уровня знания и сознательности больных для достижения результатов лечения, недопущения рецидивов заболевания после его лечения и все это должно проводиться не врачами - гематологами, а всеми специалистами первичного звена здравоохранения (14).

Материал и методы

На базе отделения гематологии КНЦГ МЗ КР в течение 12 месяцев 57 пациентов с ЖДА репродуктивного возраста подверглись обучению по специальной образовательной программе. При этом оценивались уровень медико-гигиенических знаний, клиническое состояние. Нами также проведено комплексное исследование: общий анализ крови с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, ретикулоцитов, цветового показателя; биохимические показатели, включая железо и ферритин сыворотки крови; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и щитовидной железы; эндоскопические исследования – эзофагогастродуоденоскопия (ЭГД-скопия), фиброколоноскопия, ректороманоскопия (для выявления хронических очагов кровопотери и исключения онкологических заболеваний со стороны внутренних органов и органов малого таза), по показаниям консультации других специалистов.

В течение 1 года 1 группа (35 пациентов) обучалась по индивидуальной методике, 2 группа (22 пациента) не обучалась и служила контролем. Группы были сопоставимы по полу и возрасту, давности заболевания, по этиологическим причинам. Перед началом обучения пациентам проводилась оценка исходного уровня знаний с помощью специально разработанного опросника. Данные исходного уровня выявили низкий уровень знаний пациентов о ЖДА. Только у 5,2% (3 чел.) опрошенных, ответы оказались правильными, 15,7% (9 чел.) – удовлетворительными. В то же время у основного контингента обследуемых (45 чел. 78,1%) выявлены неудовлетворительные знания. С учетом информированности пациентов нами разработана обучающая программа, базирующаяся на современных принципах терапии и профилактики ЖДА. Способ изложения информации являлся простым и доступным, ориентированным на лиц, не имеющих

специального медицинского образования, реализована только индивидуальная методика обучения. Проводились занятия с каждым больным, в виде бесед врача с пациентом. Обучение проводилось в отделении гематологии КНЦГ МЗ КР. Курс обучения включал 8 занятий и проводились по темам, отражающим основные понятия об обмене железа, причинах развития дефицита железа, клинических проявлениях ЖДА, изменениях в анализах крови. На лекциях освещались о необходимости дополнительных инструментальных исследований и консультаций других специалистов, о содержании железа в продуктах и особенностях его всасывания, факторах, влияющих на всасывание железа, о препаратах железа, имеющихся в аптечной сети города, подбор дозы, формы препаратов, этапности и длительности приема препаратов железа, устранение причин ЖДА, обязательности контрольных исследований при неустранимых причинах и о проведении профилактического лечения ЖДА. Обучение проводилось в отделении гематологии КНЦГ МЗ КР. Курс обучения включал 8 занятий и проводились по темам, отражающим основные понятия об обмене железа, причинах развития дефицита железа, клинических проявлениях ЖДА, изменениях в анализах крови.

Результаты и обсуждение

Влияние обучения на уровень знаний. Данные исходного анкетирования выявили очень низкий уровень знаний у основного контингента исследуемых (78,1%), при этом средняя сумма баллов составила $6,3 \pm 0,24$. Через 12 месяцев обучения сумма баллов увеличились у пациентов 1 группы на 79%, в то же время у лиц 2 группы этот показатель при сравнении с исходным, существенно не изменился (табл. 1).

Анализ результатов клиничко - лабораторных исследований выявил достоверный эффект ферротерапии в сопоставимых группах, но более высокий эффект получен в 1 группе. У больных ЖДА обеих групп отмечались выраженные клинические проявления анемического (общая слабость, утомляемость, головокружение, одышка и сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожи и видимых слизистых оболочек, синусовая тахикардия, систолический шум на верхушке сердца и др.) и сидеропенического (сухость кожи, уплощение и исчерченность ногтей, ломкость волос, нарушение вкуса и обоняния и др.)

Таблица 1

Динамика уровня знаний в результате 12 месячного обучения

Группы	Исходный уровень	Через 12 месяцев	Достоверность по сравнению с исходными данными
обучающая	6,3±0,14	12,4±0,26	p< 0,001
контрольная	5,8± 0,42	6,9 ±0,21	p< 0,06

Таблица 2

Показатели гемопоза и обмена железа у больных ЖДА в процессе лечения (1 гр.)

I группа (35 человек)	Исходные результаты						10 день				40 день					
	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, нг	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, нг/л
Средние показатели	67	2,7	0,7	0,5	3,3	7,0	84	3,1	0,7	1,1	114	3,6	0,8	0,7	17,7	38,5
Минимальные показатели	50	1,9	0,6	0,2	1,0	4,8	65	2,5	0,7	0,3	80	2,8	0,7	0,2	6,0	5,2
Максимальные показатели	86	3,4	0,8	1,0	6,5	9,3	109	4,1	0,9	2,4	130	4,3	0,9	0,9	28,7	61,9

Таблица 3

Показатели обмена железа у больных ЖДА в процессе лечения (2 гр.)

II группа (22 человека)	Исходные результаты						10 день				40 день					
	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, мкг/г	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, мкг/г
Средние показатели	67	2,9	0,7	0,4	3,3	6,7	76	3,0	0,7	0,9	102	3,7	0,82	0,5	12,7	25,2
Минимальные показатели	52	1,7	0,7	0,2	2,3	4,3	60	2,3	0,7	0,2	71	2,6	0,65	0,2	6,2	4,8
Максимальные показатели	87	3,6	0,8	0,8	6,4	8,7	97	3,9	0,9	2,0	122	4,3	0,98	0,7	23,4	46,3

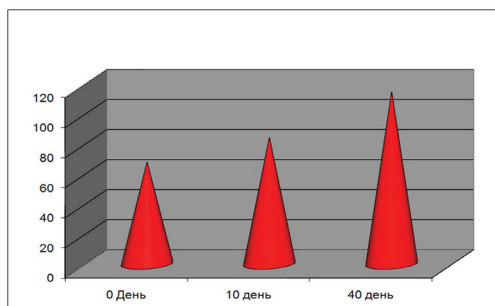


Рисунок 1. Динамика роста среднего уровня гемоглобина в 1 группе

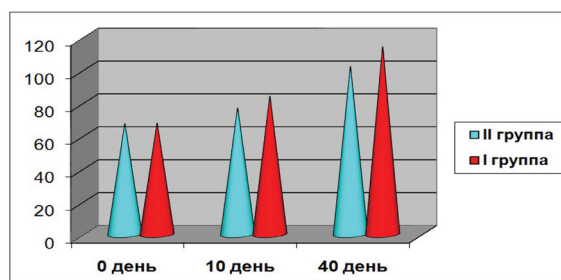


Рисунок 2. Динамика роста среднего уровня гемоглобина (г/л)

Таблица 4
Показатели обмена железа у больных ЖДА в течение 12 месяцев (1 гр.)

Через 6 месяцев I группа (35 человек)	Исходные результаты						Через 6 месяцев					Через 12 месяцев				
	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты, %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, нг/л	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин сыворотки, нг/л	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин сыворотки, нг/л
Средние показатели	68	2,7	0,75	0,5	3,3	7,0	118	3,8	0,95	10,5	34,2	112	3,9	0,86	17,7	44,5
Минимальные показатели	50	1,9	0,78	0,2	1,0	4,8	101	3,5	0,86	6,8	16,2	94	3,7	0,76	12,2	26,2
Максимальные показатели	86	3,4	0,75	1,0	6,5	9,3	135	4,1	0,98	24,6	52,2	130	4,1	0,95	28,7	61,9

Таблица 5
Показатели обмена железа у больных ЖДА в течение 12 месяцев (2 гр.)

II группа (22 человека)	Исходные результаты						Через 6 месяцев					Через 10 месяцев				
	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Ретикулоциты %	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, мкг/г	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, мкг/г	Гемоглобин, г/л	Эритроциты, 10 ¹² /л	ЦП	Железо сыворотки, мкм/л	Ферритин, мкг/г
Средние показатели	67	2,9	0,7	0,4	3,3	6,7	85	3,0	0,7	14,6	13,8	82	3,7	0,66	12,7	15,2
Минимальные показатели	52	1,7	0,7	0,2	2,3	4,3	54	2,2	0,73	6,2	4,4	52	2,6	0,65	6,2	4,8
Максимальные показатели	87	3,6	0,8	0,8	6,4	8,7	116	3,9	0,9	23,0	23,2	122	4,3	0,98	23,4	26,3

синдромов. После 40 дней лечения у пациентов 1 группы были получены следующие данные: у больных с ЖДА 1 группы признаки анемического синдрома были практически купированы, а симптомы сидеропении были стабилизированы, через 3 месяца они практически не выявлены. В этой группе больных, средний уровень гемоглобина повысился с 67,6 г/л до 84,5 г/л на 10 день, и до 113,4 г/л на 40 день лечения. Количество эритроцитов повысилось с $2,9 \times 10^{12}$ / л до $3,1 \times 10^{12}$ / л на 10 день, и до $3,8 \times 10^{12}$ / л на 40 день лечения (табл. 2).

Во второй группе уровень гемоглобина повысился с 67,2 г/л до 76,8,2 г/л на 10-й день, и до 102,4 г/л на 40-й день лечения. Количество эритроцитов повысилось с $2,9 \times 10^{12}$ / л до $3,0 \times 10^{12}$ / л на 10-й день и до $3,7 \times 10^{12}$ / л на 40 день лечения.

Как видно из рис.2, у больных 1-й группы показатели гемоглобина на 10-й день лечения по сравнению со 2-й группой пациентов выросла на 9,5%. На 40-е сутки терапии разница в гемоглобине составила 10,5%.

Как видно из табл. 4 и 5 у пациентов 1 группы имеется достоверно высокие показатели обмена железа, они не допустили снижение уровня гемоглобина до средней степени тяжести, устранив причины, пациенты с неустранимыми причинами ЖДА принимали профилактические дозы препаратов железа, во второй группе процент недолеченности пациентов из-за прекращения приема препарата железа составил 78%. также проведен анализ следующих параметров: повторные госпитализации с анемией тяжелой степенью для трансфузии эритроцитной массы в первой группе нет, во второй группе 58% (13 пациентов). Количество дней нетрудоспособности пациентов в среднем в 1 группе составил 12 дней, в контрольной группе - 28 дней.


Таким образом, обучение пациентов с ЖДА обеспечивает увеличение уровня медико-гигиенических знаний в среднем на 79%, увеличение долеченности до 90%, поддержание показателей обмена железа путем устранения причин ЖДА или при неустранимых причинах приема профилактических доз препаратов железа в период наблюдения, самостоятельного посещения на контрольные исследования параметров железа. Нужно отметить, что получен существенный экономический эффект в виде улучшения качества жизни

который происходит за счет снижения дней временной нетрудоспособности и уменьшения госпитализаций.

Литература:

1. Актуальные проблемы подростковой медицины / С.В. Мальцев, Р.А. Файзуллина, Н.Н. Архипова, Р.Т. Зарипова // Казанский мед.журнал. - 2005. - Т. 86, № 2. - С. 154-158.
2. Богданова О.М. Клинико-гематологическая характеристика гипохромных анемий у лиц старших возрастов: автореф. Дисс. канд. мед.наук. - Ульяновск, 2004. - 42 с.
3. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Москва. «Ньюдиамед». 2005.—Т.3. 171 с.
4. Воробьев П.А. Протокол ведения больных «Железодефицитная анемия»- Москва. «Ньюдиамед». 2005. 3 с.
5. Воробьев А.И. Руководство по гематологии: в 3-х т. - М., 2005. - Т. 3. -277 с
6. Железодефицитные состояния у подростков: частотные характеристики, клинические проявления и возможные причины / И.С. Тарасова, В.М. Чернов, М.В. Красильникова [и др.] // Гематология и трансфузиология. - 2006. - Т. 51, № 3. - С. 32-37.
7. Железодефицитная анемия беременных / Н.М. Подзолкова, А.А. Нестерова, С.В. Назарова, Т.В. Шевелева // Рус. Мед. Журнал. - 2003. - Т. 11, № 5.-С. 326-331.
8. Информационный бюллетень по препаратам железа / R. Schaefer, C. Gasche, R. Huch, A. Krafft// Гематология и трансфузиология. - 2004. - Т. 49, № 4. - С. 40-47.
9. Захарова И.Н. Современные аспекты диагностики и лечения железодефицитных анемий у детей / И.Н. Захарова, И.А. Коровина, Н.Е. Малова // Вopr. совр. педиатрии. - 2002. - Т. 1, № 1. - С. 60-62.
10. Каримов Х.Я. Сулайманова Д.Н. Профилактика дефицита железа в Республике Узбекистан. Ташкент. 2010. 72 с.
11. Кисляк Н.С. Дефицит железа и железодефицитная анемия у детей. - М.: Славянский диалог, 2001. - 143 с.
12. Коровина Н.А. Дефицит железа и когнитивные расстройства у детей / Н.А. Коровина, И.Н. Захарова, В.И. Свиницкая // Лечащий врач. - 2006. - № 5. - С. 69-71.
13. Макешова А.Б. Особенности железодефицитных состояний у женщин, проживающих на различных высотах Тянь-Шаня. Автореф. дисс. канд. мед.наук. Москва. 2002. 111 с.
14. Павлов А.Д. Дефицит железа и железодефицитная

- анемия у детей / А.Д. Павлов, Е.Ф. Морщакова. - М.: Славянский диалог, 2001. - 97 с.
15. Раимжанов А.Р., Эсенаманова М.К. Железодефицитные состояния (клиника, диагностика, профилактика и лечение). Методические рекомендации для врачей и студентов. Бишкек. 2004.
16. Сафуанова Г.Ш. Клинико-генетические исследования при железодефицитной анемии / Г.Ш. Сафуанова, А.А. Морозова, Э.К. Хуснутдинова // Гематология и трансфузиология. - 2003. - Т. 48, № 5. - С. 22-25.
17. Фазлыева Л.Г. Клинико-гематологический статус, гонадотропная функция гипофиза и функция половых желез у девочек подросткового возраста с железодефицитной анемией: автореф. Дисс.канд. мед. наук.-Уфа, 2005.-45 с.
18. A randomized trial of iron deficiency testing strategies in hemodialysis patients / S. Fishbane, W. Shapiro, P. Dutka et al. // *Kidney Int.* - 2001. - Vol. 60, N6. - P. 2406-2411.
19. Iron Deficiency Anemia. Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers. - Geneva: WHO, 2001. - 120 p.
20. Poorer behavioral and developmental outcome more than 10 years after treatment for iron deficiency in infancy / B. Lozoff, E. Jimenez, J. Hagen et al. // *Pediatrics.* - 2000. - Vol. 105. - P. E 51.
21. Raimjanov A., Makeshova A., Djakyрbaev O. Prevalence of the iron deficient states and the erythropoietin metabolism in women residing at the different altitudes of Tien-Shan. Selected work of national Academy of Sciences of Kyrgyz Republic. Bishkek. 2004. P. 17 – 25.
22. Roy, C.N. Iron homeostasis: new tales from the crypt / C.N. Roy, C.A. Enns // *Am. J. Hemotol.* - 2000. - Vol. 96. - P. 4020-4027.



**Общественный Фонд
имени Санжарбека Даниярова**

По итогам конкурса молодых ученых лучшему докладу присуждается **премия имени академика С.Б.Даниярова** с целью повышения престижа занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых специалистов.

Фонд полагает, что такая форма поощрения будет содействовать

- Интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- Установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов
- Расширению культурного кругозора молодых ученых и развитию творческого мышления.

Премия: Поездка в Москву, столицу Российской Федерации, с посещением культурных центров города: музеев, картинных галерей, театров, исторических мест и архитектурных достопримечательностей.

Победителю также будет вручен **Почетный Диплом Фонда Санжарбека Даниярова**

Процедура выбора кандидата:
Премия будет вручена победителю Конкурса молодых ученых, учрежденного руководством КГМА. Победитель Конкурса будет определен Жюри конкурса в соответствии с Положением о конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, без участия Фонда.

ОСОБЕННОСТИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В ОТОБРАННЫХ ОБЛАСТЯХ КАЗАХСТАНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОЖИВАНИЯ НАД УРОВНЕМ МОРЯ

Игисинов С.И., Исмаилова А.А.,
Игисинова Г.С., Есенкулова С.А.

КазНМУ им С.Д. Асфендиярова
Кафедра онкологии, маммологии и лучевой терапии
Алматы, Казахстан

Резюме. Анализированы особенности распространения рака шейки матки за 2009-2011 гг., зарегистрированных в отобранных трех областях Казахстана, расположенных в горных регионах (Жамбылская обл., 1200м н.у.м.), в равнинных (Костанайская обл., 500м н.у.м.) и низменных (Атырауская обл.- ниже 110м н.у.м.). В указанных областях объем онкологической помощи больным раком шейки матки был оказан относительно одинаково. Выявлены возрастные особенности рака шейки матки с пиком роста 40-49 лет жителей низменных и равнинных местностях; в горных регионах – возрастной пик установлен среди лиц 50-59 лет. При этом высокая заболеваемость рака шейки матки установлена в низменных и равнинных зонах, чем в горных регионах Казахстана. Эти различия возможно связаны с горной гипоксией, которая изменяется в зависимости от высоты проживания над уровнем моря, а также демографическими факторами и др.

Ключевые слова: регионы, рак шейки матки, заболеваемость, горная гипоксия, этническая группа.

FEATURES OF CANCER CERVIX IN THE SELECTED AREAS OF KAZAKHSTAN DEPENDING ON ACCOMMODATION ABOVE SEA LEVEL

Igisinov S. I., Ismailova A.,
Igisinova G. S., Esenkulova S. A.

S.D. Asfendiyarov Kazak National Medical University
Chair of oncology, mammalogy and radiotherapy
Almaty, Kazakstan

Resume: We analyzed peculiarities of spreading of cancer cervix, in selected three regions of Kazakhstan for during 2009-2011 years. These regions located in mountain regions (Jambyl, 1200 m. altitude), in plain region (Kostanay, 500 m. altitude) and low-lying region (Atyrau, low 110m. altitude). In the specified areas the volume of the oncological help rather identical were rendered to patients with cancer cervix. Age features of a cancer cervix with peak of growth of 40-49 years of inhabitants low and flat districts are revealed, and in mountain regions – the age peak is established among persons of 50-59 years. Thus high incidence of a cancer cervix is established in low and flat zones, in comparison with mountain regions of Kazakhstan among Kazakh women and the Russian women. These distinctions are probably caused by a mountain hypoxia which changes depending on accommodation height above sea level, and also demographic factors, etc.

Keywords: regions, cancer cervix, incidence, mountain hypoxia, ethnic group.

Актуальность.

Злокачественную опухоль можно сравнить с Айсбергом, потому что, мы на сегодняшний день исследуем только его видимые части на поверхности воды, а подводная часть неизвестно ложится на вклад будущего. На территории СНГ, около 20,0% населения проживают на горной местности. К горному климату присуща своя особенность, как горная гипоксия [1]. Кислородный состав атмосферного воздуха уменьшается в зависимости от высоты местности над уровнем моря. В связи с этим парциальное давление кислорода не связано с географической широтой местности, она изменяется только в

зависимости от высоты над уровнем моря, эта сторона вопроса доказано. В современное время от этого постоянного внешнего фактора человечество существующими возможными средствами не может защищаться, чтобы жить в гипоксической среде, оно вынуждено жить только благодаря биологической адаптации. У человечества популяционная адаптация к хронической гипоксии формировалась в течение нескольких веков, в связи с тем у них возникали различные особые патологические изменения [2]. В результате экспериментальных исследований [3,4,5,6,7] были доказаны, что в условиях горной гипоксии, перевивные опухоли

у животных развиваются медленно, происходит торможения роста злокачественных опухолей. При клиническом исследовании [8,9] также установлены, что у больных раком пищевода, в условиях горной гипоксии происходили торможения рецидива и метастазирования опухоли. Известно, что человечество на земном шаре проживает на различных географических зонах, как низменной, равнинной и горной местностях.

Поэтому возникает необходимость изучения эпидемиологических особенностей распространения рака шейки матки выше указанных регионах, одной из целью нашего исследования является выяснение этиологических факторов, влияющих на возникновение данной патологии в Казахстане.

Цель исследования:

Оценка особенностей распространения рака шейки матки в разных областях Казахстана в зависимости от проживания над уровнем моря.

Задачи исследования:

1. Изучение состояния онкологической помощи в отобранных областях Казахстана.
2. Сравнительный анализ показателей заболеваемости рака шейки матки в отобранных областях Республики, с учетом демографических факторов.
3. Определение связи показателей заболеваемости рака шейки матки к этно - возрастному составу населения, проживавших на различных географических зонах страны в зависимости от высоты над уровнем моря.

Научная новизна. В Казахстане впервые в сравнительном аспекте определены взаимосвязь частоты рака шейки матки с гипобарической гипоксии среди жителей проживающих на различных высотах над уровнем моря.

Практическое значение:

Путем применения искусственной гипобарической гипоксии можно проводить лечение больных, и профилактику рецидивов, а также метастазирования рака шейки матки среди жителей, проживающих в низменных и равнинных местностях Республики.

Материалы и методы исследования:

Согласно выборочной теории мы отобрали три области Казахстана, расположенных в различных географических зонах:

1. Жамбылская область – горная местность, расположена 1200 м. н.у. моря.
2. Костанайская область – равнинная местность, расположена 500 м. н. у. моря.
3. Атырауская область – низменная местность, расположена ниже 100 м. н. у. моря.

Удельный вес населения в отобранных областях Казахстана составляет 15,6%, что соответствует принципу выборочной единицы, поэтому наша выборка репрезентативная (теоретический 10-12%).

Основным материалом служили больные раком шейки матки зарегистрированных в указанных областях за 2009-2010 гг. Всего 1344 женщины. Статистическая обработка проведена общепринятой методикой санитарной статистики [10], Вычислены интенсивные показатели заболеваемости рака шейки матки (‰) и представлены среднегодовые данные.

Результаты и обсуждение.

Основные показатели онкологической помощи при раке шейки матки в отобранных областях, как доля ранней диагностики, первичной запущенности, а также одногодичная летальность оказались одинаковыми (Рис.№1).

Возрастные различия в отобранных

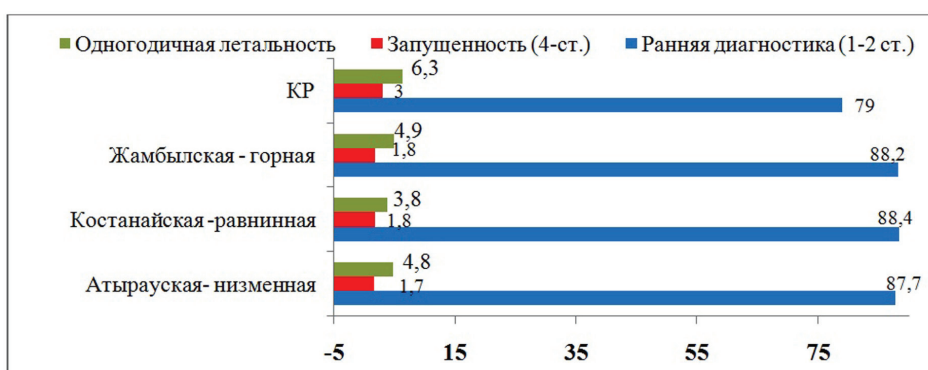


Рис.1. Показатели онкологической помощи больным раком шейки матки в отобранных областях Казахстана (2009-2011 г.)

областях имеют свои особенности в Атырауской (низменной) - в возрастных группах 30-39 (46,6%) и 40-49 (54,0%) лет удельный вес рака шейки матки был высоким, в целом имеет унимодальный рост с пиком в возрасте 40-49 лет; в Костанайской (равнинной) – самый высокий удельный вес установлен среди лиц 40-49 лет (43,3%), также с пиком в данной возрастной группе, в то же время пик болезни в Жамбылской области установлен в возрастных группах 50-59 лет (46,0%), следовательно возникновение рака шейки матки в горных местностях на 10 лет развивается позже, чем у жителей, проживающих в низменной и равнинной местностях. Эти полученные результаты позволяют предположить, что горная гипоксия играет определенную роль в уменьшении возникновения рака шейки матки, и отрицать данный факт мы не можем.

Установлена прямая связь между заболеваемостью рака шейки матки и от

высоты местности над уровнем моря. При этом самая низкая заболеваемость рака шейки матки выявлена в Жамбылской области - 8,3‰, далее в Костанайской – 11,0‰, а высокой - в Атырауской – 12,4‰ (Рис.2).

Следовательно, средние годовые интенсивные показатели заболеваемости рака шейки матки в регионе горной местности в 1,5 раза, чем у жителей низменной зоны, а по сравнению с равнинной местностью в 1,3 раза оказались низкими (Рис.3).

Далее изучали демографические особенности основных этнических групп населения Казахстана (Рис.4). Так, темп прироста удельного веса численности казашек за 1999-2012 гг. имели тенденции к росту (Тказ. = 4,0%), тогда как русских женщин – к снижению (Трус. = -0,0002%) и только в последние годы имели тенденции к росту, а в 2012 году достиг до 0,03%, по сравнению с данными 1999 года. (Рис.4).

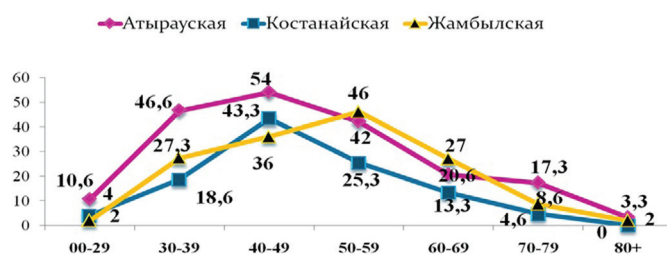


Рис.2. Среднегодовой удельный вес больных раком шейки матки в отобранных областях Казахстана по возрастным группам населения (2009-2011 гг.)

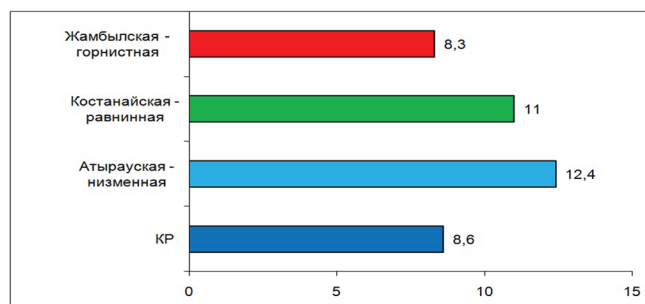


Рис.3. Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости рака шейки матки в отобранных областях Казахстана, в зависимости от высоты над уровнем моря (2009-2011 гг.)

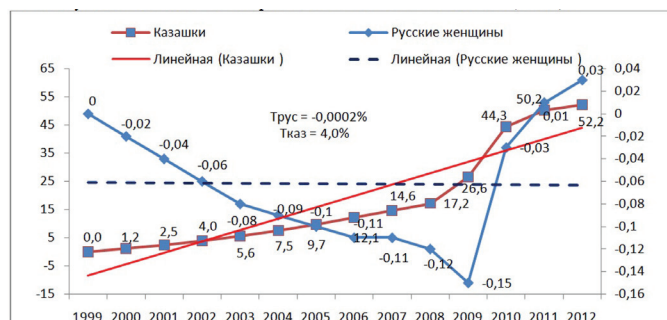


Рис.4. Динамика темпа прироста удельного веса численности казашек и русских женщин (1999-2012 гг.)

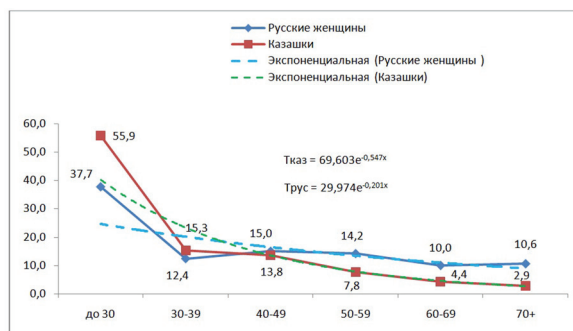


Рис. 5. Среднегодовой удельный вес основных этнических групп населения по возрастным группам (2009-2011 гг.)

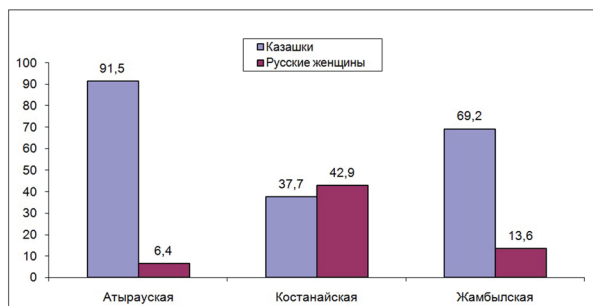


Рис. 6. Среднегодовой удельный вес основных этнических групп населения в отобранных областях Казахстана (2009-2011 гг.)

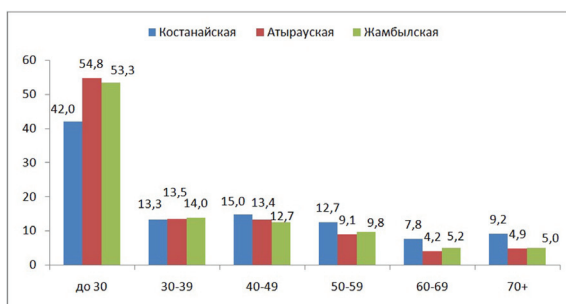


Рис. 7. Среднегодовой удельный вес основных этнических групп населения в отобранных областях Казахстана по возрастным группам населения (2009-2011 гг.)

При анализе повозрастных составов численности этнического состава населения выявлено, что у казашек удельный вес среди лиц до 49 лет были высокими, по сравнению с аналогичными данными у русских женщин и имели тенденции в сторону омоложения населения. В то же время у русских женщин – преобладали лица в возрастных группах старше 49 лет с преобладанием в сторону старения населения. При этом экспоненциальная линия тренда у казашек в 2,3 раза выше, чем у русских женщин. (Рис.5).

В отобранных регионах Казахстана (Рис. 6) доля казашек была высокой в Атырауской области (91,5%), а у русских женщин - в Костанайской области (42,9%). (Рис.6) Среднегодовой удельный вес женщин в Атырауской (54,8%) и Жамбылской (53,3%) областях в возрастных группах до 30 лет были высокими в 1,3 раза, чем данные Костанайской

области (42,0%). Однако среди старше 40 лет доля женщин была высокой в Костанайской области, по сравнению с другими отобранными областями Казахстана. (Рис.7).

Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости раком шейки матки в отобранных областях Казахстана у казашек во всех возрастных группах были высокими среди жителей низменной зоны (Атырауская), а самые низкие – у женщин проживающих в горной местности (Жамбылская) и промежуточное положение - у казашек, проживающих на равнинной местности (Рис.8). Аналогичные данные у русских женщин также были высокими в Атырауской области с унимодальным ростом и пиком заболеваемости и установлены в возрастных группах 50-59 лет (150,1‰).

Уровень заболеваемости раком шейки матки у русских женщин во всех отобранных регионах страны были высокими, но частота

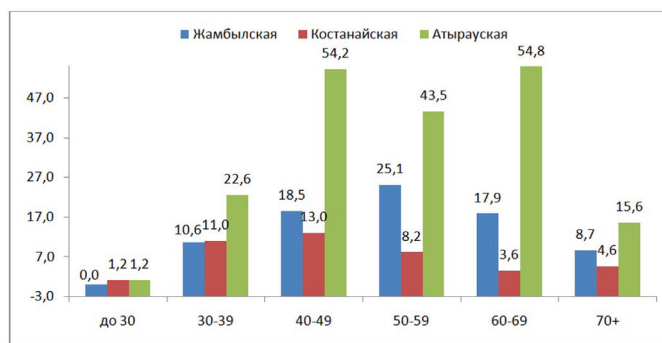


Рис. 8. Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости казашек в отобранных областях Казахстана по возрастным группам населения (2009-2011 гг.)

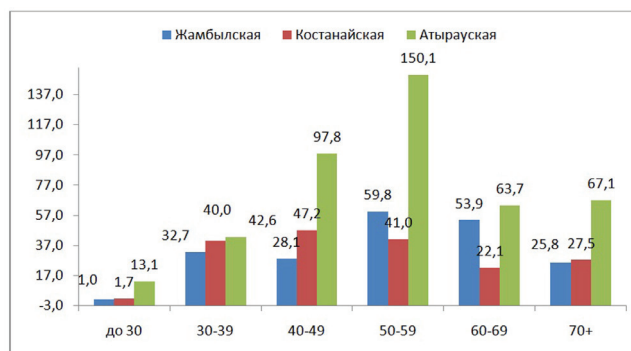


Рис. 9. Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости русских женщин в отобранных областях Казахстана по возрастным группам населения (2009-2011 гг.)

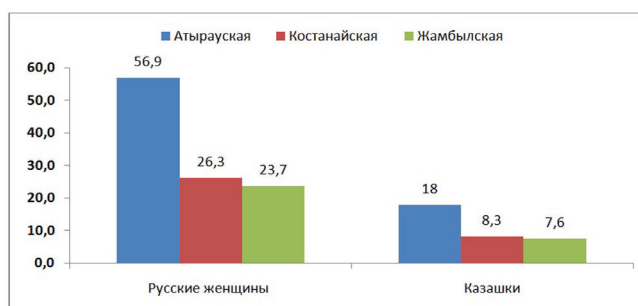


Рис. 10. Среднегодовые интенсивные показатели заболеваемости этнических групп в отобранных областях Казахстана (2009-2011 гг.)

уменьшается вертикально вверх в зависимости от высоты проживания над уровнем моря (Рис.9). Подобные закономерности выявлены в отношении казашек, однако показатели заболеваемости у них в 3,1 раза ниже, чем у русских женщин во всех отобранных областях Казахстана.

Таким образом, частота возникновения рака шейки матки в отобранных областях Казахстана обусловлены с общим и этно-возрастным составом населения в зависимости от высоты проживания над уровнем моря. (Рис.10).

Заключение

1. В изученных областях Казахстана уровень заболеваемости рака шейки матки обусловлен с демографическими факторами.

2. Темп прироста численности казашек по сравнению с русскими женщинами оказался высоким.

3. В отобранных регионах Казахстана показатели заболеваемости рака шейки матки у казашек по сравнению с русскими женщинами в 2-3 раза ниже.

4. Выявлена взаимосвязь рака шейки матки с возрастным составом изучаемых этнических групп населения, проживающих на различной высоте над уровнем моря.

5. Показатели заболеваемости рака шейки матки у отдельных этнических групп населения уменьшается вертикально вверх в зависимости от высоты проживания над уровнем моря.

6. Полученные результаты нашего исследования позволяют предположить, что

горная гипоксия играет определенную роль в уменьшение возникновения рака шейки матки, отрицать данный факт мы не можем.

Литература:

1. Агаджанян Н.А., Миррахимов М.М. Горы и резистентность организма. М.: Наука. – 1970.- 184 с.

2. Миррахимов М.М., Гольдберг П.Н. Горная медицина. – Фрунзе, 1978.

3. Кулиш О.П. Влияние условий высокогорья на противоопухолевую активность циклофосфана и его действие на клетки лимфоидной ткани// Экспериментальная онкология. М., 1985. - Т.7.- № 3. -С.60-63.

4. Кулиш О.П. Особенности метастазирования перевивных опухолей в условиях высокогорья// Экспериментальная онкология. М., 1987. - Т.9.- № 5. -С.73-75.

5. Кулиш О.П., Галкина К.А. Влияние высокогорной гипоксии на эффективность химиотерапии опухолей// Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. М., 1983. - № 2. – с. 33-35.

6. Ахтямов М.Г. К вопросу о роли кислородного режима организма в возникновении и распространении злокачественных новообразований//Вопросы онкологии и радиологии. - Алма-Ата, 1980.- с. 36-43.

7. Ахтямов М.Г. К особенностям распространения рака пищевода в зависимости от высоты населенных территорий над уровнем моря//Проблемы медицинской географии Казахстана.- Алма-Ата, 1981. - с.86-89.

8. Игисинов С.И. Методико-географические особенности распространения рака пищевода в условиях высокогорья/Сб. тр. КНИИОиР, 1984.-С. 35-37.

9. Игисинов С.И. Эпидемиология рака пищевода среди жителей горной местности, Алматы, 2006.- 276 с.

10. Мерков А.М., Поляков Е.И. Санитарная статистика. 1974.-374с

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОПТОЗА

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе дана оценка хирургического лечения 76 больных с нефроптозом и из них 44 по усовершенствованной методике нефропексии, которые перенесли оперативное лечение в урологических отделениях в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республике за период с 2004 по 2013 гг. Для диагностирования нефроптоза наряду с клинико-лабораторными исследованиями проводились рентгеноурологические (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя) и ультразвуковые доплерографические исследования почек. Проведена сравнительная характеристика методов нефропексии. Разработан новый способ нефропексии при нефроптозе, который создал надежную эффективную нефропексию и сохраняет физиологическую подвижность оперированной почки.

Ключевые слова: Нефроптоз, нефропексия, хирургическое лечение.

НЕФРОПТОЗДУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУН ӨРКҮНДӨТҮҮ

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин Улуттук госпиталга караштуу
Республикалык илимий урология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2004-2013 жылдагы Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министирлигинин Улуттук госпиталынын астындагы Республикалык илимий урология борборунун урология бөлүмдөрүндөгү 2004-2013 жылдарда хирургиялык жол менен дарыланган 76 бейтап нефроптоз менен, а алардын ичинен 44 бейтапк нефропексиянын орчутулгон методикасы менен жүргүзүлгөн операцияларга баа берүү булжумуштун негизги максаты. Нефроптоз оорусун табуучун клинико-лаборатордук текшерүлөрдөн тышкары рентген урологиялык (жалпы жана экскретордук урография горизонталдык жана вертикалдык абалда) жана доплердик ультра-ун текшерүүсү жүргүзүлдү. Нефропексиянын ыкмаларын асалыштырмалуу мүнөздөмө берилди. Нефроптоз оорусуна жүргүзүлгөн нефропексия операциясынын бөйрөктүн физиологиялык кыймылын толук кандуу камсыз жасай турган жаны ыкмасы иштелип чыкты.

Негизги сөздөр: Нефроптоз, нефропексия, хирургиялык дарылоо.

IMPROVEMENT OF SURGICAL TREATMENT OF NEFROPTOZ

Mambetov Zh.S., Salimov B. G., Turashev M. T.

Republican scientific center of urology at National hospital
of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In work the assessment of surgical treatment of 76 patients with nefroptoz and from them 44 by an advanced technique of a nefropeksiya is given, which transferred expeditious treatment in urological offices in Republican scientific center of urology at National hospital of Ministry of Health to the Kyrgyz Republic from 2004 for 2013. For diagnosing of a nefroptoz along with kliniko-laboratory researches were carried out X-ray urological (survey and excretory and costing to urography in a prone position) and ultrasonic Doppler researches of kidneys. The comparative characteristic of methods of a nefropeksiya is carried out. The new way of a nefropeksiya at a nefroptoz which created a reliable effective nefropeksiya is developed and keeps physiological mobility of the operated kidney.

Keywords: Nefroptoz, nefropeksiya, surgical treatment.

Введение.

Довольно трудным, спорным вопросом является определение относительных и абсолютных показаний к оперативному методу лечения нефроптоза [3].

В течение многих лет были периоды отрицательного отношения к оперативному методу лечения, когда нефропексию считали опасной для жизни больного. Это, по-видимому, объяснялось отсутствием абсолютных показаний к операции и неточностью разработанных методов диагностики [1,2,5].

С внедрением в практику рентгенологических и лучевых методов диагностики и с учетом особенностей этиологического фактора, данных объективного исследования, в связи с нефроптозом и имеющимися осложнениями отношение к нефропексии изменилось и последние 20-25 лет уже нет отрицательных высказываний о нефропексии.

На современном этапе в странах ближнего и дальнего зарубежья широко стали использовать синтетический биоматериал - полипропиленовые сетки, который устанавливается открытым, но чаще лапароскопическим методом [4,6,7].

Полипропиленовый сетчатый имплантат хорошо и быстро интегрируется с окружающими тканями на ранних сроках после имплантации, являясь биологически инертным синтетическим материалом, однако, недостатком при нефропексии является, что полностью теряется физиологическая подвижность оперированной почки, которая может негативно отразиться на гемодинамике почек.

Следовательно, нами поставлена цель разработать новый способ нефропексии при нефроптозе, который создал бы надежную эффективную нефропексию и сохранить физиологическую подвижность оперированной почки.

Материал и методы исследования. Материалом исследования стали больные страдающие нефроптозом, которые перенесли оперативное лечение в урологических отделениях в Республиканском научном центре урологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республике за период с 2004 по 2013 гг. 76 больных с различной степенью выраженности нефроптоза и из них 44 по усовершенствованной методике нефропексии.

Для диагностирования нефроптоза наряду с клинико-лабораторными исследованиями проводились рентгеноурологические (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя) и ультразвуковые доплерографические исследования почек (УЗДГ).

Результаты статистически обработаны на персональном компьютере «Pentium-IV» методом вариационной статистики с использованием пакета Microsoft Excel. Определяли основные статистические характеристики: среднее (M), ошибки среднего (m) и стандартное отклонение (δ). Достоверность различия средних определяли по критерию Стьюдента (t) для коэффициента вариации и уровень значимости считали результат при $P < 0,05$.

Результаты лечения оценивались следующими критериями:

1) хорошее - отсутствие клинических проявлений болезни, нормализация лабораторных показателей при контрольном рентгенологическом и ультразвуковом исследовании нет рецидива болезни и гемодинамические показатели в норме;

2) удовлетворительное - значительная регрессия клинических проявлений болезни, однако, в ряде лабораторно-инструментальных исследований оставались отклонения от нормы, но при контрольном рентгенологическом и ультразвуковом исследовании нет рецидива болезни и гемодинамические показатели в норме;

3) неудовлетворительное – рецидив нефроптоза и отсутствие клинического и лабораторного улучшения.

Результаты и их обсуждения.

На основании проведенной экскреторной урографии в позиции лежа и стоя были диагностированы (рис. 1):

с нефроптозом 1 степени 12 (27,3%) больных, с нефроптозом 2-й степени 23 (52,3%) и 3 степени 9 (20,4%) больных, которые перенесли операцию нефропексию по усовершенствованной методике (основная группа).

Следует отметить, что у лиц подвергнутых хирургическому лечению нефроптозом 1 степени беспокоили постоянные изнуряющие боли в почке на стороне нефроптоза, усиливающиеся при физической нагрузке, а на экскреторных урограммах отмечалась ротация

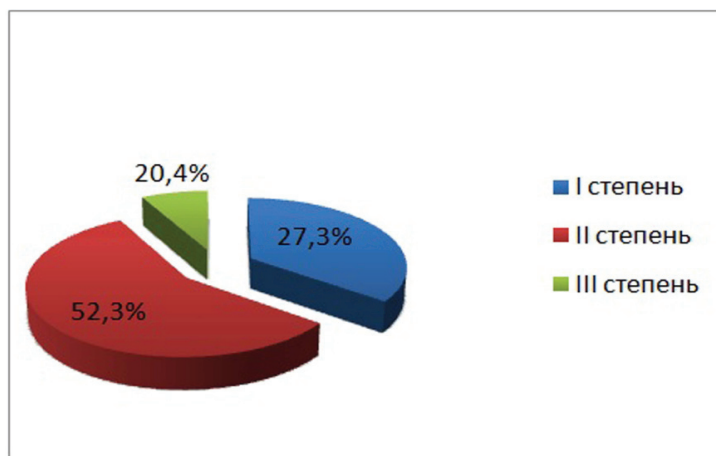


Рис.1. Степени нефроптоза основной группы.

опущенной почки.

Наряду с этим на УЗДГ были зарегистрированы отличительные гемодинамические нарушения при изменении позиции тела.

Так, при 1 степени нефроптоза гемодинамические показатели в позиции лежа оказались следующими: V_{max} - $39,4 \pm 2,23$ см/с; V_{min} - $25,6 \pm 2,19$ см/с и R_i - $0,371 \pm 0,03$, т.е., гемодинамические параметры в данном положении тела оказались в пределах нормы. При вертикальном положении тела у больных гемодинамические показатели оказались в пограничных цифрах нормы ($p > 0,05$).

Во 2 стадии нефроптоза результаты в горизонтальном положении тела у больных были следующими: V_{max} - $37,7 \pm 1,13$ см/с; V_{min} - $24,1 \pm 2,14$ см/с и R_i - $0,489 \pm 0,06$ и в данном случае в основном показатели составили пограничные цифры нормы, однако в позиции стоя достоверность была отмечена V_{max} $33,4 \pm 0,7$ см/с и индекса резистентности ($p < 0,05$).

При 3 степени нефроптоза в положении лежа были отмечены нарушения гемодинамических показателей (V_{max} - $31,7 \pm 1,38$ см/с; V_{min} - $19,7 \pm 1,35$ см/с и R_i - $0,579 \pm 0,07$) и в позиции стоя отмечены ухудшения показателей гемодинамики (V_{max} - $26,3 \pm 1,2$ см/с; V_{min} - $14,6 \pm 1,4$ см/с и R_i - $0,882 \pm 0,03$) и при сопоставлении результатов отмечены достоверность по критерию ($p < 0,05$).

32 пациента с нефроптозом перенесли операцию нефропексию традиционными способами, они были сравнительной группой для оценки результативности операции в отдаленном периоде (рис.2).

Из их с нефроптозом 1 степени 8 (25,0%)

больных, с нефроптозом 2-й степени 20 (62,5%) и 3 степени 4 (12,5%) больных.

В нашей клинике в течение многих лет практикуется открытая нефропексия мышечно-фациальным лоскутом, разработанная доцентом О.А. Абдылдаевым суть которого, заключается в следующем: выделение лоскута мышцы из латерального брюшка *m. psoas* толщиной не более 2 см. и длиной 8 см последующим фиксацией на поверхности почки не рассекая и не образуя тоннели из фиброзной капсулы почки, т.е. по супракапсулярной методике.

По этой методике были произведены операции и в 2 (6,3%) случаях были отмечены рецидивы нефроптоза. Это связано с тем, что зачастую происходит снижение нормального питания и иннервации мышечного лоскута, это приводит к атрофии лоскута, тем самым к потере фиксирующего эффекта лоскута и рецидиву нефроптоза. Данная ситуация была установлена при повторной операции, где установлено истончение лоскута с отсутствием фиксирующего эффекта.

Учитывая эти ситуации, нами была усовершенствована данная методика, которая заключается в следующем (рационализаторское предложение № 28/13 КГМА им И.К. Ахунбаева от 05.12.2013г.): Перед фиксацией по внутренней поверхности мышечно-фациального лоскута на протяжении длиной 4 - 5 см и толщиной 1,5 см сшивается полипроленовая сетка, которая фиксируется длительно рассасывающимися узловыми швами (максон, викрил №3/0 или 4/0) на фиброзную капсулу почки (рис.3). Дефект в *m. psoas* ликвидируют сближением краев мышцы непрерывным викриловыми швами 3/0 швом.

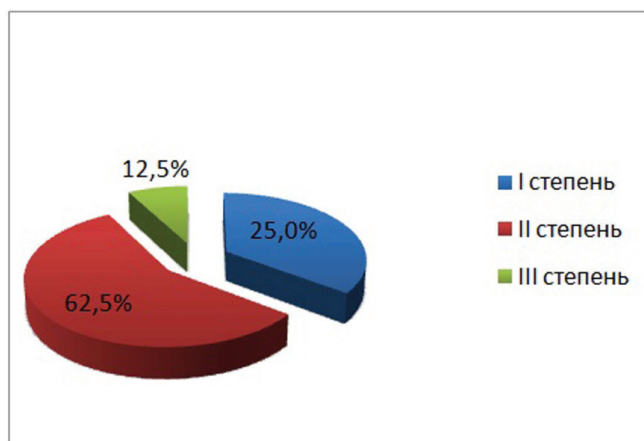


Рис.2. Степени нефроптоза контрольной группы.

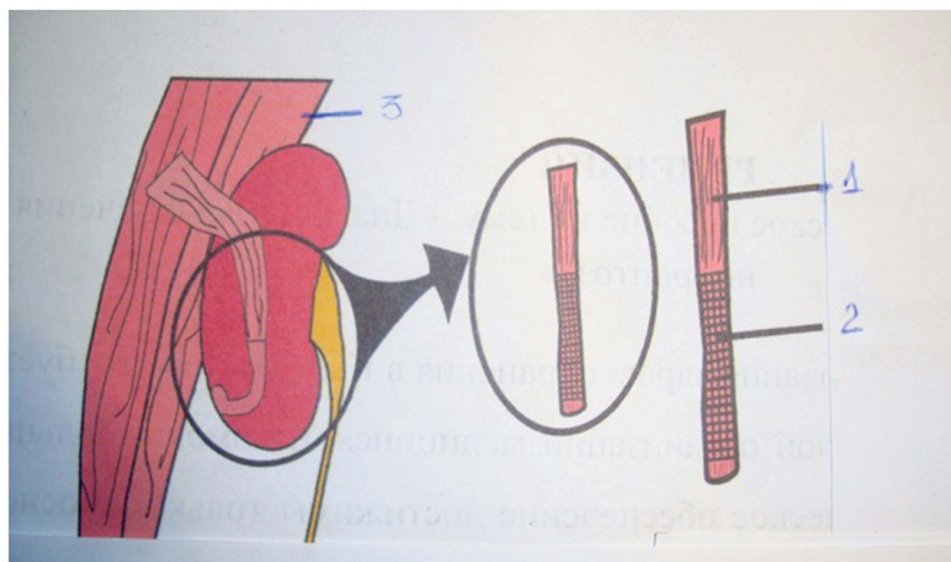


Рис.3. Мышечно-фасциальный лоскут с полипропиленовой полоской.

1-мышечный лоскут; 2-полипропиленовая полоска; 3- т. *Psoas major*

Почку окутывают паранефральной клетчаткой и обязательно восстанавливают целостность почечной фасции. Рану зашивают наглухо, до страхового дренажа и резиновой полоски.

Результаты нефропексии по усовершенствованной методике были оценены через 1 год после операции и получены следующие данные:

Хорошие результаты получены у 36 пациентов (81,8%) удовлетворительные у 8 (18,2%) следует отметить, что не постоянные болевые синдромы у этих пациентов, по всей вероятности, обусловлены хроническим пиелонефритом и эти пациенты получили соответствующее противовоспалительное лечение.

В группе сравнения (32 чел.), которые перенесли операцию по традиционной методике, хорошие результаты были отмечены у 21 (65,6%), удовлетворительные у 9 (28,1%) и неудовлетворительные у 2 (6,3%) пациентов, т.е. были зарегистрированы рецидивы нефроптоза.

Выводы:

1. Назрела необходимость пересмотреть показания и противопоказания консервативной или оперативной коррекции патологически подвижной почки. При этом следует рассматривать, что консервативное лечение является подготовкой к операции.

2. Учитывая, что в нашей республике широко применяется супракапсулярный мышечно-фасциально лоскутный способ

нефропексии и, обращая внимание на рецидивы, то следует широко использовать усовершенствованную методику, как усиливающую и создающую надежность фиксации лоскута.

Литература:

1. Гафуров М.У. Оптимизация хирургического лечения нефроптоза: Автореферат дисс...канд.мед.наук.- 14.21.03.- Бишкек; 2013.- 22 с.

2. Еганов Е.П. К нефропексии мышечными лоскутами /Е.П. Еганов, О.А. Абдылдаев // Здравоохранение Киргизии. 1978 г. - № 6. С. 26-29.

3. Имамбетдиев С.Б. Новая модификация субкапсулярной нефропексии /С.Б. Имамбетдиев., А.Б. Керимов // Азербайджанский мед.жур. - 1991. - № 4. - С. 52-58.

4. Пучков К.В. Лапароскопические методы оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии: автореф. дис... д-ра мед.наук / К.В. Пучков; РязГМУ.- Рязань, 1997.- 32 с.

5. Чернецова Г.С. Оперативное лечение нефроптоза /Г.С. Чернецова, М.У. Гафуров //Вестник КРСУ, 2012.- Т.12, №1.- С. 158-161.

6. Laparoscopic nephropexy: a case report / T. Matsuda et al. // International Journal of Urology. 1996. - Vol.3, №5. - P.397-400.

7. Laparoscopic nephropexy for symptom, nephroptosis: initial case report / D.A. Urban et al. // J. Endourol. 1993. - Vol.7, №1. - P. 27- 30.

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОДИНАМИКИ ПОЧЕК ПРИ НЕФРОПТОЗЕ

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе даны результаты гемодинамического исследования почек 59 больных страдающих нефроптозом. Больные были обследованы в Республиканском научном центре урологии и андрологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2008 по 2012 годы. Всем больным проводились общеклинические, биохимические, ультразвуковые доплерографические исследования почек, рентгеноурологические обследования (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя). Особое внимание было уделено ультразвуковому доплерографическому исследованию почек с одновременным применением В-режима, цветным доплерографическим картированием и импульсным доплеровским режимом (метод триплексного сканирования). Допплерография почечных сосудов оценивалась в позиционном режиме т.е. горизонтальном, вертикальном (в покое) и после физической нагрузки (приседаний 15 раз), также в горизонтальном и вертикальном положении.

Ключевые слова: Нефроптоз, ультразвуковое доплерографическое исследование почек, пиелонефрит.

НЕФРОПТОЗ АБАЛЫНДА БӨЙРӨКТҮН КАН АЙЛАНУУ КӨРСӨТКҮЧҮ

Мамбетов Ж.С., Салимов Б.Г., Турашев М.Т.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министирлигинин
Улуттук госпиталга караштуу Республикалык илимий урология борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жумушта гемодинамикалык текшерүүлөрдөн өткөн нефроптоз оорусу менен ооруган 59 бейтаптын жыйынтыгы берилди. Бул бейтаптар 2008-2012 жылдарда Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министирлигинин Улуттук госпиталынын астындагы Республикалык илимий борборунун урология жана андрология бөлүмүндө текшерилди. Бардык бейтаптарга жалпы-клиникалык, биохимиялык, бөйрөккө доплердик ультра-ун, рентген урологиялык (жалпы жана экскретордук урография горизонталдык жана вертикал алдыкабалда) текшерүүлөр жүргүзүлдү. Бөйрөккө доплердик ультра-ун мене бирге триплекс сканирлоо методу (В – тартибинде, түстүү доплер сүрөттөөсүндө, импульс доплер тартибинде). Бөйрөктүн кантамырларын доплердоону горизонталдык, вертикалдык (кыймылсыз) жана физикалдык күчтөн кийин (15 жолу олтуруп-туруу) абалда бааланды.

Негизги сөздөр: Нефроптоз, бөйрөктүн ультраүндүү доплер изилдөөсү, пиелонефрит.

INDICATORS OF HAEMODYNAMICS OF KIDNEYS AT A NEFROPTOZA

Mambetov Zh.S., Salimov B. G., Turashev M. T.

Republican scientific center of urology at National hospital of
Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In work results of haemodynamic research of kidneys of 59 patients suffering the nefroptozy are yielded. Patients were examined in Republican scientific center of urology and andrology at National hospital of Ministry of Health of the Kyrgyz Republic from 2008 for 2012. All patient conducted all-clinical, biochemical, ultrasonic Doppler trials of kidneys, X-ray urological inspections (survey and excretory and costing to urography in a prone position). The special attention was paid to ultrasonic Doppler research of kidneys with simultaneous application of the V-mode, color Doppler mapping and the pulse Doppler mode (a method of tripleksny scanning). Doppler sonography of kidney vessels was estimated in the position mode i.e. horizontal, vertical (at rest) and after physical activity (knee-bends of 15 times), also in horizontal and vertical situation.

Keywords: Nefroptoz, ultrasonic Doppler research of kidneys, pyelonephritis.

Введение.

Нефроптоз в структуре урологических заболеваний считается серьезной патологией из-за высокой частоты осложнений таких как пиелонефрит, нефрогенная гипертензия, мочекаменная болезнь, гидронефроз, вторичное сморщивание почки и др, что подчеркивает актуальность данной болезни [2]. Следовательно, ранняя диагностика и лечения нефроптоза имеет не только клиническое, но социальное значение, если вопрос касается восстановления физической работоспособности пациента [4]. В связи постоянным прогрессом научно-технического прогресса, а именно, совершенствованием ультразвуковых аппаратов с доплерографическим исследованием гемодинамики почечных сосудов изменились взгляды в диагностике и выборе тактики лечения нефроптоза, а также пересмотре и дополнении клинического протокола по данной патологии [1,3,5].

Полученные гемодинамические показатели статистически обработаны на персональном компьютере «Pentium-IV» методом вариационной статистики с использованием пакета Microsoft Excel. Определяли основные статистические характеристики: среднее (M), ошибки среднего (m) и стандартное отклонение (δ). Достоверность различия средних определяли по критерию Стьюдента (t) для коэффициента вариации и уровень значимости считали результат при $P < 0,05$.

Цель нашей работы:

Изучить гемодинамическое состояние почек у больных с нефроптозом.

Материал и методики исследований.

Материалом исследования стали данные по Республиканскому научному центру урологии и андрологии при Национальном госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2008 по 2012 года 59 больных с нефроптозом. Женщин составило – 55 (93,2%), а мужчин – 4 человек (6,8%). Средний возраст пациентов составил – 33,4±2,2 года.

Всем больным проводились общеклинические, биохимические, ультразвуковые доплерографические исследования (УЗДГИ) почек, рентгеноурологические обследования (обзорная и экскреторные урографии в положении лежа и стоя). Особое внимание было уделено ультразвуковому

доплерографическому исследованию почек, которое производилось на аппарате фирмы «Toshiba» (импульсным датчиком 3,5 МГц) с одновременным применением В-режима, цветным доплерографическим картированием и импульсным доплеровским режимом (метод триплексного сканирования). Допплерография почечных сосудов оценивалась в позиционном режиме т.е. горизонтальном, вертикальном (в покое) и после физической нагрузки (приседаний 15 раз), также в горизонтальном и вертикальном положении. При этом количественно были определены такие основные параметры, как максимальная (пиковая) систолическая - V_{max} (в см/с), минимальная диастолическая - V_{min} (в см/с) скорости, резистивный индекс – RI и их динамики при позиционной нагрузке.

Результаты и обсуждение.

Клинически болевой синдром отмечался у всех больных, дизурия у 25 (42,3%), макрогематурия у 19 (32,2%), артериальная гипертензия у 15 (25,4%). Из осложнений у всех больных отмечался пиелонефрит и в половине случаев носил рецидивирующий характер. Нарушения уродинамики в виде пиелозктазии и гидронефроза были отмечены у 11 (18,6%) пациентов.

При объективном осмотре у всех отмечалось болезненность в области патологически подвижной почки, отмечен положительный симптом поколачивания у 42 (71,2%), пальпировалась почка у всех больных в позиции лежа и стоя. На основании клинических и рентгенологических исследований был диагностирован нефроптоз I степени у 16 (27,1%) человек, II степени у 29 (49,2%) и III степени у 14 (23,7%) больных (рис.1.).

Наряду с клинико-лабораторной оценкой состояния у больных с нефроптозом, нам было интересно оценить состояние почечной гемодинамики. Это исследование выполнено у 59 больных с указанной патологией: с I степени - 16, с II степени 29 больных и III степени у 14 лиц (табл. 1).

При I степени нефроптоза гемодинамические показатели в позиции лежа оказались следующими: V_{max} - 39,4±2,23 см/с; V_{min} - 25,6±2,19 см/с и Ri - 0,371±0,03, т.е., гемодинамические параметры в данном положении тела оказались в пределах нормы. При вертикальном положении тела у больных

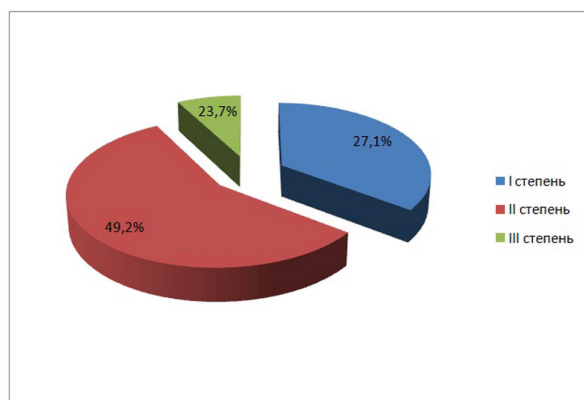


Рис. 1. Степени нефроптоза.

Таблица 1. Гемодинамические показатели у пациентов с нефроптозом

Нефроптоз	Стат. показатели	Горизонтальном положении тела			Вертикальном положении тела		
		V max	V min	Ri	V max	V min	Ri
I степени	M1+m1	39,4±2,23	25,6±2,19	0,371 ±0,03	36,4 ±1,37	24,3 ±1,72	0,354 ±0,02
II степени	M2+m2	37,7±1,13	24,1±2,14	0,489 ±0,06	33,4 ±0,7	21,2 ±0,9	0,569± 0,03
III степени.	M3+m3	31,8±1,53	19,7±1,65	0,581 ±0,07	27,3 ±1,24	15,8 ±1,36	0,687± 0,08
P	M1+m1	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
	M2+m2	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05
	M3+m3	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

гемодинамические показатели оказались в пограничных цифрах нормы. Однако в 3-х случаях из-за ротации почки результаты выходили за рамки нормы, и этим пациентам было предложено оперативная коррекция нефроптоза.

При II степени нефроптоза гемодинамические показатели в горизонтальном положении тела у больных были следующими: Vmax - 37,7±1,13см/с; Vmin - 24,1±2,14см/с и Ri - 0,489±0,06 и в основном показатели были в пределах нормы, однако при вертикальном положении тела у больных гемодинамические показатели были следующими: Vmax - 33,4±0,7см/с; Vmin - 21,2±0,9см/с и Ri - 0,569±0,03. В данной группе было прооперировано 24 пациента (40,7%). Произведена оперативная

коррекция опущенной почки по супракапсулярной методике с использованием мышечно-фациального лоскута, а остальные 5 пациентов отказались от предложенной операции.

При III степени нефроптоза гемодинамические показатели в позиции лежа у больных были следующими: Vmax - 31,8±1,53см/с; Vmin - 19,7±1,65см/с и Ri - 0,581±0,07 и в позиции стоя значительное ухудшение гемодинамических параметров почти 1,5 раза от исходного уровня (p<0,05). В данной группе все больным была произведена оперативная коррекция нефроптоза.

При цветном доплерографическом картировании и импульсной доплерографии были зарегистрированы следующие характерные признаки нефроптоза (в основном в позиции стоя, за исключением III степени

нефроптоза): отмечены уменьшение диаметра и удлинение почечной артерии и вены; повышение максимальной пульсовой скорости кровотока в дистальной части почечной артерии и ее внутриорганных ветвях в клино- и ортостазе (значительное в клиностазе) при относительно невысоком индексе резистентности; повышение максимальной скорости кровотока в почечной вене в клино- и ортостазе (высокая при клиностазе).

Выводы:

1. Использование УЗДГИ больным с нефроптозом имеет важное не только клиническое, но практическое значение, позволяющее визуализировать эхоморфологические изменения в опущенной почке и оценить состояние гемодинамики до и после лечения, при этом показатели должны оцениваться при изменении положения тела, так как полученные данные могут изменить тактику лечения нефроптоза в пользу оперативной нефропексии, а также ультразвуковое исследование в дальнейшем необходимо для динамического наблюдения за больными в послеоперационном периоде для оценки эффективности нефропексии, что подчеркивает новизну направлений в дальнейшем исследовании.

2. При анализе показателей гемодинамики с нефроптозом показало, что более глубокие нарушения имели место при III степени, но здесь более низкими были V_{max} и V_{min} , а также отмечено нарастание R_i , независимо от положения тела, однако указывало на более

значимое нарушения гемодинамики почек при вертикальном положении при I и II степени нефроптоза, где имело место ротация почек.

3. Результаты доплерографии артерий и вен почки необходимо учитывать при выборе метода лечения нефроптоза. При нормальных показателях артериальной гемодинамики и уродинамики можно ограничиться консервативными мероприятиями (лечебная физкультура, диетическое питание, симптоматическая терапия) и динамическим наблюдением не реже 1 раза в год, включая ультразвуковое исследование.

Литература:

1. Акберов Р.Ф. Комплексная лучевая диагностика нефроптоза у взрослых / Р.Ф. Акберов, З.И. Хайрулова // Казанский медицинский журнал. – 2000. - № 6. – С. 485-487.

2. Князев Ш.М. К методике хирургического лечения нефроптоза. Автореф. дис. канд. мед. наук. – Нальчик – 2001 г.

3. Краснова Т.В., Митьков Хитрова А.Н., Калеко и соавт. Значение доплерографических методов исследования в диагностике нарушений при нефроптозе // Ультразвуковая диагностика. -1999. -№ 4. - С. 29-39.

4. Томян А.Г. Патогенетическое обоснование выбора хирургического лечения патологически подвижной почки // Автореф. канд. мед. наук, 2007 г. – С. 24.

5. Siegel C. Changes of renal blood flow in nephroptosis: assessment by color Doppler imaging, isotope renography and correlation with clinical outcome after laparoscopic nephropexy // J Urol. 2005 Jun; 173(6):2024.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ИСХОДА ПРИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ

Мамражапова Г.Т., Ырысов К.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Жалал-Абадская областная больница

Бишкек, Жалал-Абад, Кыргызская Республика

Резюме. Представлен ретроспективный анализ 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний, изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы исходов Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение балльной оценки по ICH шкалы прямо коррелировало с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

БАШ МЭЭНИН ГИПЕРТЕНЗИВДИК КАН КУЮЛУУСУНУН АКЫБЕТИНИН ПРОГНОСТИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ

Мамражапова Г.Т., Ырысов К.Б.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Жалал-Абад областтык ооруканасы

Бишкек, Жалал-Абад, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 249 бейтапты даарылоонун негизинде жана Глазго акыбет шкаласынын жардамы менен прогнозду аныктоодогу ICH шкаласынын баалуулугу изилденген. Салыштыруу аркылуу ICH шкаласындагы баллдын жогорулашы оорунун күчөөсү менен түз корреляцияда экендиги аныкталган. Ошондой эле дарылоонун хирургиялык жана консервативдик жолдорунун жыйынтыктары салыштырылып көрсөтүлгөн. ICH шкаласынын негизинде 0 баллдагы бейтаптар консервативдик жол менен, ал эми ICH шкаласы боюнча 1 же 2 баллдагы бейтаптар оперативдик инсульт-гематомасын алып салуу аркылуу даарылануу зарылдыгы далилденген.

Негизги сөздөр: мээге кан куюлуу, хирургия, консервативдик даарылоо, прогноз.

PROGNOSTIC CRITERIA OF OUTCOME IN HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE

Mamrajapova G. T., Yrysov K. B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Jalal-Abad Regional Hospital,

Bishkek, Jalal-Abad, Kyrgyz Republic

Resume. Retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score was correlating with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points necessary urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease.

Key words: intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

Актуальность.

Гипертензивные внутримозговые кровоизлияния (ГВМК) составляют от 4 до 14% всех инсультов и сопровождаются высокой летальностью [1-10]. После перенесенного ГВМК у 32- 50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20 % больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются и возвращаются

к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смещение срединных структур по данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему

головного мозга [6,7]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [8]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-10]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

Целью работы явилось изучение доступных прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к нейрохирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

Материалы и методы.

Настоящее исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении за период с 2007 по 2014гг. с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

Анализ историй болезней показал, что только в 249 случаях имела место возможность полной оценки ИСН шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных -3-4 балла. Для вычисления объема гематомы использована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Результаты.

По данным нашего исследования средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8 см. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30 см. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные

вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцеребральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ИСН 0 баллов - 4 (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арентду через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0 см. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основывался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей. Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ИСН 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ИСН 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арентду. А в группе больных с ИСН 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ИСН 3 балла, 14 (82,3%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Арентду. В группе больных с ИСН 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ИСН 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ИСН 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Арентду. В

данном случае исход оказался летальным.

В исследуемой популяции больных с ICH 6 баллов не отмечалось. В случаях с ICH 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

Заключение.

ICH шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ICH 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

Литература:

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2010. - 30с.
2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы нейрохирургии, 2011. - №4. - С. 3-7.
3. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2011. - С. 729-739.
4. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. - Бишкек, 2010. - С.97.
5. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Лечение артериальных аневризм головного мозга прямыми доступами // Журнал Здоровоохранение Кыргызстана, 2012. - №1. - С. 13 -18.
6. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2012. - С. 99-101.
7. Мамытов М.М., Ырысов К.Б. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России. - М., 2012. - С.271-272.
8. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2013. - №6. - С. 53-59.
9. Mamytov M.M. Modern problems of the neurosurgery // in book: Selected works (to the 50 anniversary of the NAS KR). - Bishkek, 2004. - P. 239-244.
10. Michael Deck MD., Keneshbek Yrysov MD. Magnetic Resonance Angiography in Neurosurgery // Журнал Наука и новые технологии. - Бишкек, 2011. - №3. - С.50-51.

АРТРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКОНСТРУКЦИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Молдакунов А.Ж., Джумабеков С.А., Джайлокеев Б.М.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. За период с 2010 по 2013 годы в БНИЦТО оперированы 37 больных со свежими и застарелыми повреждениями передней крестообразной связки коленного сустава. Всем этим больным произведена аутопластика передней крестообразной связки с использованием в качестве пластического материала трансплантата из сухожилия полусухожильной мышцы бедра. Результаты лечения оценивались в соответствии с требованиями IKDC.

Ключевые слова: коленный сустав, передняя крестообразная связка, аутопластика, артроскопическое лечение.

ТИЗЕ МУУНУНУН АЛДЫНКЫ КАЙЧЫЛАШ БАЙЛАМТАСЫН АРТРОСКОП МЕНЕН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ

Молдакунов А.Ж., Джумабеков С.А., Джайлокеев Б.М.

Бишкектеги травматология жана ортопедик илимий изилдөө борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2010 жана 2013 жылдарынын аралыгындагы БИИТОБдо тизе муунун алдынкы кайчылаш байламталарынын жаны жана эски жаракаттары менен 37 бейтапка операция жасалды. Баардык ушул бейтаптарга пластикалык материал катары жарым тарамыш сан булчунунан алынган трансплантаты алдынкы кайчылаш байламтасына колдонулду. Дарылоонун натыйжасынын жыйынтыгы IKDCтин талабына ылайык баланды.

Негизги сөздөр: тизе мууну, алдынкы кайчылаш байламта, аутопластик, артроскопиялык дарылоо.

ARTHROSCOPIC RECONSTRUCTION OF THE ANTERIOR CRUCIATE LIGAMENT OF KNEE JOINT

Moldakunov A.Z., Djumabekov S.A., Dzhaylokeev B.M.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics (BRCTO)

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Within the period of 2010-2013 the BRCTO specialists had carried out an ACLS surgery on 37 patients diagnosed with fresh and old injuries of the anterior cruciate ligament of knee. All these patients underwent an autoplasty of the anterior cruciate ligament of knee using a tendon of the thigh semitendinosus muscle as a plastic transplant material. The results of treatment were evaluated in accordance with the International Knee Documentation Committee (IKDC) requirements.

Keywords: Knee-joint, Anterior Cruciate Ligament, Autoplasty, Arthroscopic treatment

Актуальность

Разрыв передней крестообразной связки (ПКС) является одним из самых частых повреждений связочных структур [1], по данным литературы они составляют 23-67,9% от всех повреждений связок коленного сустава [2,5]. Считают, что разрыв ПКС является одним звеньев острого разрушение коленного сустава. Большинство авторов рассматривают это повреждение как компонент переднемедиальной нестабильности [3,4]. Возникающая нестабильность приводит к перенапряжению анатомических структур коленного сустава нарушению биомеханики, конгруэнтности суставных поверхностей, возникновению импинджмент синдрома, это, в свою очередь, ведет к развитию хронических дегенеративно-

дистрофических процессов с вовлечением первоначально неизмененных элементов сустава с достаточно быстрым исходом в артроз, приводящему к ограничению физической активности, снижению трудоспособности и в конечном итоге – инвалидности В связи с этим повреждения ПКС, особенно у молодых трудоспособных пациентов, требуют проведения как можно более раннего оперативного вмешательства.

На сегодняшний день в литературе описано более 400 методик реконструкции ПКС[1]. В настоящее время для оперативного лечения разрывов ПКС общепризнанной является артроскопическая реконструкция. Артроскопия позволяет значительно снизить травматичность операций, повысить качество и функциональные

результаты лечения. Это особенно важно для профессиональных спортсменов, артистов балета и пациентов ведущих активный образ жизни.

Материал и методы.

С 2010 года по 2013 года в отделении взрослой ортопедии БНИЦТО нами произведена артроскопическая аутопластика из сухожилия полусухожильной мышцы бедра у 37 больных из них 29 мужчин, 8 женщин (табл.1). Возраст от 16 до 40 лет. Операция показана при свежих и застарелых повреждениях ПКС. На фоне застарелой травмы оперированы 26 больных, 11 оперативные вмешательства проведены при остром повреждении ПКС не более 3х недель с момента травмы.

Техника операции:

Все операции выполнялись с использованием пневматического жгута с обратным отсчетом времени. Через нижне-латеральный доступ в полость коленного сустава вводили оптическую систему артроскопа а через ниже-медиальный доступ – щуп. Сустав отмывали от крови и синовиальной жидкости. Выполняли диагностическую артроскопию. При сопутствующих повреждениях менисков производили его резекцию. Остатки поврежденной ПКС иссекали артрорезектором (шейвером), подготавливали площадки в местах анатомического прикрепления связки. Забор сухожилия полусухожильной мышцы производили из небольшого кожного разреза, имеющего вертикальное направление медиальнее бугристости большеберцовой кости на 2 см, длиной 4-5 см. Производили пальпацию верхней границы сухожилий «гусиной лапки» и над ней выполняли горизонтальный разрез 2,5 см. Сухожильным крючком отодвигали сухожилие портняжной мышцы и под ним выделяли и брали на лигатуры раздельно дистальные части сухожилий тонкой и полусухожильной мышц. По нижнему краю сухожилий «гусиной лапки»

производили горизонтальный разрез 1 см, в него проводили сухожилие полусухожильной мышцы на лигатурной держалке и выделяли до места прикрепления дистальнее верхушки бугристости большеберцовой кости. При этом острым путем рассекали зону слияния дистальных частей сухожилий полусухожильной и тонкой мышц незадолго до их общего места прикрепления. Специальными нерассасывающимися мононитями обвивным швом прошивали дистальный конец сухожилия полусухожильной мышцы. Далее с помощью стриппера производили экстракцию сухожилия.

Из полученных сухожилий формировали трансплантат крестообразной связки диаметром 8-10 мм. При помощи специальных направителей и инструментов формировали костные каналы в большеберцовой и бедренной кости. Через каналы проводили трансплантат связки. Для фиксации трансплантата применяли титановые винты, которые заклинивают трансплантат в канале, обеспечивая надёжную фиксацию.

Результаты и их обсуждения.

Отдаленные результаты изучены у всех больных по шкале IKDC в сроке от 3х месяцев до 2х лет. Отличные и хорошие результаты лечения были отслежены у 28(75.67%), удовлетворительные результаты 9 (%) пациентов. Неудовлетворительный результат- рецидив и нестабильность коленных суставов не отмечалась.

Выводы:

Полученные данные позволяют считать что артроскопическая реконструкция передней крестообразной связки из сухожилия полусухожильной мышцы бедра является оптимальным методом лечения пациентов при свежих и застарелых повреждениях ПКС коленного сустава. А также дает возможность раннего восстановления функции нижней конечности.

Табл.1. Распределения больных по возрасту и полу

Категория больных/возраст	Всего		До 20 лет	От 21 до 30 лет	От 31 до 40 лет	Старше 41 лет
	Абс.ч.	%				
Мужчины	29	78.37	7	11	8	3
Женщины	8	21.60	2	4	1	1
Всего	37	100	9	15	9	4

Литература:

1. Штробель М. Руководство по артроскопической хирургии. Том - 1.-2012-78стр.

2. Фёдорова, Н.С. Ошибки в диагностике повреждений передней крестообразной связки коленного сустава /Н.С. Фёдорова //Сборник тезисов всероссийского форума «Пироговская хирургическая неделя». – СПб., 2010-47стр.

3. Семинач Б.И., Болховитин П.В. Теоритическое обоснование восстановления передней крестообразной

связки в системе хирургического лечения передневнутренней нестабильности коленного сустава// Ортопед. Травматол. -2002-67стр. –№1.

4. Чемирис А.И. Диагностика и хирургическое лечение застарелых повреждений сумочно-связочного аппарата коленного сустава: Дис. ...к.м.н. – Харьков,1982-45стр.

5. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г., Осташко В.И., Редько К.Г. Травматология и ортопедия; руководство для врачей .-2006-25стр.



ДНИ НАУКИ

КГМА им. И.К. Ахунбаева-2015

15-17 апреля

Бишкек, Кыргызская Республика

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ КАК МЕТОД ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ, ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ

Насыров В.А., Исламов И.М., Солодченко Н.В.

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

Резюме. В данной работе авторы приводят общие сведения и возможности функциональной эндоскопической риносинусохирургии (FESS) для малоинвазивного и органосохраняющего лечения параназальной патологии, а так же возможности комбинированного применения с другими щадящими методиками малоинвазивной хирургии такими как: лазерная, электрохирургия, радиоволновая, ультразвуковая, шейверная, коблационная (холодноплазменная), криохирургия.

Ключевые слова: эндоскопия, риносинусохирургия, лазерная хирургия, электрохирургия, радиоволновая хирургия, ультразвуковая хирургия, шейверная хирургия, холодноплазменная (коблационная), криохирургия.

ФУНКЦИОНАЛДЫК, МҮЧӨНҮ САКТАП КАЛУУ БОЮНЧА ОПЕРАЦИЯНЫН БИР ЫКМАСЫ КАТАРЫ ЭНДОСКОПИЯЛЫК РИНОСИНУСОХИРУРГИЯ

Насыров В.А., Исламов И.М., Солодченко Н.В.

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

Корутунду. Бул макалада функционалдык эндоскопиялык риносинусохирургиянын, ошондой эле азинвазивдик хирургиянын башка ден усулдары менен айкалыштырып колдонуунун мүмкүнчүлүктөрү боюнча жалпы маалыматтар келтирилген, жана алардын мүмкүнчүлүгү бириктирилген колдонуу башка методикалар менен төмөнкулордой: лазердик хирургия, электрохирургия, радиотолкун хирургиясы, ультраүндүк хирургия, шейвердик хирургия, муздак-плазмендик (коблациялык), криохирургия.

Негизги сөздөр: эндоскопия, лазердик хирургия, электрохирургия, радиотолкун хирургиясы, ультраүндүк хирургия, шейвердик хирургия, муздак-плазмендик (коблациялык), криохирургия.

ENDOSCOPIC RHINOSINUSOSURGERY AS A METHOD OF FUNCTIONAL ORGANCONSERVING SURGERY

Nasyrov V.A., Islamov I.M., Solodchenko N.V.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article the authors provides an overview and the possibilities of functional endoscopic rhinosinusosurgery (FESS), as well as the possibilities of combined applying with other benign techniques of minimally invasive surgery such as: , laser surgery, electrosurgery, radiowave surgery, ultrasonic surgery, shaver surgery, cold plasma (coblationned), cryosurgery.

Keywords: endoscopy, rhinosinusosurgery, laser surgery, electrosurgery, radiowave surgery, ultrasonic surgery, shaver surgery, cold plasma (coblationned), cryosurgery.

Оториноларингологической службе принадлежит важная роль в развитии специализированной медицинской помощи населению Кыргызстана. Это объясняется широкой распространенностью заболеваний ЛОР-органов и их большой социальной значимостью: многие заболевания приводят к тяжелым поражениям органов слуха и речи с последующей инвалидизацией пациентов.

За последние 15-20 лет частота болезней носа и околоносовых пазух выросла более чем в 10 раз. Это связано не только с высокой распространенностью вирусных и

аллергических заболеваний слизистой оболочки верхних дыхательных путей, но и с ухудшением экологической обстановки.

Ежегодно, по данным ВОЗ, каждый человек в среднем переносит 4-6 острых заболеваний верхних дыхательных путей, большей частью легкого течения, возникновение которых могут вызывать более 300 микроорганизмов.

Воспалительно-гнойные заболевания носа, горла, уха и верхних дыхательных путей, относятся к числу наиболее встречающихся заболеваний - в среднем ими страдает не менее 75% людей. Проблема своевременной и

адекватной диагностики, рационального лечения и профилактики этих заболеваний сохраняет актуальность для специалистов различного профиля - от ЛОР - врачей до организаторов здравоохранения.

В конце прошлого столетия был отмечен существенный рост заболеваний носа и околоносовых пазух как в абсолютных цифрах, так и их удельного веса в структуре общей ЛОР- заболеваемости. По наблюдениям С.З. Пискунова и Г.З. Пискунова (1991), за период с 1981 по 1990 годы число случаев синусита на 1000 населения выросло с 4,6 до 12,2. Похожая тенденция отмечена и в других странах. Так, К. Albegger (1982) сообщает, что хроническим синуситом болеет 5-10% населения.

Согласно эпидемиологическим исследованиям последних лет, от 5% до 15% процентов населения страдают синуситами в той или иной форме, а среди больных, находящихся в оториноларингологическом стационаре, около 40% составляют пациенты с воспалением околоносовых пазух (Гюсан А.О. 2004; Рязанцев СВ., 2005).

Разработанный профессором Мессер-клингером в конце шестидесятых/ начале семидесятых годов метод систематического эндоскопического исследования (FESS – Functional endoscopic sinus surgery) латеральной стенки полости носа убедительно подтверждает клинический опыт, свидетельствующий о том, что большинство заболеваний больших придаточных пазух носа (ППН) например лобной и гайморовой пазух, риногенны. Он показал, что эти заболевания в большинстве случаев распространяются на придаточные пазухи от носа. И в тех случаях, когда клиническую картину определяют симптомы заболевания лобной и/или гайморовой пазух, вызывающие эти симптомы патологические изменения происходят в большинстве случаев не в самих ППН, а в расположенных перед ними щелях и узких местах латеральной стенки полости носа. Этим природно крайне узким местам остиомеатальной системы принадлежит ключевое место в нормальной и патофизиологии ППН (Х. Штаммбергер, 2001).

Последнее десятилетие было отмечено значительным расширением возможностей эндоскопической эндоназальной хирургии, что связано с совершенствованием аппаратуры и инструментария для внутриносовых

вмешательств. Теперь показаниями к применению этого метода являются не только любые формы хронического и рецидивирующего риносинусита, полипоз околоносовых пазух (ОНП), но и многие доброкачественные опухоли, патология слезоотводящих путей, назальная ликворея, злокачественный экзофтальм, травматическая компрессия зрительного нерва, инородные тела околоносовых пазух (М.Е.Wigand 1981, D.E.Mattox, D.W.Kennedy, 1990, H.Stamberger 1991, E.E.Dodson et al., 1994; A.G.Zeitouni et al., 1994; M.Gjuric et al., 1996; S.P.Нao, 1996; D.C.Lanza et al., 1996). Явными преимуществами данного метода является высокая эффективность, полный визуальный контроль выполняемых манипуляций, минимальная травматичность для пациента и отсутствие кожных разрезов.

На ряду с классическими принципами диагностики и лечения острой и хронической ЛОР – патологии нами применяются и эндоскопические методы диагностики и лечения. В 2006 году на базе Медицинского центра КГМА, под руководством зав. кафедрой, д.м.н., профессора В.А. Насырова внедрена методика эндоскопической риносинохирургии. Позднее так же были внедрены и другие сопряженные методики, такие как: электрохирургические (2008), лазерные (2009) вмешательства.

Однако, это далеко не все возможности функциональной эндоскопической хирургии. Благодаря диагностической эндориноскопии, можно выявлять причины нарушения носового дыхания либо хронического воспалительного процесса, предоставляется возможность визуально оценивать, в каком состоянии находится слизистая оболочка носовой полости, носоглотки, выявлять дополнительные образования на ранних стадиях. Во время диагностики, под зрительным контролем, при необходимости, возможно провести прицельную биопсию для последующего проведения гистологических исследований тканей. Метод эндориноскопии очень часто используют для того, чтобы оценить состояние носоглотки у ребенка, к примеру, для выявления очень распространенной патологии, такой, как аденоиды. Являясь абсолютно безболезненным, метод эндоскопии очень легко переносят даже очень маленькие пациенты. Благодаря эндоскопическому оборудованию, все манипуляции осуществляются под зрительным

контролем, что позволяет сохранить нормальной слизистую оболочку и анатомическую структуру, контролем гемостаза. Также позволяет проводить манипуляции в задней группе околоносовых пазух и отделах полости носа. Вмешательства такого рода сами по себе минимально травматичны, намного легче переносятся пациентами и не требуют длительного срока реабилитации в послеоперационный период. Благодаря этой методике, можно восстановить хорошее носовое дыхание, купируются воспалительные процессы в носовой полости, что позволяет значительно повысить качество жизни пациентам.

На данном этапе технических возможностей функциональная эндоскопическая хирургия объединяет методики лечения прошлого столетия, а так же дает начало и интегрирует современные принципы лечения и диагностики патологии носа и околоносовых пазух. В настоящее время FESS применяется со следующими направлениями хирургии: лазерная, электрохирургия, радиоволновая, ультразвуковая, шейверная, коблационная (холодноплазменная), криохирургия.

В частности, для лечения гипертрофического ринита предложено много способов: различные виды коагуляций, криовоздействие, использование луча лазера, разнообразные хирургические методы (Ной М.К., Нуйзинг Е.Н., 2000), что говорит о неудовлетворенности полученными результатами. Каждый метод наряду с положительными сторонами имеет определенные недостатки. Хирургическое лечение, направленное на уменьшение размера носовых раковин, часто подразумевает повреждение наиболее важного в функциональном отношении эпителиального слоя. В то же время, по данным ряда авторов, щадящая хирургическая тактика при этой патологии не всегда приводит к ожидаемому клиническому эффекту, что зачастую требует повторного хирургического вмешательства. В концепции современной риносинусохирургии, предполагающей щадящее отношение к слизистой оболочке носа и носовым структурам (Лопатин А.С., Пискунов Г.З., 1996), представляет интерес выбор оптимального хирургического метода лечения гипертрофического ринита на основе этиопатогенеза и клинкоморфологических форм заболевания. Очевидно, индивидуальный подход в каждом клиническом случае с учетом совокупности соматического

статуса и морфологических и структурных особенностей полости носа представляется наиболее целесообразным. Рассмотрим FESS совместимые методики хирургического лечения.

Операции с комбинированным применением лазера и FESS в оториноларингологии – это современный, безопасный и эффективный метод лечения болезней носа, горла и уха.

Эндоскопическая лазерная хирургия, как метод, обладает рядом преимуществ перед другими хирургическими видами лечения достаточно широкого круга заболеваний ЛОР-органов. Применяемые режимы излучения не оказывают вредного влияния на организм в целом, а лазерное воздействие на слизистую оболочку полости носа и глотки максимально щадящее. Это позволяет сохранить ценнейшие функции слизистой оболочки и лимфоидной ткани ЛОР-органов, что способствует более благоприятному течению болезни и ускорению выздоровления.

Преимуществами лазерной полипотомии носа по сравнению с традиционными методами хирургического вмешательства являются (Плужников М.С., 1990): 1) Бескровность операции даже у больных с грубыми нарушениями свертывающей системы крови, а значит, отсутствие необходимости тампонировать полость носа, что имеет принципиальное значение для больных с сопутствующей патологией бронхиального дерева.

2) Возможность оперировать соматически ослабленных больных, когда традиционная хирургия не применима в связи с выраженной травматичностью. 3) Хорошая переносимость метода, возможность оперировать в том числе и в амбулаторных условиях. 4) Возможность локального приложения и точного дозирования хирургического воздействия. 5) Асептическое действие лазерного излучения. 6) Небольшая выраженность реактивных явлений в послеоперационном периоде, связанная со слабым и кратковременным характером экссудативной фазы воспаления после воздействия лазерного излучения. (Елисеенко В.И., Лебедева Н.А. 1988).

Как правило, после лазерных операций не нарушается трудоспособность, осложнения возникают редко. В связи с этим обычно не возникает необходимости в применении антибиотиков и обезболивающих препаратов

послеоперационном периоде. Лазерные операции на ЛОР-органах легко переносятся пациентами, малоинвазивны, практически бескровны и малоболезненны.

Для лазерных операций достаточно проведения местной анестезии. Поэтому лазерная хирургия при заболеваниях ЛОР-органов широко применяется в амбулаторных условиях, и в большинстве случаев не требует пребывания пациента в стационаре.

На сегодняшний день с объединением потенциалов электрохирургии и FESS имеется возможность решения различных задач появляющихся в ежедневной работе врача-оториноларинголога. Возможность рассечения тканей при помощи электроволны известна с конца XIX века, тогда и зародилась электрохирургия.

Электрохирургические аппараты постоянно совершенствовались (Долецкий С.Я., Драбкин Р.П., Ленюшкин А.И., 1980; Voyles S.R., Tucker R.D., 1992). В конце XX века появилось новое понятие в электрохирургии сверхвысокочастотная электрохирургия радиоволнового диапазона, которая основана на явлении деструкции биологических тканей переменным электрическим током с высочайшей частотой (частота электроволны более 500 кГц) (Neufeld G.R., Foster K.R., 1985).

В отличие от традиционной электрохирургии электрохирургия радиоволнового диапазона имеет ряд преимуществ. Электрохирургия радиоволнового диапазона наносит меньше повреждений окружающим тканям, тем самым сокращая сроки заживления ран, уменьшая вероятность развития послеоперационных осложнений (Лейзерман М.Г., 1999).

Радиохирургия основана на использовании энергии высокочастотных волн частотой 3,8 МГц. Эффект воздействия достигается за счет тепла, выделяемого при сопротивлении тканей, проникновению в них направленных высокочастотных волн. При радиоволновом воздействии в толще носовой раковины происходит вскипание внутриклеточной жидкости при довольно низкой температуре (около 800С), что ведет к мягкому сморщиванию ткани и уменьшению её в объеме. При этом непосредственный контакт электрода с клетками отсутствует, и сам электрод не нагревается (Лапкин К.В., 1997; С.В. Рыбалкин, Л.В. Фениксова, 2004).

В последние годы появились отдельные

публикации по использованию радиоволновой хирургии в оториноларингологии (Ланцов, Т.И. Шустова, М.Б. Самотокин, 1999; В.С. Погосов, М.В. Гунчиков. М., 1998), в которых отмечена эффективность метода при лечении хронических фарингитов, ринхопатии и апноэ сна. При лечении хронических ринитов воздействие метода радиоволновой хирургии на слизистую оболочку полости носа изучено недостаточно (Пхркян С.Ж., 2003; F.Gani, A. Braida, C. Lombardi et al. 2003). Что открывает возможности научной деятельности перед молодыми учеными.

Хорошие результаты дает лечение хронических гипертрофических вазомоторных ринитов методом ультразвуковой дезинтеграции носовых раковин.

Метод основан на нарушении сложившейся системы кровоснабжения гипертрофированных нижних носовых раковин ультразвуковым волноводом. Происходит склерозирование и запустевание сосудов гипертрофированной слизистой, и как следствие, ее сокращение и нормализация носового дыхания.

Ультразвуковые колебания инструмента коагулируют разрушаемые сосуды и практически исключают кровотечение. Обезболивание проводится местное на слизистую оболочку носовых раковин. При комбинированном использовании с FESS появляется возможность безопасно работать с задними концами носовых раковин.

Отмечено повышение клинического эффекта щадящих хирургических методов лечения хронического гипертрофического ринита под эндоскопическим контролем: парциальной шейверной конхотомии и подслизистой шейверной конхотомии при их сочетании с топической глюкокортикотерапией, что способствует снижению воспалительной реакции после хирургического лечения, ускорению репаративных процессов, нормализации функций слизистой оболочки, более быстрой реабилитации пациентов и возвращении им социальной активности.

Так же лечение кист околоносовых пазух получило совершенно новое хирургическое решение при использовании FESS и шейвер-систему. Малоинвазивная хирургия позволяет удалить кисту подходом через средний, нижний носовые ходы или через переднюю стенку пазухи, используя эндоскопическую оптику

и специальные инструменты (Пискунов Г.З., Лопатин А.С., 1992; Лопатин А.С., 1998; Лопатин А.С., Нефедов В.С., 2000, 2001; Красножен В.Н., 2001; Худиев А.М., 2001; Шамсиев Д.Ф., Миразизов К.Д., 2002).

Метод холодноплазменной хирургии – коблации (coblation: cold ablation – “холодное разрушение”) – вошел в медицинскую практику в 1995 году, когда американская компания ArthroCare выпустила первый базовый блок Controller 2000 и разработала семейства электродов для применения в травматологии, ЛОР- и спинальной хирургии. К настоящему времени холодноплазменная хирургия заслужила признание и доверие специалистов США и Западной Европы. Количество выполненных операций исчисляется десятками тысяч, и продолжает неуклонно расти. С уверенностью можно говорить о том, что применение этой методики в ЛОР-хирургии позволяет совершить подлинную революцию и кардинальным образом изменить наше представление о таких операциях, как тонзиллэктомия или аденотомия, ранее считавшихся одними из самых болезненных, сопровождающихся большой кровопотерей. Преимущества данного метода: 1) Во время операции кровопотеря минимальна, значительно снижена вероятность послеоперационного кровотечения. Исследования, выполненные в клиниках Англии и Канады, показали, что вероятность вторичного кровотечения в группе взрослых пациентов снизилась в 2 раза, а в группе детей – почти в 5 раз. 2) Снижена болезненность в ходе операции и послеоперационном периоде. Болевые ощущения в послеоперационном периоде проходят значительно быстрее, чем при классическом или любом другом методе. 3) Коблация облегчает работу хирурга – один электрод используется для удаления ткани, выполнения разрезов и гемостаза. Удобная конструкция электродов позволяет обрабатывать ткани в труднодоступных местах и повышает скорость работы хирурга. 4) Значительно быстрее восстановление пациента. Ускоряется возвращение к обычной диете.

Таким образом, применение коблации радикально сокращает срок госпитализации пациента и ускоряет возврат к нормальной деятельности.

Современные подходы в дискретной ЛОР-криохирургии предполагают не только и не столько криорезекцию патологически

измененных тканей, но, в большей степени позитивные изменения реактивности тканей в зоне криодеструкции, стимуляцию репаративных процессов с целью возможно максимального восстановления функции лимфоидного органа. Квалифицированно проведенная криохирургическая коррекция при таких заболеваниях как: хронический тонзиллит и фарингит, вазомоторный насморк, ринхопатия (храп), – способна, практически безальтернативно, в широкой клинической практике, разрешить проблему лечения этих заболеваний.

Наиболее эффективной (до 97%) дискретная криохирургия проявила себя при лечении нейровегетативной формы вазомоторного хронического ринита, гипертрофической формы хронического ринита и, так называемой, простой секреторной формы хронического ринита. ЛОР-криохирургия оказалась малоэффективной, по отдаленным результатам (менее 25%), при аллергических формах вазомоторного хронического ринита и при эссенциальных аллергических формах хронического ринита (Чернышев И.С., 2010).

Возможности лечения функциональной эндоскопической риносинохирургии достаточно обширны, и дают возможность хирургического лечения различных нозологий ЛОР- органов и близкорасположенных органов, а именно: околоносовых пазух, носовых раковин, носоглотку, перегородку носа, инородные тела ЛОР- органов, слезоотводящие пути, патологии основания черепа, новообразования ЛОР – органов, врожденная атрезия хоан, патологии среднего уха.

Однако, этим возможности FESS не ограничиваются. При развитии и модернизации данной методики диагностики и лечения ЛОР-врачи стали более тесно работать со смежными специалистами, такими как: нейрохирурги, окулисты, стоматологи, челюстно-лицевые хирурги.

Таким образом, со времени внедрения FESS спектр применения значительно расширился. Сегодня с помощью этой техники успешно борются не только с хроническим и полипозным синуситом и угрожающими при острых синуситах осложнениями. Во многих случаях можно эндоскопическим способом лечить также и мукоцеле во всех придаточных пазухах носа (даже при значительной степени

распространения внутри черепа), поражения передней части основания черепа, включая ликворные свищи и энцефаломенингоцелея (в частности в клиновидной пазухе), атрезию хоан, а также производить декомпрессию глазницы и зрительного нерва или дакриоцисториностомию. Эндоназальной эндоскопической резекции в известных условиях могут быть подвергнуты доброкачественные опухоли, в частности инвертированные папилломы и грибковые заболевания, а также ограниченные злокачественные опухоли. Благодаря разработке новых хирургических инструментов и методов была уже проведена эндоскопическая резекция опухолей гипофиза и даже в отдельных случаях резекция фибром носоглотки. Потенциал функциональной эндоскопической хирургии расширяется с применением FESS-совместимых хирургических методик. Так например, уже сейчас в Мед центре КГМА, в ЛОР-отделении, выполняется как классические оперативные вмешательства при помощи FESS, на латеральной стенке полости носа, ППН, но и используются комбинация методов, например: Эндоскопическая лазерная дакриоцисториностомия. И это далеко не все возможности FESS, хочется так же отметить, что на сегодняшний день в только в МЦ КГМА имеется аппаратура позволяющая выполнять подобного рода оперативные вмешательства.

Литература:

1. Х. Штаммбергер Метод Мессерклингера и усовершенствованные методы Грацкой школы. – Грац – 2001.
2. Пискунов С.З, Пискунов Г.З. Морфологические и функциональные особенности слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух. Принципы щадящей эндоназальной хирургии. – М. 1991.
3. Елисеенко В.И., Лебедева Н.А. Особенности воспалительной реакции в процессе заживления лазерных ран. // Тезисы Международного симпозиума по лазерной хирургии и медицине.- Самарканд, 18-20 октября 1988. -Москва, 1988.
4. Погосов В.С., Гунчиков М.В., Лейзерман М.Г. Радиоволновой хирургический метод лечения в амбулаторной практике оториноларинголога: Учебное пособие. М., 1998.
5. Н.Долецкий СЛ., Дабкин Р.П., Ленюшкин А.И. Высокочастотная электрохирургия // Москва, Медицина, 1980. — 198с.
6. Рыбалкин С.В. О терапевтическом влиянии низкоэнергетического лазерного излучения на микрососудистое русло больных вазомоторным

ринитом в детском возрасте / С.В. Рыбалкин, Л.В. Фениксова // Рос. оторинолар. 2004. - №4. -С. 67- 69.

7. Лапкин К.В. Первый опыт применения радиохирургического прибора «Сургитрон» в хирургии органов билиопанкреато дуоденальной зоны / К.В. Лапкин // Актуальные вопросы хирургической гепатологии. - Томск, 1997.-С. 159.
8. Пхркян С.Ж. Микроэндоскопическая редукция нижних носовых раковин при хроническом гипертрофическом рините / Пхркян С.Ж. // Рос. ринолог. -2003. -№3.- С. 38 -39.
9. Ланцов А.А. Вегетативная иннервация слизистой оболочки полости носа и её роль в патологии / А.А. Ланцов, Т.И. Шустова, М.Б. Самошкин // Рос. ринолог. 1999. -№ 1 - С. 16-21.
10. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов, В.С. Козлов, А.С. Лопатин. М., 2003. - 201 с. : ил.: Библиогр.: с. 195-200.
11. Лопатин А.С., Нефедов В.С. Возможности эндоназальной эндоскопической хирургии в лечении кист верхнечелюстной пазухи // Вестн. оторинолар.-2000.-№4.-С.11-16
12. Красножен В.Н. Видеоскопическая хирургия кист верхнечелюстных пазух//Рос. ринолог.-1997.-№2.-С.58-59.
13. Худиев А.М. Роль эндоскопической хирургии при кистах верхнечелюстных пазух//Рос. ринолог.-2001.-№2.-С.120.
14. Шамсиев Д.Ф., Мирзизов К. Д. Эндоскопическая гайморотомия // Вестн. оторинолар.-2002.-№4.-С.39-40.
15. В.С. Погосов, М.В. Гунчиков. М., 1998.
16. Е.С. Чернышев Дискретная криохирургия в оториноларингологии, гинекологии, дерматокосметологии, проктологии // Пособие для врачей. М. 2010.
17. Albiggier K. Die Sinusitis // Wien. Med. Wschr. – 1982. Bd. 132, N6.
18. Wigand M. Transnasal Ethmoidectomy Under Endoscopic Control // Rhinology. – 1981.
19. Stamberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The Misserklinger technique. – Philadelphia: W.C. Decker, 1991.
20. Hoi M.K. Treatment of inferior turbinate pathology: a review and critical evaluation of the different techniques / M.K. Hoi, E.H. Huizing // Rhinology. 2000. -V. 38 (4).-P. 157-166.
21. Tucker R.D., Voyles C.R. Laparoscopic electrosurgical complications and their prevention // AORN J. (United States), 1995, vol. 62, N1, p. 51-53, 55, 58-59 passim; quiz 74-77.
22. Neufeld G.R., Foster K.R. Electrical impedance properties of the body and the problem of alternate-site burns during electrosurgery // Med. Instrum. (United States), 1985, vol. 19, N2, p. 83-87.
23. Rhinitis in pregnancy / F.Gani, A. Braidia, C. Lombardi et al. // Allerg. Immunol. (Paris). 2003. - Vol. 3, № 8. - P. 306 - 313.

ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГЛАУКОМЫ И ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТАКИМ ПАЦИЕНТАМ В УКРАИНЕ

Повч З. В.

ГУ «Украинский институт стратегических исследований МОЗ Украины»

Украина

Резюме. Проведен научный анализ показателей распространенности с изучением факторов риска возникновения глаукомы среди взрослого населения Украины и подходов к организации оказания первичной медицинской помощи пациентам с офтальмогипертензией. Обоснована целесообразность учета современных факторов риска глаукомы в практике семейного врача, на уровне которого должны формироваться меры профилактики и своевременного выявления глаукомы на первичном уровне оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: глаукома, факторы риска, первичная профилактика.

THE PRIMARY PREVENTION OF GLAUCOMA AND CHARACTERISTICS THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE TO SUCH PATIENTS IN UKRAINE

Povh Z. V.

Ukrainian Institute for Strategic Studies, Ministry of Health of Ukraine

Ukraine

Resume. The scientific analysis of indicators of prevalence with studying of risk factors of developing of glaucoma among adult population of Ukraine and approaches to the organization of rendering primary medical care to patients with an oftalmogipertenziya is carried out. Expediency of the accounting of modern risk factors of glaucoma in practice of the family doctor at the level of whom measures of prevention and timely detection of glaucoma at primary level of delivery of health care have to be formed is proved.

Keywords: glaucoma, risk factors, primary prevention.

Вступление.

Глаукома в Украине, как и во всем мире является одной из причин неизлечимой слепоты. Среди населения земного шара в целом, по разным оценкам, глаукомой страдают от 66 до 105 млн. человек. Кроме того, у 6-7 млн. человек по всему миру слепыми являются оба глаза, что непосредственно обусловлено глаукомным поражением зрительного нерва [1]. По данным Национального Института Глаза (National Eye Institute; NEI) только в США проживает около 3,0 млн. больных открытоугольной глаукомой. По данным российских ученых [2-5] в структуре первичной слепоты в России доля больных глаукомой составляет 20,0%, а среди лиц пенсионного возраста это значение поднимается до 40,0%. Почти четверть таких пациентов лечится в условиях стационара и в 43,3% случаев подлежит хирургическому лечению.

Проблема выявления первичной глаукомы не без основания считается одним из приоритетных направлений развития современного здравоохранения, в первую очередь - за счет своей медико-социальной

значимости. Глаукома, до сих пор, является причиной необратимой слепоты и слабости зрения, занимая одно из ведущих мест в причине инвалидизирующих заболеваний органа зрения [6, 7]. Частота слепоты от глаукомы в мире за последние 30 лет практически не уменьшилась и составляет 14,0-15,0% от общего количества всех слепых [8]. Ученые отмечают усиление роли глаукомы среди причин первичной инвалидности за последнее десятилетие, которая выросла с 12,0 до 20,0%. Подавляющее большинство инвалидов с диагнозом глаукома требуют проведения реабилитационных мероприятий: 53,0% - медицинских; 72,0% - профессиональных и 91,0% - социальных. Среди клинических форм заболевания наибольшее значение имеет первичная открытоугольная глаукома, на которую приходится от 70,0% [9,10] до 92,0% [1] всех случаев глаукомы.

Высокая социальная значимость глаукомы, как причины необратимой слепоты и инвалидности по зрению, определяет актуальность проблемы совершенствования методов и подходов к диагностике первичной

глаукомы, для применения в практической деятельности семейного врача.

Цель исследования: проведение ретроспективного и проспективного анализа показателей распространенности глаукомы среди взрослого населения Украины, современных факторов риска возникновения и развития глаукомы для разработки мероприятий и технологий профилактики своевременного выявления глаукомы на первичном уровне оказания медицинской помощи в практической деятельности врача общей практики / семейного врача.

Для проведения исследования нами использован комплекс методов, а именно: библиосемантический, статистический, эпидемиологический, графический анализ динамических рядов.

Результаты исследования и их обсуждение.

Ежегодно в Украине глаукома выявляется в более 22 тыс. (в 2013 г. 22626,0 случаев) первичных обращений за медицинской помощью, что составляет в среднем по Украине 60,5 случая на 100 тыс. взрослого населения. Растет распространенность глаукомы (с 566,2 в 2008 до 650,9 на 100 тыс. взрослого населения в 2013 г.) в возрастной группе 18 лет и старше.

Высокие уровни распространенности глаукомы в 2013 г. зарегистрированы среди взрослого населения Черниговской (989,1), Винницкой (887,0), Сумской (878,8) областей (в среднем по Украине 650,9 на 100 тыс. взрослого населения). Низкие значения распространенности глаукомы среди взрослого населения в 2013 г. были зарегистрированы в Закарпатской (407,4) и Одесской (415,7 на 100 тыс. взрослого населения) областях. Разница между крайними значениями распространенности глаукомы среди взрослого населения в разрезе регионов Украины в 2013 г. составила 2,4 раза ($p < 0,001$).

В возрастной группе населения старше трудоспособного возраста за период 2008-2013 гг. наблюдался рост распространенности глаукомы (с 1 647,0 в 2008 г. до 1 810,8 на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста в 2013 г., или + 9, 9%). Рост распространенности глаукомы в этой возрастной группе происходит одновременно со снижением показателя первичной заболеваемости (с 180,9 в 2008 г. до 155,2 на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста в 2013 г., или - 14,2%). Самые высокие уровни распространенности глаукомы в 2013 г. зарегистрированы среди

населения старше трудоспособного возраста г. Киева (2621,3), Черниговской (2525,6) и Херсонской (2 467,9) областей при среднем по Украине значении 1810,8 на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста. Низкие уровни распространенности глаукомы среди населения старше трудоспособного возраста в 2013 г. зарегистрированы в Закарпатской (1183,6) и Одесской (1216,6 на 100 тыс. населения старше трудоспособного возраста) областях. Разница между крайними значениями распространенности глаукомы среди населения старше трудоспособного возраста в разрезе основных административных территорий Украины в 2013 г. составила 2,2 раза ($p < 0,001$).

Рост распространенности глаукомы как среди мужского, так и среди женского населения 18 лет и старше за период 2009-2013 гг. вместе со снижением первичной заболеваемости глаукомой за указанный период (-4,0% и -2,2% соответственно) может свидетельствовать о низком уровне обращений за медицинской помощью, что можно объяснить клиническими особенностями начала заболевания, которое в большинстве случаев (открытоугольная глаукома) начинается бессимптомно. Именно такие случаи заболевания требуют разработки и проведения мероприятий по профилактике и своевременному выявлению глаукомы на ранних стадиях, широкому информированию общественности о факторах риска и особенностях течения заболевания и доступности офтальмологической помощи.

К сожалению, глаукома диагностируется, как правило, в развитой стадии заболевания. Кроме того, по данным литературы, от 50,0% до 87% случаев заболевания остаются не диагностированными [11]. Существуют доказательства, что выявление глаукомы на ранних стадиях и своевременное направление к специалистам с целью назначения адекватного лечения снижает риск дестабилизации ВОТ, снижения зрительных функций, предотвращает инвалидизацию. Результаты научных исследований разных стран мира, в том числе и в Украине, обосновывают целесообразность проведения скрининговых исследований с целью выявления глаукомы и факторов риска ее возникновения и развития.

Признаком признания в Украине важности борьбы с глаукомой является разработка и реализация нормативно-правовых документов (приказов МЗ Украины, клинических руководств, протоколов), создание рабочих групп по

разработке и рассмотрению возможности адаптации современных прогрессивных мировых подходов к украинским реалиям с целью предупреждения распространения глаукомы, слепоты и слабовидения по ее причине среди населения Украины. За последние годы было наработано многочисленное количество нормативно-правовых актов, регулирующих оказание медицинской помощи больным глаукомой. Приказом МЗ Украины от 23 ноября 2011 г. № 816 был утвержден унифицированный клинический протокол оказания медицинской помощи при первичной открытоугольной глаукоме. В приказе МЗ Украины от 14 мая 2013 г. № 372 «О системе офтальмологической помощи населению Украины» обозначен объем оказания медицинской помощи больным глаукомой по уровням, алгоритм неотложной помощи при травмах и болезнях глаза. В соответствии с приказом на первичном уровне основным действующими кадровыми ресурсами определены врач общей практики - семейный врач, имеющий сертификат, о прохождении последипломной подготовки в двухлетней интернатуре или на 6-месячном цикле специализации и медицинские сестры общей практики. В соответствии с приказом Минздрава № 404 от 20.06.2006 г. о табельном оснащении амбулаторий общей практики - семейной медицины, в них должно быть следующее офтальмологическое оборудование: аппарат Рота полногабаритный с таблицами Сивцева-Головина и таблица Рабкина, лупа бинокулярная, тонометр глазной, набор пробных очковых линз (малый), оправа пробная универсальная.

Обязательным на первичном уровне является проведение мероприятий первичной профилактики глаукомы, а именно, выявление общих и местных ее факторов риска, влияющих на возникновение и прогрессирование глаукомы, которое должно сопровождаться предоставлением информации пациентам по глаукоме и ее последствиях и необходимости контроля внутриглазного давления (ВГД), функций зрительного нерва, особенно в группах риска.

Непосредственная диагностика глаукомы проводится на вторичном уровне медицинской помощи. Диагноз глаукомы (первичной или вторичной) устанавливается только специалистом с соответствующей квалификацией и опытом на основании полученных данных о характерных дегенеративных изменениях диска зрительного нерва, вместе с потерей поля зрения, которые

прогрессируют с развитием скотом или слепых пятен в поле зрения.

Для своевременного выявления глаукомы врач общей практики - семейной медицины должен обязательно зафиксировать жалобы и собрать анамнез заболевания (наследственный, травматический, анамнез воспалительных процессов и сосудистых катастроф в глазу, прием препаратов, которые могут способствовать повышению ВГД, наличие сопутствующей патологии); проверить остроту зрения и желателно определить внутриглазное давление. При невозможности проведения врачом общей практики вышеуказанных методов диагностики и (или) появлении подозрения на повышение внутриглазного давления у пациента, необходимым становится срочное его направление к врачу офтальмологу. Решение вопроса о назначении лечения осуществляется врачом офтальмологом по месту жительства. Специализированная помощь больным первичной открытоугольной глаукомой осуществляется в специализированной офтальмологической сети. При повторном обследовании и во время специального лечения, семейный врач должен способствовать выполнению пациентом всех рекомендаций врача офтальмолога. Всем пациентам, которым диагностирован любой вид глаукомы (первичная или вторичная) должны находиться под постоянным наблюдением врача офтальмолога и врача общей практики.

Обязательными при наблюдении врачом общей практики пациентов с глаукомой является проведение контрольных осмотров с проверкой соблюдения пациентом рекомендаций офтальмолога и правильности применения лекарственных препаратов. Регулярность контрольных осмотров устанавливается врачом общей практики. Периодическое повышение ВГД выше нормы при соответствующем лечении обязывает врача общей практики принять меры для направления пациента для повторного осмотра офтальмологом для коррекции назначенного лечения. В случае выявления декомпенсации внутриглазного давления и дестабилизации функций пациент должен быть вовремя направлен к офтальмологу для решения дальнейшей стратегии лечения. Объем диагностических мероприятий и их проведение должны быть регламентированы утвержденным локальным протоколом лечебного учреждения по ведению больных с глаукомой. Все виды оперативных вмешательств выполняются на основании данных диагностики

с учетом объективных клинических данных: стадии процесса, степени декомпенсации ВГД. Реабилитация прооперированных по поводу глаукомы больных включает периодичность контрольных осмотров, устанавливается врачом общей практики или на амбулаторно-поликлиническом уровне врачом-офтальмологом не реже 1 раз в 3 месяца, если врачом стационара не был рекомендован другой срок. Больным с глаукомой желательно ограничивать физическую нагрузку и работу с нервным напряжением, в том числе в ночное время, рекомендовано санаторно-курортное лечение в профильных санаториях для офтальмологических больных.

При своевременной диагностике и правильно подобранном лечении, отсутствии нарушений его режима со стороны пациента и эффективном диспансерном наблюдении есть все шансы к сохранению зрительных функций (остроты зрения, поля зрения), уровня ВГД в пределах нормы, отсутствия прогрессирования атрофии зрительного нерва.

Выводы.

Проблема профилактики, своевременной диагностики, а следовательно и своевременно начатого лечения глаукомы остается актуальной для украинского здравоохранения. Это связано в первую очередь с ростом показателей распространенности глаукомы среди населения Украины, и существенным ее вкладом в долю населения с возникновением необратимой слепоты и слабослышания.

Первичная медико-санитарная помощь в лице семейного врача должна придерживаться профилактического направления касательно предупреждения возникновения и развития глаукомы и ее осложнений через регулярность профилактических осмотров и диспансеризацию выявленных пациентов с глаукомой. Обязательными на первичном уровне определены: определение факторов риска возникновения глаукомы, документирование состояния и функций зрительного анализатора во время осмотра, ознакомление пациента с рекомендованным режимом инстилляций, убеждение в необходимости проведения назначенного лечения. Семейный врач в содействии офтальмолога должен свести к минимуму возможные побочные эффекты от лечения глаукомы, проводить поточный мониторинг качества зрительных функций, обучать и привлекать пациентов к самостоятельному контролю зрительных функций, информировать население о причинах,

ранних признаках, методах профилактики, лечения глаукомы и ее последствий.

Литература:

1. Quigley H. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020 / H. Quigley, A. Broman // *British Journal of Ophthalmology*. — 2006. — Vol. 90. — P. 262 — 267.
2. Алексеев В. Н. О качестве диспансерного наблюдения при первичной открытоугольной глаукоме / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // *Клиническая офтальмология*. — 2003. — Т. 4, № 3. — С. 119 — 122.
3. Алексеев В. Н. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная // *Глаукома: проблемы и решения: сб. науч. ст.* — М., 2004. — С. 393 — 396.
4. Алексеев В. Н. Оценка эффективности диспансерного наблюдения больных с открытоугольной глаукомой / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, М. А. Левко // *VIII Съезд офтальмологов, 3-5 окт. 2005 г.: тезисы докл.* — Москва, 2005. — С. 146.
5. Алексеев В.Н. Качество диспансерного наблюдения больных с первичной открытоугольной глаукомой в поликлиниках города / В. Н. Алексеев, О. А. Малеванная, Е. С. Новицкая // *Сучасні положення системи диспансеризації хворих глаукомою: сб. науч. ст.* — Москва, 2004. — С. 9 — 13.
6. Басинский С.Н. Частота осложнений и сравнительная эффективность хирургического лечения первичной открытоугольной глаукомы / С.Н. Басинский // *Клинич. офтальмол.* — 2011. — Т. 12. — №2. — С. 67 — 70.
7. Золотарев А. В. Централизованная региональная модель противоглаукомной работы возможность комплексного решения проблем / А. В. Золотарев, М. В. Шевченко, В. М. Малов, А.Г. Сапрыкина, Е.В. Карлова // *Клиническая офтальмология*. — 2005. — №3. — С. 45 — 48.
8. Либман Е. С. Современные позиции клинко-социальной офтальмологии / Е. С. Либман // *Вестник офтальмологии*. — 2004. — Т. 120, № 1. — С. 10 — 12.
9. Егоров Е. А. Отдельные клинко-эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ и Грузии. Результаты многоцентрового открытого ретроспективного исследования (Часть 1) / Е. А. Егоров, А. В. Куроедов // *Клин. офтальмол.* — 2011. — №3. — С. 97 — 100.
10. Егоров Е. А. Отдельные клинко-эпидемиологические характеристики глаукомы в странах СНГ и Грузии. Результаты многоцентрового открытого ретроспективного исследования (Часть 2) / Е. А. Егоров, А. В. Куроедов // *Клин. офтальмол.* — 2012. — № 1. — С. 19 — 22.
11. Klein B.E. Heridatability of risk factors for primary open angle glaucoma / B.E.Klein, R. Klein, K.E. Lee // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* — 2008. — Vol. 45. — P. 59 — 62.

БИПОЛЯРНОЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Суеркулов Б.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. За период с 2010 по 2013 годы в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТО оперированы 42 больных переломами шейки бедренной кости. Всем этим больным произведена биполярная эндопротезирования тазобедренного сустава. Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли СОИ-1 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. и др. 2008 г.) . У всех больных получены хорошие и удовлетворительные результаты. Первичное биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава является методом выбора при переломах шейки и прилежащей области бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: перелом шейки бедра, биполярное эндопротезирования, пожилой и старческий возраст.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫЛАР КУРАГЫНДАГЫЛАРДЫН КАШКА ЖИЛИКТИН МОЮНЧАСЫНЫН СЫНЫШЫНДА ЖАМБАШ МУУНУН БИПОЛЯРДЫК ЭНДОПРОТЕЗДӨӨСҮ

Суеркулов Б.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2010 - 2013 жылдарынын арлыгында БИИТОБдун травматология №1,2,3,4 жана муундар бөлүмдөрүндө 42 бейтапка кашка жиликтин моюнчасынын сынышы боюнча операция жасалды. Баардык ушул бейтаптарга жамбаш муунун биполярдык эндопротези жасалды. Хирургиялык дарылоонун жыйынтыгы 6 айдан 1 жылга чейин изилденди жана СОИ-1 аркылуу баааланды. Баардык бейтаптардан жакшы жана канаттандыраарлык жыйынтыктар алынды. Улгайган жана кары курагындагылардын кашка жиликтин моюнчасынын сынышы боюнча тандоо методу болуп жамбаш муунунун биполярдык эндопротездөөсү эсептелинет.

Негизги сөздөр: кашка жиликтин моюнчасынын сынышы, биполярдык эндопротез, улгайган жана карылар курагы.

BIPOLAR HIP ARTHROPLASTY ON PATIENTS OF ELDERLY AND SENIOR AGE WITH SUBCAPITAL FRACTURES

Suerkulov B.T.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. During the period from 2010 to 2013 at the offices of joint pathology and trauma №1,2,3,4 BNITSTO operated on 42 patients with fractures of the femoral neck. All of these patients underwent bipolar hip arthroplasty. Results of surgical treatment were studied in the period from 6 months to 1 year. To evaluate the results of surgical treatment we used the SDI-1 (standardized assessment of outcomes author: Mironov SP et al. 2008). All patients received good and satisfactory results. Primary bipolar endoprosthesis hip replacement joint is the method of choice when fracture neck and adjacent area of the femur in elderly and senile age.

Keywords: subcapital fracture, bipolar hip arthroplasty, elderly and senior age.

Актуальность.

Переломы проксимального отдела бедренной кости - одни из самых частых переломов у людей пожилого и старческого возраста. Ещё в 1930 году Г.И. Турнер очень точно и кратко сказал об этой патологии: «Переломы шейки бедренной кости относятся к числу

катастроф, которые могут быстро подтолкнуть стрелку жизни к старческой беспомощности» [3]. Переломы шейки бедренной кости — это травма, характеризующаяся поражением костно-суставной системы тазобедренного сустава на фоне возрастных изменений костной ткани, сопутствующей патологии внутренних органов,

эндокринных и гомеостатических нарушений [7]. Медиальные переломы бедренной кости составляют до 70% всех повреждений проксимального отдела бедра [1, 4, 6, 8,]. Пациенты с данными переломами в структуре травматологической патологии занимают от 30% до 50% от общего количества койко-дней в стационаре [5]. Несмотря на довольно высокий уровень развития травматологии на современном этапе, вопрос выбора метода оперативного лечения переломов шейки бедра у больных пожилого и старческого возраста остаётся актуальным. Задача лечения состоит в том, чтобы не только сохранить больному жизнь, но и обеспечить благоприятный функциональный результат, так как при неблагоприятном исходе реабилитации пострадавшие перестают себя обслуживать, становятся тяжёлым бременем для семьи и требуют постоянного ухода [2]. Поэтому необходим выбор такого метода оперативного лечения, который не только сохранял бы жизнь больному, но и максимально быстро возвращал к полноценной жизни.

Материал и методы.

Впервые в клинической практике Бишкекском Научно-Исследовательском Центре Травматологии и Ортопедии под руководством профессора, академика НАН КР Джумабекова С.А. было внедрено биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедра у лиц пожилого и старческого возраста. Под наблюдением находилось 42 больных с переломами шейки бедренной кости. В период 2010 по 2013 гг. в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТиО. Возрастной диапазон больных составляет от 59 до 92 лет (табл.).

Техника операции: Операция выполняется под общей или спинномозговой анестезией. В положении больного на здоровый бок. Заднебоковым разрезом рассекают кожу,

подкожную клетчатку. Продольно, вдоль оси бедра вскрывают широкую фасцию над передним краем большого вертела. Над общей сухожильной частью близничных, грушевидной и запирающей мышц продольно их ходу рассекают паратенон. На расстоянии 10-15 мм от бедренной кости поперечно пересекают общее сухожилие названных мышц. Бедро ротируют кнутри и его верхний конец экстрагируют из раны. Капсулу сустава рассекают двумя разрезами: первый у основании шейки бедра вдоль большого вертела и далее производится рассечение капсулы сустава перпендикулярно к первому. Таким образом формируют лоскут капсулы сустава в виде треугольника, а вершины лоскута обращены к бедренной кости. Концы лоскута прошивают двумя держалками. После сшивания капсулы вокруг шейки эндопротеза держалки не отсекают, а проводят изнутри через предварительно сделанные отверстия в большом вертеле. Капсулу сворачивают и подшивают Z-образно к большому вертелу, одновременно бедро ротируют кнаружи до восстановления анатомических взаимоотношений между капсулой и большим вертелом. Производят формирование ложа для ножки эндопротеза. Фиксируют ножку и вправляют головку эндопротеза во впадину. Держалками лоскуты капсулы укрывают сустав. Подтягивают и фиксируют его вершину к основанию места прикрепления фрагмента сухожилия мышц наружных ротаторов бедра в области межвертельной линии бедра Z-образными швами. Наружные ротаторы бедра фиксируют к фрагменту общего сухожилия, восстанавливая их целостность. Накладывают несколько швов между сухожилием наружных ротаторов бедра и капсулой сустава, укрепляя задний край тазобедренного сустава. Несколькими швами восстанавливают целостность паратенона сухожилия мышц наружных ротаторов бедра.

Табл. 1. Распределение больных по возрасту и полу.

Возраст Пол	До 60	60-69	70-79	Старше 80
Муж.	1	6	5	2
Жен.	3	11	9	5
Итого 42	4	17	14	7



до операции



после операции

Послойно накладывают швы на фасцию, подкожную клетчатку и кожу. Устанавливают дренажную систему.

Клинический пример: Больной Б., 65 лет. Травму получил в результате падения. Госпитализирован в отделение патологии суставов БНИЦТО через 1 суток с момента травмы, с диагнозом: Закрытый перелом шейки правой бедренной кости со смещением. После общее клинического обследования произведена биполярное эндопротезирование правого тазобедренного сустава. На третий сутки разрешено ходьба при помощи костылей на здоровую конечность без лишней нагрузки на оперированную. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 12-е сутки. Выписан удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр через 6 месяцев и после 1 года. Результат по СОИ-1 хороший.

Результаты и их обсуждения.

Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли СОИ-1 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. и др. 2008 г.) . У всех больных получены хорошие и удовлетворительные результаты.

Выводы: Таким образом первичное биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава является методом выбора при переломах шейки и прилегающей области бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста. А также биполярное эндопротезирование дает возможность ранее активизации больного.

Литература:

1. Карцов, В.И. Предупреждение и лечение соматических осложнений при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава / В.И. Карцов // Травматология и ортопедия России.-№5.-1994.-С.86-91.
2. Кегги, К.Ю. Передний доступ при эндопротезировании тазобедренного сустава/ К.Ю. Кегги // Хирургия.-1995.-№2.-С.42-48.
3. Миненков, А.А. Низкоэнергетическое лазерное излучение красного, инфракрасного диапазона и его использование в сочетанных методах физиотерапии/ А.А. Миненков// Автореферат дисс. докт. мед. наук. -Москва. -1989. -С.44.
4. Переломы шейки бедра как проблема остеопороза/ В.А. Неверов, И.П. Соболев, М.И. Дадалов, А.В. Климов //Современные медицинские технологии и перспективы развития военной травматологии и ортопедии: материалы науч.-практ. конф. С.-Пб.- 2000.- С. 191-192.
5. Плоткин, Г.Л. Эндопротезирование тазобедренного сустава при язвенной болезни Текст./ Г.Л. Плоткин, А.Н. Петров, Д.Г. Берест // Трансплантация и имплантация в хирургии крупных суставов: материалы науч.-практ. конф.-Н.-Новгород.-2000.-С.88-91.
6. Прогнозирование гнойно-септических осложнений у хирургических больных Текст./ А.В. Кулаков, Е.А. Конович, Б.А. Наумов, Б.В. Пенегин // Русский журнал иммунологии.-1999.-№4-С.162.
7. Giliberty, R. P. Hemiarthroplasty of the Hip Using a Low-Friction Bipolar Endoprosthesis // Clin. Orthop., -175, -1983, -P. 86-92.
8. Kronick J.L., Varba M.L., Paprosky W.G., Extensively coated femoral components in young patients// J. Clin. Orthop.-1997.-Ж344.- P 263-74.

ТАКТИКО- ТЕХНИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМОВ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

Ташматов А.М.

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

Резюме. В работе проведен анализ ошибок в лечении переломов костей конечностей у 106 больных, большее количество из которых поступают из районных и областных больниц. Причины, приведшие к различным осложнениям, мы разделили на 3 группы: диагностические, лечебные и ошибки реабилитации. Каждый из этих видов осложнений описаны в данной статье. Необходимо отметить, что остеосинтез производился хирургами, не владеющими необходимой техникой и не располагающими соответствующими условиями, для выполнения травматологических операций. Определены основные направления преодоления врачебных ошибок.

Ключевые слова: кости конечностей, лечебно-диагностические ошибки, остеосинтез.

БУТ СӨӨКТӨРҮНҮН СЫНЫКТАРЫН ЫКЧАМ ДАРЫЛООСУНУН ТАКТИКА –ТЕХНИКАЛЫК КАТАЛАРЫ

Ташматов А.М.

Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул эмгекте 106 бейтаптын кол-буттарынын сыныктарын дарылоодо кетирилген каталар анализделген. Алардын ичинен көп учурларда бейтаптар райондук жана облустук бейтапканалардан кайрылуу учурлары кездешкен. Дарылоодон кийинки татаалдашууларды биз 3 болукко жайгаштырдык. Аларды атап кетсек: диагностикалык каталар, даарылоо жана калыбына келтируу каталары. Бул иште ушул каталар толук кандуу жазылып мисалдар келтирилген. Айтып кетчү нерсе, остеосинтез операциясы травматолог тарабынан эмес хирург тарабынан жасалган жана бул операцияны жасоого керектуу талап кылынуучу шарттар тузулгон эмес. Жана бул иште врачтардын катачылык иштерин алдын алуу боюнча негизги багыттар корсотулгон.

Негизги сөздөр: кол-бут сөөктөрү, дарылоо-диагностикалык каталар, остеосинтез

THE TACTIC –TECHNICAL MISTAKES OF OPERATIVE TREATMENT OF LIMB BONES OF LIMBS

Tashmatov A.M.

Bishkek Research Center of Traumatology and orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In this work there was made an analysis of mistakes in the treatment of extremity fractures of 106 patients, great amount of them came from district and regional hospitals. reasons which led to various complications, we divided into three groups: diagnostic, medical treatment and rehabilitation mistakes. each types of these complications are described in this article. It is necessary to mention that osteosynthesis was made by surgeons who had not necessary equipment and appropriate conditions to make traumatologic operations. The principal issues to overcome medical mistakes are identified there.

Key words: bones of extremities, medical and diagnostic mistakes, osteosynthesis.

Введение

По данным различных авторов осложнения после переломов длинных костей скелета достигает до 35-35%. Ошибки и осложнения в травматологии всегда были, существуют и ожидаются, но предотвратить и сводить их к минимуму является актуальной задачей современной травматологии и ортопедии.

Целью нашей работы является улучшение

результатов хирургического лечения переломов длинных костей скелета, путем выявления и предупреждения основных причин ошибок и осложнений при остеосинтезе.

Материалы и методы

Работа основана на анализе лечения 106 больных, которые лечились в травматологических отделениях БНИЦТиО за период с 2005-2013 г., с возникшими осложнениями в результате

лечебно-диагностических ошибок, допущенных при остеосинтезе костей конечностей.

Основная их часть поступило в клинику из районов республики, где они лечились по поводу свежих переломов первоначально.

Из находившихся под нашим наблюдением больных женщин было 44 (41,5%), мужчин – 62 (58,5%). Возраст больных варьировал от 12 до 60 лет. По нозологии материал представлен следующим образом: несросшиеся переломы и ложные суставы - 54 (50,9%), неправильно сросшиеся переломы - 17 (16%), остеомиелиты и дефект костей - 35 (33,1%), по сегментам: плечевая кость - 19 (16,3%), кости предплечья – 21 (18,6%), бедренная кость – 37 (37,2%), кости голени - 29 (27,9%).

Анализ ошибок внутреннего остеосинтеза позволил нам выделить 3 основные группы:

- Диагностические ошибки (12,1%) касались несвоевременной диагностики или не диагностирования внутри-, околоуставных переломов, невыполнения или некачественного выполнения рентгенообследования, также неправильной трактовки врачом полученных данных, проведения рентгенографии в одной проекции, приведшей к искажению реальной картины.

Лечебные ошибки (76,2%) мы разделили на лечебно-тактические (22,8%) и лечебно-технические (43,4%)

Лечебно-тактические ошибки касались нерационального выбора метода лечения, использования фиксатора, не способного обеспечить стабильный остеосинтез, отказа от внешней фиксации после нестабильного остеосинтеза.

Лечебно-техническим ошибкам отнесли неустранение смещения, нарушение техники накостного остеосинтеза (использование нестандартных пластин, применение короткой пластины, коротких и тонких, неадекватного количества винтов), нарушение техники интрамедуллярного остеосинтеза (использование фиксаторов не соответствующих по длине и толщине костномозговому каналу), излишняя травматизация мягких тканей, отслойка надкостницы и чрезмерное обнажение кости, нарушение асептики и антисептики, некачественная первичная хирургическая обработка при открытых переломах.

Ошибки реабилитации (11,7%)

были обусловлены чрезмерно активной и форсированной разработкой движений в суставах, ранней нагрузкой на конечность при низкой несущей способности металлоконструкции.

Как известно, реабилитационный период в основном проводится в поликлинике по месту жительства больного. Следует отметить, что из-за отсутствия материально-технической базы для реабилитации, специалистов, а нередко недостаточным знанием врачей до 75% больных не получали полноценного восстановительного лечения, либо не получали вообще. Всем больным проведены повторные операции - реостеосинтез, корригирующие остеотомии, аутоостеопластика, санации, фистулосеквестроэктомии.

Результаты и обсуждение

В результате проведенного лечения получены хороший результат у 66 (62,3%) больных, удовлетворительный у 35 (33,0%), неудовлетворительный у 5 (4,7%) больных.

Для успешного лечения переломов костей конечностей необходимо к каждому случаю подходить индивидуально, т.е. зная вид перелома и характер смещения отломка выбрать оптимальный для данного вида перелома план операции, а также тип используемой металлоконструкции. Ошибки при выборе метода лечения в большинстве случаев вызваны тем, что показания к остеосинтезу ставились без учета вида, характера и уровня перелома, степени смещения отломков, особенностей организма. Также необходимо отметить, что показатели различных осложнений объясняется тем, что остеосинтез костей, в районных, а также областных больницах нашей Республики проводился нередко хирургами, не владеющими необходимой техникой и не располагающими соответствующими условиями для выполнения травматологических операций. В связи с этим необходимо обратить внимание на повышение квалификации хирургов травматологов-ортопедов, приобретение ими навыков остеосинтеза и проведения мастер – классов по различным видам остеосинтеза. Из выше перечисленных данных анализа следует, что для улучшения результатов лечения переломов костей конечностей, необходимо оснащение необходимой техникой для остеосинтеза травматологических отделений больниц, четкое взаимодействие стационара и реабилитационных учреждений.

Литература:

1.Мирошниченко В.Ф. с соавт. Анализ причин осложнений при различных видах остеосинтеза./ Травматология и ортопедия XXI века. Материалы VIII –съезда травм.-ортоп. России, глава 10., стр.1131-1132., Самара, 2006г.

2.Новиков А.В.,Щедрина М.А.,Коткова М.А. Ошибки в лечении больных с патологией верхней конечности. / Травматология и ортопедия XXI века. Материалы VIII –съезда травматологов-ортопедов России, глава 10., стр.1133-1134. Самара, 2006г.

3.Кожокматов С.К. с соавт. Ошибки и осложнения при лечении переломов длинных трубчатых костей./ Центрально-азиатский медицинский журнал. Том XII, стр.174-177. 2006г.

4.Джумабеков С.А.,Таиматов А.М. Несостоятельность пластин при накостном остеосинтезе трубчатых костей./ Медицина Кыргызстана №3. Материалы III Евразийского конгресса травматологов-ортопедов. 2012. г. Рим, Италия. с80-81.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧУМОЙ В МИРЕ

Тилегул к. А., Алимбекова А., Землянухина Л.С.,
Бектурдиев К.Б., Ибраев А. И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Центр карантинных и особо опасных инфекций ДПЗ и ГСЭН
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Анализ заболеваемости чумой в мире, состояние активности природных очагов чумы в странах СНГ, свидетельствуют о наличии высокого риска заболевания чумой среди людей в Кыргызской Республике, что требует неотложных мероприятий по эпидемиологическому надзору за чумой в республике.

Ключевые слова: чума, природные очаги, эпидемиологический надзор.

ДҮЙНӨДӨГҮ КАРА ТУМОО ООРУСУНУН ДИНАМИКАСЫ

Тилегул кызы А., Алимбекова. А., Землянухина А.С.,
Бектурдиев К.Б., Ибраев А.И.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык акдемиясы
Карантиндик жана өтө кооптуу жугуштуу оорулардын борбору ОААЖМСЭКД
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Дүйнөдөгү кара тумоо оорусун, КМШ өлкөлөрүндөгү кара тумоонун табигый очокторунун активдүүлүгүн талдоо Кыргыз Республикасында адамдардын арасында кара тумоо менен ооруп калуу тобокелчилиги жогору экендигин күбөлөйт, бул республикада кара тумоонун эпидемиологиялык көзөмөлдөө боюнча кечиктирилгис иш-чараларды жүргүзүүнү талап кылат.

Негизги сөздөр: кара тумоо, табигый очоктор, эпидемиологиялык көзөмөл.

MORBIDITY OF PLAGUE DYNAMICS IN THE WORLD

Tilegul A., Alimbekova A., Zemlyanukhina L.S.,
Bekturdiev K.B., Ibraev A.I.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Center for quarantine and extremely dangerous infections
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Analysis of the morbidity of plague in the world, the state of activity of natural focuses of plague in the CIS countries, indicate a high risk of plague disease among the people in the Kyrgyz Republic, which requires urgent measures for epidemiological surveillance of plague in the country.

Keywords: plague, natural focuses, epidemiological surveillance.

Чума, одно из самых опасных известных человечеству заболеваний, по-прежнему сохраняет высокий эпидемический потенциал, приводит к значительным человеческим жертвам и экономическим потерям. Как зоонозное природно-очаговое особо опасное заболевание чума имеет множественный механизм передачи, самый высокий контагиозный индекс (0,8), высокую летальность (при легочной форме до 100%), обладает способностью вызывать эпидемические вспышки. [5,11]

С 2004 по 2013 год, по данным ВОЗ, в 16 странах мира (Азия, Африка, Америка) зарегистрировано 13421 случаев заболевания чумой, из которых 896 имели летальный

исход (6,7%), самые высокие показатели заболеваемости – 97,7% от общего числа больных чумой в мире и смертности -96,4% летальных исходов отмечались в Африке. [12,14]

Реальную опасность возникновения вспышки заболевания способствует политическая и экономическая нестабильность стран, интенсификация различных видов транспортных сообщений, внешняя и внутренняя миграция населения, военные конфликты и экологические катастрофы на территории природных очагов чумы. Ситуация осложняется отсутствием эпидемиологического надзора за чумой во многих странах, неполная регистрация, отсутствие настороженности врачей.

Высокогорные районы Тянь-Шаня и Памиро-Алая нашей республики известны как стойкие природные очаги чумы. Первый сигнал тревоги прозвучал в августе 2013 г., когда после 30 лет отсутствия на территории Кыргызстана регистрации чумы среди людей умер подросток от бубонной формы заболевания. Поэтому необходимость мониторинга этих территорий продолжает оставаться актуальной.

Цель работы:

проанализировать эпидемическую ситуацию по чуме в мире и выявить современные особенности эпидемического процесса для организации эффективного эпидемиологического надзора за чумой в Кыргызстане.

Материалы и методы.

В работе для проведения ретроспективного эпидемиологического анализа чумы были использованы статистические отчеты и информационные сообщения ВОЗ о случаях заболеваний чумой в мире, содержащие информацию за период с 1954 по 2013 гг.

Оценка эпизоотийной активности природных очагов чумы в республике проводилась по данным Центра карантинных и особо опасных инфекций КР.

Результаты и их обсуждение.

Анализ заболеваемости чумой с 1954 по 2013 гг. показал, что чума не потеряла своей значимости как особо опасная инфекция. За 60 исследуемых лет по официальным данным ВОЗ чумой заболело более 100 тыс. человек, летальность составила около 8%. Фактическая заболеваемость по оценкам экспертов может быть выше [5,13].

Природные очаги чумы обнаружены на всех континентах, за исключением Австралии и Антарктиды, они располагаются между 55°

Северной широты и 40° Южной широты.

Анализ динамики эпидемического процесса чумы в мире за 60 лет показывает тенденцию к стабильному повышению уровня заболеваний чумой в мире с ежегодным темпом прироста. Наблюдается два периода подъема, первый — 1964–1973 гг., определяется ростом заболеваемости в Азии, второй — 1994–2003 гг. с ростом чумы среди людей в Африке. (рис.1)

В Африке в последние годы регистрируется более 90% всех случаев чумы среди людей. В 18 странах Африки за анализируемый период зарегистрировано 50628 случаев чумы и наблюдалась тенденция к повышению заболеваемости во всех периодах. (рис.2) Так в 1994-2003гг. на континенте зарегистрировано максимальное количество случаев – 29030, по сравнению с другими периодами. Наибольшая активность эпидемического и эпизоотического процессов отмечается в Демократической Республике Конго (ДРК) и Мадагаскаре, где ежегодно выявляется несколько тысяч случаев, однако, лабораторно подтверждается незначительная часть. Крупные вспышки легочной чумы в ДРК регистрировались с 2005 по 2008 г. В 2010 г. на Мадагаскаре выявлено 16 случаев легочной чумы, в том числе 10 летальных, 2011 г. – 200 случаев, из них 60 - летальных. В 2003 г. бубонная чума среди людей повторно возникла в Алжире (11 случаев) после 50-ти летнего отсутствия, в 2009 г. в Ливии после 25 летнего перерыва (4 случая заболевания и 17 – с подозрением), что указывает на непрекращающуюся циркуляцию возбудителя чумы в природных очагах этих территорий [5,10,12].

В Азии активные природные очаги чумы расположены на большинстве территорий

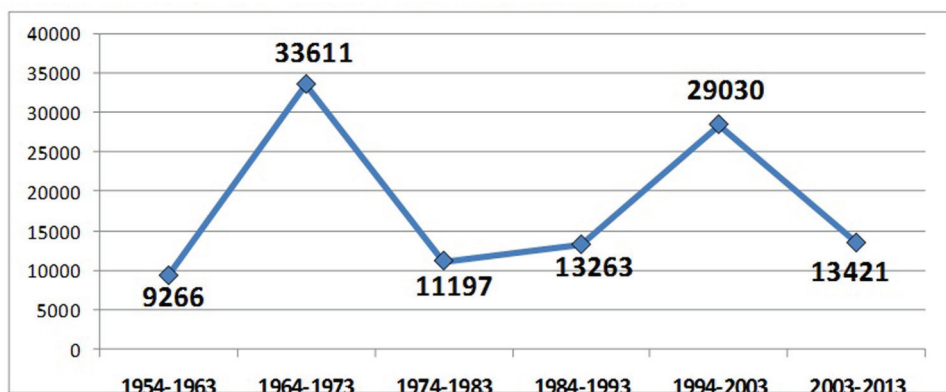


Рис. 1 Количество случаев чумы в мире

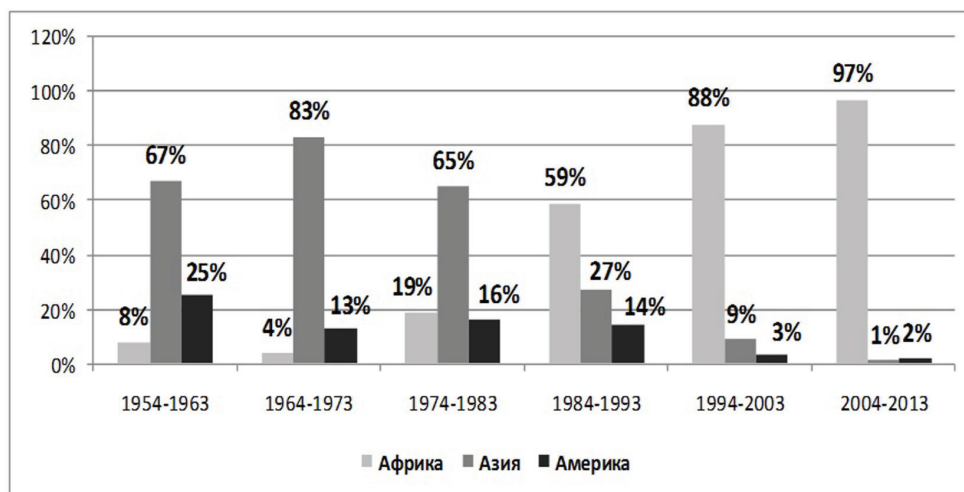


Рис. 2 Динамика заболеваемости чумой в Африке, Азии, Америке (%)

и в 14 странах за анализируемый период зарегистрировано 47841 случаев, что составило 43,7% случаев чумы в мире. Наибольшее число больных – 27885 на континенте зарегистрировано в 1964-1973гг. за счет Вьетнама (26989 – 96,8% от заболеваемости в Азии). С начала 90-х годов на этих территориях отмечается рост числа заболеваний чумой среди людей. Практически ежегодно регистрировались единичные случаи заболеваний чумы в Монголии, Китае, Индонезии, Лаосе. Вспышка в Индии в 1994 г., когда заболело чумой 876 человек (54 умерло), произошла после 30 лет благополучия. В результате неадекватного и позднего реагирования на вспышку национальных органов здравоохранения данный инцидент повлек значительные экономические потери. В 2009г. на северо-западе Китая в провинции Цинхай зарегистрирована вспышка легочной чумы (12 случаев заболевания, в том числе 3 летальных). [1,5,11,14]

В 8 странах Америки зарегистрировано 11319 случаев (10,3%) за исследуемый период. В Южной и Северной Америке природные очаги чумы с постоянной активностью существуют в Бразилии, Боливии, Эквадоре, Перу и США. В США заболеваемость чумой имеет спорадический уровень. В Перу, Эквадоре и Боливии чума у людей регистрировалась преимущественно в виде вспышек с летальностью от 4,5 до 15%. Крупные вспышки чумы происходили в Перу в 1992–1994 г. (1248 случаев). [5,13]

С начала девяностых годов отмечается увеличение заболеваемости чумой среди людей

в мире, что, вероятно, связано с возросшей активностью природных очагов чумы и регистрацией случаев чумы. Характеристика эпидемического процесса чумы в последние годы позволяет отнести ее к группе так называемых возвращающихся инфекционных заболеваний, т.к. за последние 20 лет несколько государств сообщили о возникновении заболеваний после 30–50 лет отсутствия: Индия 1994 г., Индонезия 1997 г., Алжир 2003 г., Ливия 2009 г.

На территории СНГ действуют 45 природных очагов чумы, расположенных в 8 из 11 стран Содружества: Российской Федерации, Республики Казахстан, Азербайджане, Армении, Кыргызстане, Таджикистане, Туркмении, Узбекистане.

В Российской Федерации расположены 11 природных очагов, и в 2011-12 гг зарегистрированы эпизоотии чумы в Алтайском горном и Восточно-Кавказском высокогорном природных очагах (общая площадь эпизоотии составила 882,5 кв. км, выделено 38 штаммов возбудителей чумы). [2,4,6,8]

В Республике Казахстан расположены 20 природных очагов чумы, которые занимают почти половину всей территории страны и являются наиболее активными из всех очагов СНГ. В 2011 году эпизоотии чумы отмечены в 11 природных очагах Республики Казахстан, выделено 430 возбудителей чумы. (Предустюртском, Устюртском, Арыкумско-Дариялытакирском (Зааральском), Мангышлакском, Приаральско-Каракумском, Кызылкумском, Мойынкумском, Таукумском, Прибалхашском, Восточно-

Приалакольском, Илийском межгорном, Бетпакдалинском). В Республике Казахстан случаи заболевания зарегистрированы в период с 2001 по 2014 гг. трижды: 2001, 2002 и 2003 гг., всего 7 больных, 2 летальных исхода. [7]

В Кыргызстане наблюдались неоднократные вспышки чумы среди людей в 1907, 1908, 1910-14, 1928 гг. Последняя вспышка легочной чумы отмеченная в 1928 году в урочищах Ак-Таш и Кош-Кулак Аксайской долины, унесла 48 человеческих жизней. Sporодические случаи заболевания отмечались и в более поздние годы – 1942, 1965, 1981 гг. Последний случай бубонной чумы с летальным исходом зарегистрирован в августе 2013 г. в урочище Оттук, Аксуйского района Иссык-Кульской области.

На территории Кыргызской Республики находятся три природных очага чумы: Тянь-Шаньский, Алайский и Таласский. В настоящее время площадь трех природных очагов составляет более 30 тыс. кв. км. (3 200 000 га) или 16,3% от территории республики.

Основными носителями возбудителя чумы в Тянь-Шаньском очаге, включающем в себя три автономных очага - Аксайский, Верхненарынский и Сарыджазский, являются серые сурки. В пределах Алайского природного очага выделено три мезоочага: собственно Алайский, Гульчинский и Западно-Алайский с основным носителем красным сурком. Таласский природный очаг включает три мезоочага: Манасский, Бешташский, Сулуу-Бакаирский и основными носителями являются красный сурок и полевки. Переносчиками выступают специфические блохи сурков и мышевидных грызунов: *C. Lebedevi*, *Or. silantievi*, *R. li ventricosa*, *C. caspia*, *A. primaris*, *P. nemorosu*, *P. Irritans* и др.

В целях снижения эпизоотической активности очагов и обеспечения эпидемиологического благополучия на территории республики проводилось оздоровление очаговых массивов путем истребления основных носителей: первый этап с 1955 по 1972 год, второй этап - с 1971 по 1983 год. На протяжении 25-30 лет после проведенных оздоровительных мероприятий выявлялись единичные случаи эпизоотий, которые носили локальный характер. Однако в настоящее время наметилась тенденция к реставрации очагов и смене носителей, о чем свидетельствует выявление культур от мышевидных грызунов и

эктопаразитов (12 штаммов чумного микроба). При эпизоотологическом обследовании Иньльчек-Каиндинского участка очаговости Сары-Джазского автономного очага чумы в июне 2012 года была зарегистрирована острая эпизоотия чумы в популяции серых сурков и мышевидных грызунов. В полевых условиях от грызунов было изолировано 5 штаммов культур возбудителя чумы.

Основным аспектом профилактики чумы является эпидемиологический надзор, существенный компонент которого — оперативное слежение за эпизоотическим состоянием природных очагов. Это необходимо для своевременного выявления эпизоотии чумы, определения их границ, активности, степени эпидемической опасности; проведения анализа и оценки факторов, определяющих динамику эпизоотий и прогноз дальнейшего развития эпизоотического процесса в целях проведения комплекса профилактических мероприятий; дифференциации территорий по эпизоотологической и эпидемиологической значимости; изучения условий, способствующих ликвидации эпизоотий.

Важным направлением в профилактике чумы в республике является также организация комплекса мероприятий, препятствующих распространению чумы и направленных на быструю локализацию и ликвидацию ее очагов: разработка планов действий, подготовка кадров, планирование госпитальной базы, усиление санитарно-просветительной работы среди населения, вакцинация и др.

Таким образом, учитывая актуальность проблемы чумы в мире, наличие природных очагов в республике, а также риска завоза инфекции в Кыргызстан, необходимо усилить систему эпиднадзора за чумой, что позволит снизить риски возникновения и распространения чумы в республике и интегрироваться в мировую систему эпиднадзора.

Выводы:

1. Анализ заболеваемости чумой в мире выявил рост заболеваемости, высокую эпизоотическую активность природных очагов чумы в современных условиях.

2. Возросшая активность природных очагов чумы и регистрация случая чумы в республике может привести к эпидемическим осложнениям.

3. Необходимо повысить эффективность

эпидемиологического надзора за чумой в Кыргызстане, включающего анализ эпидемической ситуации и активности природных очагов чумы, своевременное выявление источников чумы среди грызунов и людей.

Литература:

1. Арутюнов Ю.И. Уроки эпидемии чумы в Индии // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2004. — № 1. — С. 12–17.
2. Бурделов Д.С., Касенова А.К., Махнин Б.В. Некоторые сведения о природных очагах чумы СНГ // *Вторая Межгосударственная научно-практич. конф. по взаимодействию стран-участников СНГ в области сан. охраны территории: тез.докл.* — Алма-Ата, 2001. — С. 98–100.
3. Кутырев В.В. Актуальные проблемы особо опасных инфекционных болезней и санитарная охрана территорий в современных условиях // *Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунол.* — 2008. — № 1. — С. 17–23.
4. Лопатина Н.В., Мишианькин Б.Н. Эпизоотическое состояние природных очагов чумы, расположенных на территориях России и других стран СНГ // *ЗНУСО*. — 1995. — № 9 (30). — С. 9–12.
5. *Международные медико-санитарные правила (2005г.)* / [2-е изд.]. — Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2008 г. — 90 с.
6. Проблемы санитарной охраны территории государств участников Содружества Независимых Государств в современных условиях / Г.Г. Онищенко, Ю.М. Федоров, В.В. Кутырев, В.П. Топорков // *Проблемы особо опасных инфекций: сб. науч. трудов.* — Саратов, 2001. — Вып. 82. — С. 3–14.
7. Руководство по ландшафтно-эпизоотологическому районированию природных очагов чумы Средней Азии и Казахстана / С.А. Аубакиров, А.С. Сержанов, В.М. Фомушкин [и др.]. — Алма-Ата, 1991. — 29 с. 8. Матросов А.Н., Кузнецов А.А. Эпизоотическая активность и эпизоотологическое районирование природных очагов чумы Российской Федерации // *Карантинные и зоонозные инфекции в Казахстане*. — Алма-Ата. — 2001. — Вып. 3. — С. 178–181.
9. Попов Н.В. Эпизоотическая активность природных очагов чумы Российской Федерации в 2012г. и прогноз на 2013г. // *Пробл. особоопасных инф.*, 2013.- стр. 5-10
10. Топорков В.П. и др. Динамика заболеваемости чумой в мире. // *Пробл. особоопасных инф.*, 2008.- стр. 22-25
11. *Human plague in 2002–2003* / WHO // *Weekly epidemiological record*. — 2004. — Vol. 79, № 33. — P. 301–306.
12. *Human plague: review of regional morbidity and mortality, 2004–2009* / WHO // *Weekly epidemiological record*. — 2010. — Vol. 85, № 6. — P. 40–45.
13. *Norms and Standards in Epidemiology: Case Definitions* / Pan American Health Organization // *Epidemiological Bulletin*. — 1999. — Vol. 20, № 1. — P. 12–13.
14. *World health statistics 2011* // WHO. — Geneva, 2011. — 165 p. — ISBN 978–92–4–156419–9.

ОСОБЕННОСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В ТЕЧЕНИЕ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ ОПЕРАЦИЯХ

Шабданова Ж. Т., Молдоташова А.К., Турдушева Д.К.

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

Резюме. В статье рассматриваются особенности обеспечения проходимости дыхательных путей и анестезии у больных с челюстно-лицевой патологией. Эндотрахеальная общая анестезия обеспечивает не только антистрессовую защиту больного в течение оперативного вмешательства, но и надежную проходимость дыхательных путей. Это очень важно при операциях на челюстно-лицевой области, при которых нередко дыхательные пути находятся в непосредственной близости с операционной раной. Результаты исследования выявили, что использование ларингеальной маски (ЛМ) при непродолжительных операциях на челюстно-лицевой области позволяют обеспечить альтернативный метод ограничить показания для эндотрахеального метода общей анестезии.

Ключевые слова: челюстно-лицевая хирургия, проходимость дыхательных путей, интубация, фибробронхоскопия.

ЖААК-БЕТ ООРУЛАРЫНЫН АНЕСТЕЗИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Шабданова Ж. Т., Молдоташова А.К., Турдушева Д.К.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалда жаак-бет ооруларынын анестезиясынын озгочолугу жонундо айтылат. 30 минутадан ашыкча созулган операцияда трахеанын интубациясы созсуз турдо колдонуусу керек. Жаак-бет ооруларынын хирургиялык даарылоосунда ЛМ методунун жардамы менен берген наркоз оорунун коопсуздугуна чон жардам берет жана альтернативтуу жолдордун бири болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: жаак-бет оорулары, интубация, фибробронхоскопия.

FEATURES AIRWAY DURING ANESTHESIA IN MAXILLOFACIAL SURGERY

Shabdanova J. T., Moldotashova A.K., Turdusheva D.K.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article discusses the features of airway management and anesthesia in patients with maxillofacial pathology. Endotracheal general anesthesia provides not only anti-stress protection of the patient during surgery, but also secure the airway. It is very important to the operations in the maxillofacial region in which the airways are often in close proximity to the operating wound. Results of the study revealed that the use of laryngeal mask airway (LMA) for short operations in the maxillofacial region allow for an alternative method to limit the indications for endotracheal general anesthesia method.

Keywords: Maxillofacial Surgery, airway, intubation, bronchoscopy.

В связи с возросшей хирургической активностью в отношении больных с челюстно-лицевой патологией, возросла актуальность проблемы анестезиологического обеспечения у данной категории больных. Проведение общей анестезии при челюстно-лицевых операциях имеет специфические особенности. Оптимальной считается эндотрахеальная общая анестезия. Она обеспечивает не только антистрессовую защиту больного в течение оперативного вмешательства, но и надежную проходимость дыхательных путей. Это очень важно при операциях на челюстно-лицевой области, при которых нередко дыхательные

пути находятся в непосредственной близости с операционной раной. Однако, эндотрахеальный способ общей анестезии не лишен недостатков. Тому причиной часто является эндотрахеальная интубация. Это отек слизистой гортани, ларингоспазм, необходимость в достаточно высокой дозе миорелаксантов для предотвращения реакции больного на трахеальную трубку при малотравматичных операциях.

Использование ларингеальной маски (ЛМ) при операциях на челюстно-лицевой области позволит ограничить показания для

эндотрахеального метода общей анестезии. Учитывая то, что ЛМ устанавливается не в трахее, а в глотке, следует ожидать снижение потребности в миорелаксантах [2, 4].

В мире ларингеальная маска при общей анестезии используется уже более десяти лет. В сообщениях зарубежных авторов отмечается надежная защита дыхательных путей и адекватность вентиляции в условиях использования ларингеальной маски как воздухопроводного устройства [2, 5, 6, 7]. В условиях сохраненного дыхания приоритет в создании идеальных условий установки и нахождения ЛМ в течение общей анестезии принадлежит пропофолу. Пропофол обеспечивает оптимальные условия для установки ЛМ (достаточная миорелаксация челюстно-лицевой области) [1, 3, 8]. В отечественной литературе описывается опыт применения различных ингаляционных и внутривенных анестетиков, в сочетании с анальгетиками, для установки ЛМ и проведения общей анестезии [1, 2, 3].

Целью нашего исследования явилась оценка эффективности применения ларингеальной маски, как воздухопроводного устройства, в течение общей анестезии при непродолжительных операциях в челюстно-лицевой области.

Материал и методы.

Исследования проведены у 27 больных (в возрасте 15-65 лет), которым проводились оперативные вмешательства по поводу патологии челюстно-лицевой области (таблица 1).

Больные были разделены на 2 группы. В первую группу вошло 17 больных (12 мужчин, 5 женщин), которым ИВЛ проводили через ЛМ. Во 2 группу включено 10 больных (8 мужчин, 2 женщин), которым ИВЛ при общей анестезии проводилась традиционным способом. Группы были сравнимы по возрасту, полу, функциональному состоянию органов и систем, а так же объему и продолжительности хирургического вмешательства. По степени риска больные были I-II класса по ASA. Методика анестезии. Всем пациентам на ночь накануне операции назначалась премедикация седуксеном 10 мг внутримышечно, непосредственно перед операцией за 30-40 минут вводился седуксен 10 мг внутримышечно. В операционной после предварительной оксигенации пациента через лицевую маску наркозно-дыхательного аппарата («Фаза-5Н») и внутривенного введения атропина в стандартной дозировке, индукцию проводили на фоне ингаляции кислорода медленным внутривенным введением пропофола (2 мг/кг) в течение 30 сек., с последующим введением фентанила (50-

Таблица 1. Распределение больных по характеру оперативного вмешательства

Вид оперативных вмешательств	Количество оперативных вмешательств	
	1 группа (n = 17)	2 группа (n = 10)
Операции на мягких тканях лица и шеи	5	3
Операции на костных структурах (остеометаллосинтез, удаление металло-конструкции, гайморотомия)	12	7

Показатели гемодинамики	Исходные значения		После установки воздухопроводного устройства		Через 30 мин после начала операции	
	1 группа (n=32)	2 группа (n=20)	1 группа (n=32)	2 группа (n=20)	1 группа (n=32)	2 группа (n=20)
АД _{сист.}	124±3	129±4	115±3*	133±3	115±3	118±3
АД _{диаст.}	80±2	85±2	77±2*	85±2	74±2	7±2
ЧСС	82±4	81±3	72±2*	86±1	78±2	79±1

100 мкг) и ардуаном (0,4 мг/кг). У пациентов 1 группы установку ЛМ производили в условиях миоплегии. Во 2 группе выполняли трахеальную интубацию посредством ларингоскопии. ИВЛ проводили по полуоткрытому контуру, дыхательный объем устанавливался из расчета 7-8 мл/кг, число дыхательных движений 14-16 в 1 мин. На основном этапе у всех больных проводили тотальную внутривенную анестезию пропофолом, фентанилом, из миорелаксантов использовали ардуан.

В динамике контролировали клинические показатели кровообращения (исходные показатели, после введения воздуховодного устройства, на этапе оперативного вмешательства): АД систолическое (АД сист.), диастолическое (АД диаст.); частоту сердечных сокращений (ЧСС).

Результаты исследования и их обсуждение.

Длительность оперативного вмешательства составила $60,5 \pm 6,5$ мин, длительность общей анестезии – $88,75 \pm 7$ мин. Установка ЛМ с первой попытки была выполнена у 12 больных, у 5 больных необходима была повторная установка. Время, затраченное на установку ЛМ, составило $10,3 \pm 1,05$ сек, на установку ЭТТ – $9,5 \pm 3,01$ сек. В условиях тотальной миоплегии отсутствовали нежелательные глоточные и гортанные рефлексy, вызывающие нарушения проходимости дыхательных путей.

У больных 1й группы (ЛМ) в течение периода индукции и установки ЛМ отмечалось достоверное снижение показателей гемодинамики по отношению к исходным данным. В условиях тотальной миоплегии и внутривенной анестезии пропофолом и фентанилом отсутствовала гипердинамическая реакция кровообращения на установку ЛМ. Показатели гемодинамики снижались по сравнению с исходными (АД сист. на 8 %, ЧСС на 7 %), ($p < 0,05$).

Во 2 группе больных гемодинамическая

реакция на ларингоскопию и интубацию трахеи не превышала исходных значений. Сравнительный анализ результатов проведенных исследований в обеих группах показал, что на исходном этапе достоверных различий в гемодинамических показателях не определялось.

Показатели были в пределах нормы. В период установки воздуховодного устройства отмечалась достоверность различий исследуемых показателей. При этом ЧСС у больных 1 группы составила $72,4 \pm 2$ в мин, что на 7 % меньше в сравнении с соответствующими показателями у больных 2 группы ($p < 0,05$), ЧСС которых составила 85 ± 1 в мин. Относительно АД выявилась подобная закономерность. Показатели гемодинамики были достоверно ниже в 1 группе по сравнению с показателями 2 группы (табл. 2). Предварительная оксигенация через лицевую маску наркозно-дыхательного аппарата обеспечила стабильные значения показателей SpO_2 : 1 группа – $99 \pm 0,3$ %, 2 группа – $98 \pm 0,3$ % в течение установки воздуховодного устройства.

Таким образом, ЛМ на этапах общей анестезии обеспечивала надежную проходимость дыхательных путей для проведения адекватной вентиляции. Динамика показателей ДБЛМ была следующей: после установки ЛМ давление составило $100 \pm 3,5$ мм рт. ст., во время манипуляций хирурга оно увеличивалось на 8,5 %, однако различия были недостоверными. По изменению ДБЛМ мы косвенно судим о возможности смещения позиции ЛМ или нарушении герметичности в течение общей анестезии при манипуляциях хирурга в челюстно-лицевой области [5]. Программа анестезиологического обеспечения больных обеих групп предусматривала использование пропофола, фентанила и ардуана. При сравнении количества вводимых анестетика, анальгетика и миорелаксантов в 2 группах мы получили следующие результаты

Таблица 3. Расход фармакологических средств, применяемых в течение общей анестезии миорелаксантов.

Препараты для общей анестезии	1 группа, (n=17)	2 группа, (n=10)
Пропофол, мкг/кг/мин	$0,08 \pm 0,004$	$0,08 \pm 0,008$
Фентанил, мкг/кг/мин	$0,07 \pm 0,005$	$0,09 \pm 0,004$
Ардуан, мкг/кг/мин	$7,6 \pm 0,7^*$	$10,1 \pm 0,7$

* – $p < 0,05$.

(табл. 3). Очевидно, что у больных 1 группы достоверно снижалась на 25 % потребность в миорелаксантах ($p < 0,05$) и составила $7,6 \pm 0,5$ мкг/кг/мин в сравнении с больными 2 группы ($10,1 \pm 0,7$ мкг/кг/мин). В отношении дозы фентанила отмечалась тенденция к снижению дозы в 1 группе по сравнению со 2. Однако показатели были недостоверными. Что касается дозы пропофола, то достоверных изменений в группах не наблюдалось. Уменьшение дозы ардуана у больных 1 группы в течение общей анестезии связано, по-видимому, с тем, что ЛМ не вызывает дополнительного раздражения рецепторов трахеи и дает возможность поддержать анестезию на более низком уровне, что делает ее более управляемой. На фоне пропофола адаптация больного к искусственной вентиляции легких у больных 1 группы возможна при меньших дозах.

На выходе из общей анестезии по окончании оперативного вмешательства мы отметили, что у больных 1 группы быстрее восстанавливалось самостоятельное дыхание и сознание. Время экстубации у больных 1 группы составило $8,5 \pm 1,13$ мин. в сравнении со 2 группой ($16,7 \pm 1,5$ мин), ($p < 0,002$).

Выводы.

1. Общую анестезию на основе пропофола и фентанила с использованием ларингеальной маски для проведения ИВЛ можно считать методом выбора анестезиологического обеспечения кратковременных оперативных вмешательств на челюстно-лицевой области, не требующих назотрахеальной интубации.

2. При вводной анестезии пропофолом и фентанилом в условиях тотальной миоплегии ответная реакция системы кровообращения на

установку ЛМ выражена крайне незначительно в сравнении с трахеальной интубацией.

3. ЛМ является надежным воздуховодным устройством для проведения адекватной ИВЛ в течение общей анестезии, о чем свидетельствуют данные газового состава крови.

4. Меньшие дозы мышечных релаксантов, применяемых в течение общей анестезии, исходя из особенностей «малой инвазивности ЛМ», способствуют более раннему восстановлению адекватного дыхания и сознания у больных после окончания оперативного вмешательства.

Литература:

1. Долбнева Е.Л. Установка ларингеальной маски: варианты гемодинамического ответа при различных методиках анестезии. // *Анестезиология и реаниматология*. – 2000. – № 5. – С.80-84.
2. Марченко А.В., Эпштейн С.Л., Бердикян А.С. Ларингеальная маска. Преимущества использования и методические трудности. // *Вестник интенсивной терапии*. – 2002. – № 3. *Анестезиология*. – С. 38-43.
3. Останина В.А., Прутавых Н.Н. Варианты общей анестезии при операциях на лимфоаденоидном глоточном кольце у детей. // *Анестезиология и реаниматология*. – 2003. – № 5. – С. 32-36.
4. Ричер А., Броцман А., Айрих К. Ларингеальная маска: минимальная инвазивная техника в анестезиологии. // *Вестник интенсивной терапии*. – 1998. – № 3. *Анестезиология*. – С. 9-14.
5. Шевченко В.П. Физиологические основы и проблемы использования ларингеальной маски. – Новосибирск, – 1997. – 231 с.
6. Brain A.I.J. The development of the laryngeal mask – A brief history of the invention, early clinical studies and experimental work from which the laryngeal mask evolved. // *Eur.J. Anaesth.* – 1991. – Suppl. – 4. – P. 5-17.
7. Bremner W.G.M. Fixing the laryngeal mask airway during eye surgery. // *Anaesth. Corresp.* – 1993. – 48,6. – P. 542.

НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНЫХ ШВАННОМ РЕТРОСИГМОВИДНЫМ ДОСТУПОМ

Ырысов К. Б., Болотбекова Э. Б.

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

Резюме. Нами проведен анализ результатов лечения и осложнений у 120 больных с вестибулярными шванномами (ВШ). Были оценены предоперационные и послеоперационные статусы и собраны радиологические, а также операционные данные 120 больных, подвергнутых 125 операциям с удалением ВШ. Путём применения субокципитального ретросигмовидного доступа 109 опухолей были полностью удалены; в 16 случаях было выполнено частичное удаление опухоли у тяжёлых больных для декомпрессии ствола мозга или для сохранения слуха в одном слышащем ухе. Операционные осложнения включали гематомы в 2,2% случаев, ликворные свищи в 9,2%, гидроцефалии в 2,3%, бактериальные менингиты в 1,2% и ревизии послеоперационных ран в 1,1%. Текущие методы лечения с полной резекцией опухоли, с уменьшением инвалидности хорошо достигаются субокципитальным ретросигмовидным доступом.

Ключевые слова: Невринома слухового нерва, каудальные краниальные нервы, лицевой нерв, субокципитальный доступ, осложнения.

ВЕСТИБУЛЯРДЫК ШВАНДЫ РЕТРОСИГМА ТҮРҮНДӨГҮ ЫКМАНЫ КОЛДОНУП НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Ырысов К. Б., Болотбекова Э. Б.

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

Корутунду. Биз вестибулярдык шван менен жабыркаган 120 оорулуунун дарылануусунун жыйынтыктарына жана оорусунун оорлошуп кетүүсүнө анализ жүргүздүк. Операцияга чейинки жана операциядан кийинки статустарына баа берилди жана вестибулярдык шванды алып салуу боюнча 125 операцияны башынан кечирген 120 оорулуунун операциялык, радиологиялык маалыматтары топтолду. Субокципиталдык ретросигма түрүндөгү ыкманы колдонуу жолу менен 109 шишик толугу менен алынып салынды; абалы оор 16 оорулуунун мээсинин өзөгүнүн декомпрессиясы үчүн же бир кулагынын угуусун сактап калуу үчүн шишиктери бөлүк-бөлүгү менен алынды. Операциядан кийинки абалда: гематомдор 2,2% учурду, ликвордук тешиктер 9,2% учурду, гидроцефалия 2,3% учурду, бактериалдык менингиттер 1,2% учурду жана операциядан кийинки жарааттын ревизиясы 1,1%ды түздү. Шишиктерди толук кесип алуу аркылуу дарылоонун методдору майыптуулукту азайтып, субокципиталдык ретросигма түрүндөгү ыкманын жакшы жагын көрсөтөт.

Негизги сөздөр: угуу нервинин невриномасы, каудалдык краниалдык нервдер, бет нерви, субокципиталдык ыкма, кабылдап кетүү.

NEUROSURGICAL MANAGEMENT OF VESTIBULAR SCHWANNOMAS THROUGH RETROSIGMOID APPROACH

Yrysov K.B., Bolotbekova E.B.

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

Resume. To identify the actual benefits and persisting problems in management of vestibular schwannomas by the suboccipital retrosigmoid approach. The results and complications in a consecutive series of 120 tumours surgically treated were analysed and compared with experience involving other treatment modalities.

Methods: Pre- and postoperative clinical statuses were determined, radiological and surgical findings were collected and evaluated a database for 120 patients undergoing 125 vestibular schwannoma operations.

Results: By the suboccipital retrosigmoid approach, 109 tumours were completely removed; in 16 cases, deliberate partial removal was performed either in severely ill patients for decompression of the brain stem or in an attempt to preserve hearing in the last hearing ear. Surgical complications included hematomas in 2.2% of the cases, cerebrospinal fluid fistulas in 9.2%, hydrocephalus in 2.3%, bacterial meningitis in 1.2%, and wound revisions in 1.1%.

Conclusion: The current treatment options of complete tumour resection with ongoing reduction morbidity are well fulfilled by the suboccipital retrosigmoid approach.

Key words: Acoustic neuroma, caudal cranial nerves, facial nerve, suboccipital approach, complications.

Введение.

Главной целью лечения ВШ является полнота резекции и сохранение лицевого нерва [1-10]. Все существующие ныне оперативные доступы, такие как субокципитальный, транслабиринтный и субтемпоральный, и их модификации, имеют свои показания. Путём приобретения навыков и опыта, нейрохирурги могут разработать и развить эти доступы до высоких стандартов с оптимальной безопасностью больного в отношении смертности и инвалидности. В течении последних лет субокципитальный доступ был рутинно использован при всех вариантах ВШ в нашей клинике. Основываясь на 120 случаях ВШ, даётся клинический анализ полученных данных. Более того, развитие техники операции с нарастающим опытом представлено с анализом послеоперационных исходов, осложнений и их объёма.

Пациенты и методы. С 2001-г. по 2013-г., 125 ВШ было удалено у 120 пациентов, используя субокципитальный ретросигмовидный доступ. 10 больных имели нейрофиброматоз-2 (НФ-2) и поэтому во время операции у этих пациентов были удалены 10 билатеральных опухолей. 110 больных не имели нейрофиброматоза (НФ-2) и оперированы только унилатерально. Все пациенты были подготовлены к операции путём тщательного клинического обследования, включая оториноларингологическое; компьютерную томографию (bone-windows), контрастную компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию (МРТ) с контрастированием и функциональную рентгенографию шейных позвонков. Положение больных при операции отличалось тем, что голова наклонялась и поворачивалась только незначительно под нейрофизиологическим контролем. Послеоперационное лечение включало в среднем 1 день пребывания в отделении реанимации. И после этого начиналась мобилизация больного под физиотерапевтической поддержкой. Аудиометрический контроль производился через 1 неделю после операции, и выписку больного из больницы осуществляли в среднем на 8-14 сутки. При выписке производился неврологический осмотр. Пациенты с парезами и реконструкцией лицевого нерва проверялись через 3-6 месяцев.

Клинические, оториноларингологические, МРТ или контрастные КТ отдалённые

исследования осуществлялись через 1, 2 и 5 лет после операции. Пациенты с особыми проблемами слуха также осматривались каждые 3-6 месяцев.

Размеры опухолей измерялись с учётом интра- и экстракраниальной протяжённости опухоли; большими считались опухоли более чем 30x20 мм, и маленькими опухоли менее 30x20 мм. Протяжённость опухоли была описана следующим образом: Класс Т1, чисто интракраниальная; Класс Т2, интра- и экстракраниальная; Класс Т3а, заполняющая мосто-мозжечковую цистерну; Класс Т3б, достигающая ствола мозга; Класс Т4а, сдавливающая ствол мозга; Класс Т4б, грубо сдавливающая ствол мозга и сдавливающая IV желудочек.

Результаты.

Частота операций. 7 больных были уже оперированы в других клиниках, 3 больных подвергались субтотальной резекции опухоли, и 4 больных подвергались биопсии. Все это было сделано до поступления в нашу клинику.

Радикальность операций. В 109 случаях, удаление опухоли было тотальным. Субтотальное удаление было выполнено в 16 случаях, так как на первый план выступало сохранение жизни больных в 2 случаях и сохранение слуха в 3 случаях. В 10 случаях декомпрессия ствола мозга выполнено у 6 пациентов пожилого возраста и с тяжелой инвалидностью, у 3 пациентов с нейрофиброматозом НФ-2, билатеральное удаление опухоли было у 1 больного и монолатеральное удаление было сделано у 2 пациентов. Путём обнажения внутреннего слухового прохода и уменьшения опухоли, пока стволовые слуховые вызванные потенциалы (ССВП) были удовлетворительны, слух был сохранен у 8 из 11 пациентов, и качество слуха было стабильным в одном слышащем ухе в течение 6 лет после операции. У 2 больных интраоперационно ССВП и непосредственно слух после операции были потеряны. У 1 больного ССВП и слух были сохранены, но были потеряны через 2 недели после операции; этот же больной был оперирован повторно из-за рецидивного роста опухоли спустя 5 месяцев.

Рецидивы. Рецидивы встречались у 6 из 120 больных, кто не имел нейрофиброматоза НФ-2. Один пациент с большой, сдавливающей ствол мозга геморрагической опухолью и дооперационным параличом лицевого нерва,

дал рецидив опухоли такого же размера и типа в течение 1 года и был оперирован повторно. Этот больной оставался без рецидива в течение 18 месяцев после повторной операции. Одна больная, оперированная нами, у кого было достигнуто сохранение слуха, отметила ухудшение и потерю её первично сохраненного слуха через 4 года после операции. Она была подвергнута повторной операции по поводу опухолевого рецидива размером 25 мм. У одного больного рецидив был обнаружен во время обычного МРТ обследования и хирургическая резекция произведена во второй раз. Трое больных не были подвергнуты повторной операции.

Послеоперационные жалобы. Нами изучена частота субъективных послеоперационных жалоб пациентов и их сравнение с дооперационной субъективной симптоматикой.

В течение первых 2-8 послеоперационных недель больные жаловались на головную боль (9%), затруднение глотания (4,5%), субъективную тригеминальную гипестезию (7%), тригеминальную парестезию (2%), шум в ухе (35%) и шаткость (56%). Неустойчивость при ходьбе была более частым вестибулярным нарушением (35%), головокружение было вторым более частым (25%) и тошнота была третьим частым симптомом.

Неврологический статус. В случаях 125 операций у 120 больных, не считая слуховые функции, неврологический статус после операции был нормальным в большинстве случаев. У этих больных общее физическое состояние, ментальный статус, степень бодрости, состояние вовлеченных в опухолевый процесс краниальных нервов, каудальные краниальные нервы и лицевой нерв были в норме или в стадии восстановления.

Лицевой нерв был анатомически сохранен у 93% больных. Из этих пациентов 51% отмечали нормальную функцию лицевого нерва непосредственно после операции и при выписке из больницы. 45% больных испытали снижение функции лицевого нерва с хорошим потенциалом восстановления функции в течение 1-12 месяцев. 5% больных отмечали паралич лицевого нерва несмотря на целостность нерва. Из них 2,3% выздоровели спонтанно, но 1,7% остались без положительных динамических сдвигов. Из этого числа больных 11 были оперированы с целью создания нервного анастомоза (hypoglossus-

facialis) и получены хорошие результаты. 6 пациентов отказались вообще от операций для создания нервного анастомоза и восстановления функций лицевого нерва.

Лицевой нерв был анатомически поврежден предварительно у 4 больных, оперированных до этого где-то не в нашей клинике. В 2 случаях была произведена операция с созданием анастомоза (hypoglossus-facialis) и достигнуто восстановление функций нерва. В 3 случаях уже до поступления в нашу клинику была произведена реконструктивная операция на лицевом нерве. Лицевой нерв был анатомически поврежден в 7 случаях. У 5 больных повреждение нерва было восстановлено путём использования нервного ствола n.suralis. В 3 случаях лицевой нерв был восстановлен в области мосто-мозжечкового угла используя ствол n.suralis от 0,5 до 3 см. В 2 случаях реконструкция была выполнена из мосто-мозжечкового угла до мастоидального сегмента по методу M.Samii: интракраниально-интратемпоральная трансплантация [1,3,4] и в 3 случаях по методу Дотта (интракраниально-экстракраниальная трансплантация от ММУ до наружного сегмента шилососцевидной порции).

В 2 случаях лицевой нерв был поврежден на месте выхода из ствола мозга и был восстановлен используя донорский нерв (из другого контралатерального лицевого нерва и n.hypoglossus).

Слуховой нерв был анатомически сохранен в 68% случаях, из которых 15 пациентов были глухими ещё до операции. Слуховой нерв был повреждён в 38 случаях, из которых 18 больных были глухими и 20 были слышащими до операции. В 2% случаях слуховой нерв был предварительно повреждён из-за операции, проведенной не в нашей клинике.

Из 90 слышащих до операции пациентов, 70 слуховых нервов были сохранены анатомически и 36 нервов сохранили функции у 5 больных с хорошим слухом, у 14 с удовлетворительным, и у 17 больных с плохим слухом. Дискриминация слуха была полезной у 79% послеоперационно слышащих пациентов. В общем, анатомическое сохранение слухового нерва было 68% и функциональное сохранение было 39%. Морфологические аспекты опухоли влияли на степень сохранности. В случаях кистозных опухолей степень анатомического сохранения лицевого нерва была снижена с 93 до 88% и слухового нерва с 68 до 55%.

Осложнения. Ликворные свищи встречались в 9,2 %; было 7,6 % парадоксальных наружных свищей через 1-16 дней после операции, и было 1,6 % внутренних свищей через 1-56 дней. Наружные свищи с истечением ликвора из твёрдой мозговой оболочки были успешно излечены используя давящие повязки; в половине случаев дополнительный люмбальный дренаж был установлен на 5-8 дней. В случаях внутренних свищей выполнялась хирургическая ревизия с поиском возможных открытых ячеек сосцевидной кости во ВСП, который был закрыт кусочком мышцы используя фибриновый клей.

Гидроцефалия нуждалась в лечении у 2,3% больных. У 2 больных временный наружный дренаж был эффективным. У 2 других больных это было использовано вначале, а затем наложен шунт. У 2 больных шунт был установлен сразу.

Менингиты встречались в 3 % (1,7 % асептический и 1,3 % менингит). Асептические менингиты начинались на 2-21 дни после операции и продолжались 10 дней с хорошим выздоровлением. У 3 больных отмечался временный парез лицевого нерва с полным восстановлением в течении 2-4 недель. Бактериальные менингиты развивались на 3-28 дни и продолжались свыше 26 дней. В то время как большинство бактериальных менингитов были диагностированы клинически и при люмбальной пункции, в 2 случаях обнаружены временные образования абсцесса в ММУ с типичным кольцевидным усилением.

Кровотечение. У 2,2% больных отмечалось послеоперационное кровотечение; хирургическая ревизия была необходимой у 1,5% больных. У 5 больных кровотечение отмечалось остро в течении первых 24 часов, между 4-9 часами после операции, и были локализованы в области ММУ в 4 случаях, внутри моста в 2 случаях, и эпидуральном в 1 случае. Все эти больные были подвергнуты операции. Оба пациента с кровотечением в области моста выздоровели, но легкий гемипарез и атаксия остались у одного и легкий гемипарез у другого. У последнего пациента некоторые сосудистые аномалии отличались на КТ в виде циркулярной области гиподенсивности перед операцией. Из пациентов с кровотечением в области ММУ, 2 выздоровели без проблем, но 2 других умерли. Больной с эпидуральной гематомой выздоровел быстро, с нормальным неврологическим статусом исключая незначительную гипакузию.

Результаты лечения при вестибулярных шванномах (невриномах слухового нерва) во многом зависят от сроков оперативного вмешательства, уровня слуха, морфологической структуры опухоли и вовлечения каудальных краниальных нервов.

Литература:

1. Махмудов У.Б. Хирургическое лечение невринома слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - М., 1981. - 23с.
2. Никитин И.А. Хирургия больших и гигантских невринома VIII нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Л., 1989. - 35с.
3. Рзаев Д.А., Шулев Ю.А., Бикмуллин В.Н. Ретроцигмоидный доступ как основа малоинвазивной хирургии мосто-мозжечкового угла // III съезд нейрохирургов России, Санкт-Петербург, 4-8 июня, 2002 г. - С.144-145.
4. Смянович А.Ф. Микронейрохирургия невринома слухового нерва: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Киев, 1981. - 44с.
5. Халед Бу Х.Э. Диагностика и хирургическое лечение невринома слухового нерва: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.28. - М., 1993. - 18с.
6. Брысов К.Б. Диагностика и нейрохирургическое лечение вестибулярных шванном (невринома VIII нерва): Дис... д-ра мед. наук: 14.00.28. - Бишкек, 2005. - 200с.
7. Ebersol M.J., Harner S.G., Beatty C.W. Current results of the retrosigmoid approach to acoustic neuroma. // J Neurosurg., 2009. - Vol. 76. - P. 901-909.
8. Schessel D.A. Recurrence rates of acoustic neuroma in hearing preservation surgery. // Am J Otol., 2008. - Vol. 13.- P. 233-235.
9. Tatagiba M., Matthies C., Samii M. Microendoscopy of the internal auditory canal in vestibular schwannoma surgery. // Neurosurgery, 1996. - Vol. 38. - P. 737-740.
10. Tos M. Causes of facial nerve palsy after translabyrinthine surgery for acoustic neuroma. // Ann Otol Rhinol Laryngol., 2009. - Vol. 101. - P. 821-826.

СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕГО УХА У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЕБА

Ешиев А.М., Давыдова А.К., Уразматов С.Г.

Ошская межобластная объединенная клиническая больницы
Ош, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ 444 историй болезни с врожденными расщелинами губы и неба, на наличие сопутствующих заболеваний со стороны ЛОР-органов, выявлено отит-26(5,8%) детей. Лечение воспалительных заболеваний среднего уха у детей с ВРГН, в процессе лечения и реабилитации основных патологий, требуют повышенного внимания, как со стороны родителей, так и медицинских работников. Качественно оказанная помощь ЛОР врачом в дальнейшем позволит избежать таких грозных осложнений как тугоухость и глухота.

Ключевые слова: Врожденная расщелина губы и неба, отит, тугоухость, глухота.

ЭРИНДИН ЖАНА ТАҢДАЙДЫН ТУБАСА КЕМТИГИ БАР БАЛДАРДЫН ОРТОҢКУ КУЛАГЫНЫН АБАЛЫ

Ешиев А.М., Давыдова А.К., Уразматов С.Г.

Ош облус аралыс бириккен кликалык оруканасы
Ош, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эриндин жана таңдайдын тубаса кемтиги менен туулган балдардын, 444 бейтап баянына талдоо жүргүзүлгөн. ЛОР органдары тарабынан коштолгон дарттары 26(5,8%) балада кулактын сезгенүүсү байкалган. Мындай балдардын кулак ооруларын, негизги кемтигин дарылоодо жана калыбына келтирүүдө ата-энесинин ошондой эле дарыгерлердин жогорку даражада көңүл буурусу талап кылынат. ЛОР дарыгеринин сапаттуу жардам көрсөтүүсү кулак ооруларынын кабылдап кетүүсүн алдын алат.

Негизги сөздөр: Эриндин жана таңдайдын тубаса кемтиги, кулактын сезгенүүсү, кулактын начар угуусу, кулактын укпай калуусу.

CONDITION OF A MIDDLE EAR OF CHILDREN WITH CLEFT LIP AND PALATE

Eshiev A.M., Davidova A.K., Orozmatova S.A.

Osh interstate united hospital
Osh, Kyrgyz Republic

Resume. We have analyzed 444 clinical records about patients with cleft lip and palate, for the presence of concomitant diseases of ENT organs. The results were 26 (5.8%) children with otitis. Treatment of inflammatory disorders of the middle ear of children with cleft lip and palate, needs a high attention from parents as well as medical workers' side during the rehabilitation and treatment. Qualified care of ENT doctor further will help to avoid complications, such as hearing loss and deafness.

Key words: inherit cleft lip and palate, otitis, hearing loss and deafness.

Врожденные пороки развития одна из актуальнейших как медицинских, так и социальных проблем, что связано с довольно высокой их частотой и тяжестью. Когда рождается ребенок с патологией челюстно-лицевой области, это оказывается большим потрясением для родителей. Для медицинских работников также довольно стрессовая ситуация, они должны дать родителям необходимые разъяснения о характере дефекта, особенностях кормления и ухода за ребенком, а также о перспективах устранения

анатомофункциональных нарушений. Рождение ребенка с врожденными расщелинами верхней губы и неба сопровождается целым рядом социально-психологических особенностей, позволяющих выделить эту проблему как значимую.[1].

По данным Л.В.Харькова [5], у 11% опрошенных в семье сложилось тяжелая обстановка (скандалы, взаимные упреки), причем в 2% случаев это привело к разводам. У 62% матерей появилась раздражительность, нервозность, чувство безысходности, что

неблагоприятно повлияло на уход за ребенком. У 5% матерей отношение к отцу ребенка стало негативным из-за обвинений с его стороны. В связи со сложившейся ситуацией только 29% матерей высказались положительно на вопрос о желании еще иметь детей.

У 39% матерей отмечена боязнь родить такого же ребенка, 6% матерей «чувствовали свою вину» в рождении ребенка с незаращением, 50% родителей «стеснялись» своего ребенка, 7% родителей думали отказаться от ребенка.

С высокой распространенностью врожденных пороков развития лица, а также тяжестью анатомических и функциональных нарушений связаны особые требования к организации лечения больных. У этих детей от рождения расстроены функции сосания, глотания, жевания, внешнего дыхания, нарушена речевая артикуляция. Попадание пищи из полости рта в полость носа и носоглотку приводит к развитию хронического ринита, евстахиита, отита и как следствие — к снижению слуха.

Воспалительные заболевания среднего уха относятся к числу основных патологических проявлений, характерных для пациентов с врожденными расщелинами верхней губы и неба [3]. Многократно перенесенный средний отит у детей, оперированных по поводу врожденной расщелины верхней губы и неба (ВРГН) в возрасте старше 3 лет, остается причиной формирования кондуктивной тугоухости и развития экссудативного отита в 90% случаев [4].

Дети с врожденными расщелинами лица с самого рождения нуждаются в интенсивном многопрофильном лечении. Система комплексного лечения детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба предусматривает многоэтапное междисциплинарное взаимодействие специалистов: хирургов-стоматологов, педиатров, невропатологов, терапевтов, ортодонтов, логопедов, оториноларингологов и других специалистов [2].

Цель исследования:

лечение и реабилитация детей с ВРГН осложненных воспалительными заболеваниями среднего уха.

Материалы и методы исследования

По архивным данным челюстно-лицевой хирургии Ошской межобластной объединенной клинической больницы за 3 года (2010-2012гг)

проведено исследование 444 историй болезни с различными видами врожденных расщелин верхней губы и неба в возрасте от 6-и месяцев до 20 лет и более. Проведен анализ историй болезни на наличие сопутствующих заболеваний и сочетанных уродств.

Результаты исследования и их обсуждения

Изучение состояния соматического здоровья детей показало, сопутствующая патология выявлена у 272 (61,2%) больных. Из них выявлены у 78 (17,5%) железодефицитная анемия, хронический бронхит-45 (10,1%), хронический тонзиллит-70 (15,7%), отит-26 (5,8%), врожденные пороки у 15 (3,4%) детей, также 15 (3,4%) обследованных детей имели отставание в физическом и умственном развитии.

С периодичностью два-три раза в год пациентов с ВРГН осматривает ЛОР-специалист, так как анатомическое строение полости рта и носа у ребенка с ВРГН способствует частому развитию осложнений со стороны ЛОР-органов. До 90% таких детей 4-5 раз в год страдают воспалительными заболеваниями ЛОР-органов.

На основании анализа результатов клинического и аудиологического обследования 26 детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба, имевшим в анамнезе заболевание среднего уха, относящегося к факторам риска по тугоухости и глухоте, у 80,7% детей выявлены нарушения слуха.

Снижение слуха замечали и обращались к ЛОР-врачу только родители 6 (23%) детей, остальные же связывали нарушение речевого развития с нарушением функции артикуляционного аппарата и порока челюстно-лицевой системы. Как до проведения оперативного лечения, так и после уранопластики 17 (65,3%) больных в анамнезе имели рецидивирующие средние катаральные отиты, у 3 (11,5%) детей рецидивирующее гноетечение из ушей. По данным анамнеза, у детей с ВРГН рецидивы острого среднего отита, как правило, двусторонние, отмечались 4-5 раз в год.

Всем больным проводилась отоскопия, при которой оценивались целостность, цвет, плотность, расположение барабанных перепонки, наличие рубцовых изменений, полнота светового конуса и наличие экссудата в барабанной полости. У 17 (69,2%) пациентов с расщелинами верхней губы и неба при отоскопии отмечались

утолщение и ретракция барабанных перепонки, неполный или отсутствующий световой рефлекс и сглаженность контуров. У 5 (19,2%) больных — рубцовые изменения на барабанных перепонках, барабанные перепонки имели желто-серый цвет, контуры не определялись. Только у 3 (11,5%) пациентов при отоскопии барабанные перепонки имели жемчужный оттенок, но неполный световой рефлекс.

Всем детям проводилась акустическая импедансометрия и тональная пороговая аудиометрия на аппарате maiko mi-26 («maicodiagnosticmbh», Германия). тимпанограммы типа В определялись у 21 (80,7%) детей независимо от вида расщелин, тип С выявлялся у 5 (19,2%) больных. Снижение слуха по типу нарушения звукопроводения выявлено у 18 (69,2%) детей, имеющих тимпанограммы типа В, наличие кондуктивной тугоухости при порогах слуха до 30 дБ отмечалось у 14 (53,8%) пациентов, у 6 (23%) больных пороги слуха достигали 50—60 дБ на всех частотах. У 3 (11,5%) пациентов с ВРГН, в анамнезе имеющих тимпанограмму типа В, выявлялась смешанная тугоухость с костно-воздушным интервалом до 20—25 дБ, когда нижний порог нарушения звукопроводения достигал 40 дБ. У 3 (11,5%) пациентов отмечалась нейросенсорная тугоухость I степени с повышением порогов костного звукопроводения до 30 дБ на всех частотах, что свидетельствовало о блоке окон лабиринта экссудатом барабанной полости.

Все пациенты после исследования получали консервативную терапию, курс лечения определялся возрастом и адекватностью поведения ребенка, так как лечебные мероприятия предполагали активное участие пациента, консервативную терапию мы проводили в амбулаторных условиях на базе клинично-консультативного отдела ОМОКБ. После анемизации глоточных устьев слуховых труб проводилось продувание по Политцеру в течение 10 дней с одномоментным пневмомассажем барабанных перепонки. Физиотерапевтическое лечение заключалось в проведении эндоаурального электрофореза с йодистым калием или лидазой с целью восстановления функции слуховой трубы и аэрации барабанной полости. Проводились также эндоназальная лазеротерапия и ультразвуковая терапия на область носа, направленные на улучшение носового дыхания. Пациенты получали

витамины группы В для улучшения трофики тканей, аскорутин, растворы муколитиков в полость носа антигомотоксическую терапию. Антибактериальная и микостатическая терапия назначалась детям при получении на бактериологических посевах из носа и миндалин патогенной грамположительной и грамотрицательной флоры и грибов рода *Candida*.

Исходя из результатов проведенного исследования, для достижения высокого уровня медицинской и социальной реабилитации детей с расщелинами требуется четкая методическая работа центров диспансеризации и единая, взаимосвязанная тактика всех специалистов, участвующих в реабилитации ребенка с врожденной расщелиной губы и нёба. Восстановление утраченной или изменившейся функции всегда является сложным и многогранным процессом. Вопросы лечения воспалительных заболеваний среднего уха у детей с ВРГН, в процессе лечения и реабилитации основных патологий, требуют повышенного внимания, как со стороны родителей, так и медицинских работников. Своевременно и качественно оказанная помощь в дальнейшем позволит избежать таких грозных осложнений как тугоухость и глухота.

Литература:

1. Гуцан А.Э. Врожденные расщелины верхней губы и неба. — Кишинев, 1980. — 141 с.
2. Ешиев А.М. Анализ выявления сопутствующей и сочетанной патологии у детей с расщелинами губы и неба. / А. М. Ешиев, А. К. Давыдова // *Фундаментальные исследования*. Москва, 2013. - № 9. - С. 42-45 .
3. Макхамова Н.Э. и др. К вопросу о диагностике тугоухости у больных с врожденными расщелинами неба. / Н. Э. Макхамов, М. Е. Сарафанова, М. Р. Богомилский, Г. В. Гончаков /Сб. научн. Трудов. Ташкент 1993; с.12-14.
4. Соколова А.В. Профилактика и коррекция нарушений слуха, обусловленных экссудативным средним отитом у детей с врожденной расщелиной верхней губы и нёба. Автореф. дисс. ...канд. мед.наук. М., 2003. -25 с.
5. Харькова Л.В. Оказание специализированной помощи детям с врожденной расщелиной губы и неба в современных условиях развития здравоохранения (на примере Липецкой обл.) Автореф. дисс. ...канд. мед.наук. Тверь, 2006. -24 с.

ИНФУЛГАН У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Асанов Б. К., Молдоташова А.К., Бошкоев Ж. Б.

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

Резюме. Статья обоснования применения у послеоперационных пациентов хирургического профиля мультимодального подхода обезболивания. О том, что при равной эффективности обезболивания и одинаковой потребности в наркотическом анальгетике после операции, предупреждающая анальгезия наркотическими анальгетиками может быть либо кеторолом, либо парацетамолом, в зависимости от наличия у пациента противопоказаний к использованию нестероидных противовоспалительных препаратов.

Ключевые слова: послеоперационная боль, мультимодальная анальгезия, внутривенный парацетамол, Инфулган.

ИНФУЛГАНДЫ ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИН КОЛДОНУУ

Асанов Б. К., Молдоташова А.К., Бошкоев Ж. Б.

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

Корутунду. Макалда операциядан кийинки убакытта ооруну азайтуунун жолдору изилденген. Операциядан кийин ооруну азайтууга Кеторол, же болбосо Парацетамол даарыларын колдонуу керектиги талданган.

Негизги сөздөр: операциядан кийинки оору, парацетамол, Инфулган.

INFULGAN IN SURGICAL PATIENTS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD

Asanov B. K., Moldotashova A.K., Boshkoev J.B.

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. An article about the rationale for the use in postoperative surgical patients multimodal approach analgesia. The fact that at equal efficacy of analgesia and the same need for narcotic analgesics after surgery warning opioid analgesia can be either Ketorol or Paracetamol, depending on whether the patient contraindications to the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs.

Keywords: postoperative pain, multimodal analgesia, intravenous paracetamol, Infulgan.

В мире ежедневно от болей страдают более 3,5 млн человек. Из них более 80 % пациентов нуждаются в антиболевогой терапии. Это касается и острой физической боли, которая характерна для каждого послеоперационного периода. По данным литературы, от 30 до 50 % всех оперированных больных страдают от сильной боли [6]. Аналогичные данные получены и в одном из хирургических отделений Великобритании, где боль средней интенсивности была отмечена у 29,7 %, боль высокой интенсивности - у 10,9 % пациентов [2]. Причем наиболее болезненными зонами считаются верхние отделы брюшной полости, где частота сильной или умеренной боли самая высокая и отмечается у более 40 % пациентов. На втором месте по интенсивности и частоте боли находятся операции или повреждения костей (20–25 %), на третьем - ранение мягких

тканей, затем операции на грудной клетке и повреждения головы [1]. Послеоперационная анальгезия является одним из важнейших компонентов в системе общей интенсивной терапии хирургического больного, создающих комфортные условия пациентам [4, 8, 10, 13].

Современный мультимодальный подход к обеспечению защиты пациента от боли в хирургии в настоящее время занимает все более прочные позиции в практической анестезиологии. Необходимость торможения афферентного потока болевой импульсации на разных уровнях его распространения обоснована, и клиницисты с этой целью используют разные средства и методы. Исследования направлены на предотвращение сильного послеоперационного болевого синдрома, развивающегося по окончании защитного действия интраоперационной анестезии, и

поддержание адекватного послеоперационного обезболивания [1, 3, 9].

Одним из направлений совершенствования антиноцицептивной защиты стала так называемая предупреждающая (упреждающая) аналгезия, т.е. начало применения средств системной и/или регионарной анестезии и аналгезии перед нанесением хирургической травмы тканей с целью уменьшения активирующего воздействия на ноцицептивную систему. Проблема эффективности послеоперационной аналгезии не может рассматриваться в отрыве от проблемы ее безопасности, особенно если речь идет о пациенте, перенесшем большое хирургическое вмешательство со всеми его последствиями (травма тканей, кровопотеря, длительная анестезия с ИВЛ, вынужденное голодание, полимодалная интенсивная терапия). В этих условиях нередко возникают ограничения к применению для послеоперационного обезболивания разных аналгетических средств, способных отрицательно повлиять на состояние оперированного пациента. Опиоидная моноаналгезия в современных хирургических учреждениях фактически не применяется из-за ее многочисленных серьезных побочных эффектов (депрессия сознания, дыхания, гиповентиляция легких, тошнота, рвота, нарушение функции ЖКТ и др.), которые могут приводить к осложнениям. Тем не менее опиоидный аналгетик в безопасной дозе, не приводящей к тяжелым побочным эффектам, является обязательным компонентом всех современных методов системной и регионарной послеоперационной аналгезии [10, 12].

Современные тенденции послеоперационной аналгезии характеризуются следующим:

1. Наметилось заметное ограничение традиционного назначения опиоидных аналгетиков, что обусловлено не только повышением требований к строгому учету наркотических аналгетиков, но и их низкой эффективностью и наличием побочных эффектов (особенно у лиц пожилого и старческого возраста), проявляющихся в угнетении дыхания, гиподинамии, тошноте, рвоте, задержке мочи, кожном зуде, лекарственной зависимости и потенциальной возможности наркомании.

2. Отмечается более широкое применение современных наиболее эффективных

неопиоидных аналгетиков, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и внутривенного парацетамола. Частота их применения варьирует от 45 до 99 %.

3. Определилась тенденция к применению комплексного послеоперационного обезболивания с одновременным назначением нескольких препаратов обезболивания и адьювантных средств для воздействия на различные механизмы формирования болевого синдрома и профилактики побочных реакций со стороны аналгетиков. Продолжаются исследования по сбалансированному выбору оптимальных сочетаний аналгетиков и адьювантных средств, направленных на уменьшение токсического действия НПВП, парацетамола, опиатов.

4. В специализированных отделениях хирургии, в ОРИТ широкое применение находят высокотехнологичные методы обезболивания — продленной эпидуральной аналгезии (ЭА), варианты интраплевральной блокады, электроаналгезия, акупунктура, суггестивные способы аналгезии и их сочетания. При этом экономические затраты, связанные с внедрением этих методов, компенсируются более гладким течением послеоперационного периода. Известно, что пролонгированная эпидуральная анестезия резко уменьшает количество легочных, инфекционных, тромбоэмболических осложнений, способствует нормализации функции сердечно-сосудистой и желудочно-кишечной систем [3, 7].

Таким образом, проблема послеоперационного обезболивания должна рассматриваться с позиции не только качества аналгезии, но и безопасности для пациента обеспечивающих ее компонентов [1, 8, 13, 14].

Большой мировой опыт использования НПВП, метамизола, регионарных блокад выявил не только их преимущества, но и серьезные недостатки, которые у многих пациентов могут превышать преимущества, что требует взвешенного подхода к индивидуальному выбору компонентов послеоперационного обезболивания [15, 19].

В связи с этим в странах Европы широко распространено назначение внутривенного парацетамола в качестве препарата выбора в послеоперационном периоде для всех пациентов, которые не получают местные анестетики. Стратегия по лечению послеоперационной боли

состоит в следующем [20]:

1. Около 90 % хирургических пациентов испытывают послеоперационную боль слабой или умеренной интенсивности. Как правило, они получают комбинацию внутривенного парацетамола и НПВП в качестве терапии выбора. В том случае, если применение этой комбинации недостаточно для облегчения боли, дополнительно назначают опиоиды.

2. Оставшиеся 10 % пациентов, которые в послеоперационном периоде испытывают боль сильной интенсивности, находятся под наблюдением специалистов службы по острой боли. В 2002 г. 71 % пациентов была назначена контролируемая пациентом эпидуральная анестезия, 23 % применялись другие методы регионарной анестезии и 6 % - внутривенная контролируемая пациентом аналгезия.

3. Больных, получающих контролируемую пациентом эпидуральную анестезию, через 2 дня постепенно переводят на стандартную обезболивающую терапию. С этой целью используется внутривенный парацетамол.

4. Больным, получавшим контролируемую пациентом аналгезию, одновременно вводят внутривенный парацетамол и НПВП, таким образом, преследуется цель прекращения применения опиоидов.

Внутривенный парацетамол обычно вводится в ходе операции, примерно за 30 мин до окончания хирургического вмешательства, после чего проводятся повторные инфузии каждые 6 ч. Общая суточная доза внутривенно введенного парацетамола у взрослых составляет 4 г.

По данным Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2005), выраженность обезболивающего эффекта парацетамола не отличается от таковой у кеторолака 30 мг, диклофенака 75 мг, метамизола и морфина 10 мг, это подтверждает, что парацетамол является достаточно эффективным аналгетиком.

Механизм действия парацетамола пока не совсем изучен. В отличие от опиоидов и НПВП он не имеет эндогенных рецепторов и практически не подавляет активность циклооксигеназы. Появляется все больше доказательств центрального антиноцицептивного эффекта парацетамола. Возможно, что он подавляет активность ЦОГ 2 в ЦНС и предупреждает развитие вторичной гипералгезии, повышает активность антиноцицептивной системы, нисходящих тормозных серотонинергических

путей.

Парацетамол препятствует продукции простагландина на уровне клеточной транскрипции (т.е. независимо от уровня активности ЦОГ). В частности, в исследовании на добровольцах была выявлена способность препарата снижать выраженность центральной гипералгезии, что подтверждает центральный механизм его действия [4]. Появление внутривенной формы существенно повысило ценность и расширило показания к применению препарата в качестве базисного компонента сочетанной послеоперационной аналгезии. Внутривенная форма по свойствам безопасности значительно превосходит таблетированные формы, поскольку отличается лучшей управляемостью плазменной концентрацией препарата в раннем послеоперационном периоде. Это преимущество подтверждается практическими исследованиями, которые обнаружили значительные колебания концентрации парацетамола в плазме в раннем послеоперационном периоде до опасно высоких уровней при пероральном назначении по сравнению с внутривенным [5]. Основные показания к назначению парацетамола - быстрое устранение боли и лихорадки при болевом синдроме.

В хирургической клинике парацетамол обычно применяется в двух вариантах. С одной стороны, он может применяться как аналгетический и антипиретический компонент общей ингаляционной или неингаляционной анестезии. При этой методике парацетамол в дозе 1000 мг может быть введен в премедикацию или вводится внутривенно после индукции во время операции у лихорадящего больного. Допустимо также применение парацетамола в дозе 1000 мг интраоперационно примерно за 30 минут до окончания операции, что обеспечивает спокойное, безболезненное пробуждение. При этом отсутствие боли в течение первых 4–5 часов после операции положительно влияет на последующую динамику послеоперационного периода.

При втором варианте используют аналгезирующие и антипиретические свойства парацетамола в комплексной послеоперационной аналгезии с применением адьювантных средств (антигистаминных, седативных, гормональных) в сочетании с другими ненаркотическими аналгетиками (НПВП). При этом 1000 мг

парацетамола вводят сразу же после доставки больного в ОРИТ и повторяют введение через 4 часа (общая доза - 4 г в сутки). Назначение препарата облегчается наличием его готовой лекарственной формы, не требующей разведения. Через 1–3 дня применение внутривенного парацетамола прекращают и при необходимости пациентов переводят на пероральную форму препарата в сочетании с гипнотическими или седативными препаратами. Некоторые специалисты рассматривают парацетамол в качестве альтернативы НПВП, поскольку препарат сопоставим с ними по анальгетическому эффекту, но лишен нежелательных побочных эффектов, свойственных этому классу нестероидных анальгетиков (гастропатии, нарушения гемокоагуляции, лейкопения, аллергические реакции и пр.). Безопасность внутривенной формы парацетамола позволяет рекомендовать его при анестезии в акушерстве и гинекологии, а также у кормящих грудью женщин или беременных, которым проводятся хирургические вмешательства.

Следует соблюдать осторожность при назначении парацетамола больным с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <30 мл/мин), с доброкачественными гипербилирубинемиями (в т.ч. синдром Жильбера, вирусный гепатит, алкогольное поражение печени), алкоголизмом, с дефицитом глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы, пациентам пожилого возраста. Риск развития повреждений печени возрастает у больных с алкогольным гепатозом. Однако гепатотоксическое действие не является существенной проблемой, так как, оно всегда связано с определенным неправильным применением препарата. Токсическая доза парацетамола при однократном приеме составляет 140 мг/кг массы тела, тяжелое поражение печени развивается при разовом приеме 250 мг/кг массы тела. Для групп повышенного риска токсические дозы вдвое меньше [21, 22]. Мнение о высокой гепатотоксичности парацетамола основано на получивших весьма широкую известность случаях суицидального отравления парацетамолом в США [23]. При назначении максимальной рекомендованной суточной дозы ацетаминофена в течение 3 дней подряд у пациентов, страдающих алкоголизмом, не происходило увеличение в сыворотке крови трансаминаз или других маркеров поражения печени. Таким образом, можно утверждать,

что применение ацетаминофена при боли и лихорадке в течение 3 дней является безопасным [24]. По данным V.A. Peduto et al. [25], влияние парацетамола на состояние печени и почек в терапевтических дозах аналогично плацебо. В исследовании F.V. Schiodt et al. [26] продемонстрировано, что применение парацетамола в терапевтических дозах (4 г в сутки) у больных с хроническими гепатитами и циррозами различной этиологии не приводит к ухудшению функционального состояния печени. По рекомендациям National Kidney Foundation, парацетамол является анальгетиком выбора у пациентов с сопутствующими заболеваниями почек [27–30].

Материалы и методы.

В настоящее время в Кыргызстане стал доступен неопиоидный анальгетик парацетамол (Инфулган) для внутривенного введения. Данная форма препарата значительно облегчает его использование в периоперационном периоде, также выгодно отличается от традиционных анальгетиков отсутствием влияния на гемостаз, слизистую желудка и почечный кровоток, что важно при травматичных операциях с большой кровопотерей. По данным систематического обзора, опубликованного в базе данных Кокрановского сотрудничества, разовый оральный прием парацетамола хорошо купирует умеренную или тяжелую послеоперационную боль [11]. Внутривенный парацетамол применяется нами в условиях операционной за 30 минут до окончания хирургической операции и ОРИТ у послеоперационных больных, при условии стабильной гемодинамики и коррекции гиповолемии, в разовой дозе 1000 мг с повторением в среднем через 2,5–6 часов, в суммарной дозе не более 2 г.

Исследование выполнено у 18 больных. Средняя продолжительность больших оперативных вмешательств составляла $4,60 \pm 0,40$ часа, средних - $2,90 \pm 0,45$ часа. Интенсивность послеоперационной боли оценивали по шкале визуальной аналоговой шкалы (ВАШ).

ВАШ является достаточно чувствительным методом для количественной оценки боли, и данные, полученные при помощи ВАШ, хорошо коррелировали с другими методами измерения интенсивности боли. Учитывали также суточную дозу опиоида, необходимую для полноценной анальгезии. Возможные побочные эффекты анальгезии оценивали

путем опроса и клинического исследования пациентов. Необходимо сразу отметить, что побочных эффектов, при условии оценки противопоказаний, у обследованных больных не было.

В проведенной работе также нами проведено сравнение эффективности кеторолака, парацетамола и парацетамола в сочетании с морфином для послеоперационной анальгезии у пациентов после операций на щитовидной железе.

В исследование были включены 20 больных, которых методом случайной выборки разделили на 2 группы: 1-я – кеторолак в дозе 30 мг; 2-я – парацетамол в дозе 1 г и 3-я – морфин в дозе 3 мг. Все препараты вводили внутривенно однократно за 30 мин до окончания операции (предупреждающая анальгезия). Интенсивность боли оценивалась по ВАШ через каждый час после операции.

В результате оказалось, что интенсивность боли по ВАШ через 0,5 и 1 ч после операции во всех группах была одинаковой. Тот же самый эффект наблюдался и в более поздние сроки послеоперационного периода.

В ОРИТ первые болевые ощущения появлялись у больных не ранее 2-2,5 ч от момента окончания операции, т.е. после окончания общей анестезии сохранялась следовая анальгезия. На этом этапе, не дожидаясь развития сильной боли, пациентам вводили вторую (послеоперационную) дозу парацетамола. Длительность терапии парацетамолом в подавляющем большинстве случаев не превышала трех дней.

Интенсивность боли колебалась перед введением парацетамола в разных группах больных и составляла от 1,1 до 1,7 балла. После полостных операций она была умеренной, а после неполостных - от слабой до умеренной. Спустя 1 ч после инфузии (1 г) снова оценивали интенсивность боли по ВАШ и наблюдали за дальнейшей динамикой болевых ощущений.

Установлено, что через 1 ч после введения первой послеоперационной дозы Инфулгана интенсивность боли снижалась до слабой или незначительной у всех пациентов, и применения опиоидного анальгетика не требовалось. Продолжительность анальгетического действия первой послеоперационной дозы зависела от масштабов выполненной операции и была наибольшей ($8,5 \pm 3,4$ ч) после неполостных операций и наименьшей ($6,2 \pm 1,7$ ч) после

больших абдоминальных операций, т.е. плановая терапия парацетамолом позволяет отсрочить введение опиоидного анальгетика в раннем послеоперационном периоде, что важно для полной посленаркозной реабилитации пациента и предотвращения продленной центральной депрессии, неизбежной при рутинной опиоидной послеоперационной анальгезии.

Последующие 2 из 4 разрешенных в течение суток стандартных разовых доз (1 г) Инфулгана распределяли по времени до конца первых суток, считая от введения первой интраоперационной дозы.

Наличие формы парацетамола для парентерального введения позволяет использовать его в системе мультимодальной анестезиологической защиты пациента, так как дополнительные центральные неопиоидные механизмы присущи только этому анальгетику. Центральное анальгетическое действие парацетамола обусловлено по крайней мере двумя основными механизмами, уточненными экспериментальным путем в последние годы: а) избирательным ингибированием ЦОГ-3, приводящим к торможению продукции в структурах спинного мозга простаноидов - одного из факторов центральной сенситизации; б) активацией серотонинергического торможения боли на спинальном уровне. Наряду с этим в отношении парацетамола, как и в отношении НПВП, в эксперименте установлена способность снижать продукцию болевого трансмиттера - оксида азота в ЦНС [10], а также уменьшать спинальную гипералгезию, индуцированную NMDA и субстанцией P [13]. Эти экспериментальные данные подтверждены у человека [17], т.е. парацетамолу присущи важные свойства, связанные с торможением нескольких звеньев процесса спинальной сенситизации и гипералгезии, лежащего в основе развития сильного послеоперационного болевого синдрома в случае недостаточной антиноцицептивной защиты.

Проведенное исследование и данные литературы указывают на важную роль неопиоидного анальгетика парацетамола в системе мультимодальной защиты пациента от боли в раннем послеоперационном периоде. Готовая форма парацетамола (Инфулган) расширяет возможности обеспечения эффективного и безопасного послеоперационного обезболивания у хирургических пациентов

и значительно сокращает потребность в дополнительном опиоидном анальгетике и снижении связанных с ним побочных эффектов, способных осложнить состояние оперированного пациента.

В отличие от традиционного неопиоидного компонента послеоперационного обезболивания - НПВП Инфулган при аналогичной эффективности не имеет присущего НПВП комплекса побочных действий, нередко создающих противопоказания к их использованию для периоперационной неопиоидной базисной анальгезии. Для парацетамола (Инфулгана) существует фактически единственное ограничение - нарушение функции печени, поэтому показания к его назначению более широки, чем у НПВП.

Таким образом, можно сделать вывод, что при равной эффективности обезболивания и одинаковой потребности в наркотическом анальгетике после операции, предупреждающая анальгезия наркотическими анальгетиками может быть заменена либо кеторолом, либо парацетамолом, в зависимости от наличия у пациента противопоказаний к использованию нестероидных противовоспалительных препаратов.

Инфулган является препаратом выбора в послеоперационном периоде для всех пациентов, которые не получают местные анестетики. Наличие у препарата Инфулган анальгетической эффективности, сопоставимой с НПВС, высокого уровня безопасности и переносимости, наименьшего числа лекарственных взаимодействий обуславливает необходимость его применения в качестве базового компонента мультимодальной анальгезии в раннем послеоперационном периоде.

Литература:

1. Ермолаев П.М. Анестезиологическое пособие и интенсивная терапия при операциях с микрохирургической аутопластикой в онкологии: Автореф. дис... канд. мед. наук - М., 2005 г.
2. Карнов И.А., Овечкин А.М. Современные возможности оптимизации послеоперационного обезболивания в абдоминальной хирургии // Боль. - 2005. - № 1. - С. 15-20.
3. Лебедева Р.Н., Никода В.В. Фармакотерапия острой боли. - М.: AuP Арт, 1998.
4. Осипова Н.А. Антиноцицептивные компоненты общей анестезии и после-операционной анальгезии // Анестезиол. и реаниматол. - 1998. - № 5. - С. 1115.
5. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов

С.В., Береснев В.А. и др. Средства периферического сегментарного уровня защиты пациента в системе общей анестезии и послеоперационного обезболивания // Анестезиол. и реаниматол. - 2002. - № 4. - С. 1419.

6. Осипова Н.А., Петрова В.В., Митрофанов С.В., Береснев В.А. и др. Системная и регионарная антиноцицептивная защита пациента в хирургии. Проблема выбора // Анестезиол. и реаниматол. - 2006. - № 4. - С. 1216.

7. Осипова Н.А., Свиридов С.В. Обоснование применения ингибиторов простагландино- и кининогена в комплексе общей анестезии и послеоперационного обезболивания // Анестезиол. и реаниматол. - 1993. - № 2. - С. 3-9.

8. Петрова В.В., Осипова Н.А., Береснев В.А., Долгополова Т.В. Лорноксикам (ксефокам) как средство профилактики и лечения послеоперационного болевого синдрома среди других НПВС // Анестезиол. и реаниматол. - 2005. - № 5. - С. 39-44.

9. Светлов В.А., Зайцев А.Ю., Козлов С.П. Сбалансированная анестезия на основе регионарных блокад: стратегия и тактика // Анестезиол. и реаниматол. - 2006. - № 4. - С. 4-12.

10. Хороненко В.Э., Осипова Н.А., Петрова В.В. и др. Внутривенная общая анестезия с самостоятельным дыханием пациентов при неполостных онкологических операциях // Анестезиол. и реаниматол. - 2001. - № 5. - С. 36-40.

11. Barden J., Edwards J., Moore A., McQuay H. // *Cochrane tabase Syst. Reviews.* — <http://www.cochrane.org>

12. Björkman R. Antinociceptive effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs and paracetamol // *Anaesthesiol. Scand.* - 1995. - 39. - P 1039.

13. Björkman R., Hallman K.M., Hedner T., et al. Acetaminophen blocks spinal hyperalgesia induced by NMDA and substance P // *Pain.* - 1994. - 57. - P 259-264.

14. Breivik H. Postoperative pain: toward optimal pharmacological and epidural analgesia // *Pain 2002. Updated Review.* - Seattle: IASP. Press, 2002. - P. 337-349.

15. Elia N., Lysakowski C., Tramer M. Concomitant use of non-opioid analgesics and morphine after surgery - is there a clinically relevant morphine sparing effect? A meta-analysis of randomized trials // *Europ. J. of Anesthesiology.* - 2005. - V. 22, Suppl. 34. - P. 187, A-726.

16. Holte K., Kehlet H. Compensatory fluid administration for preoperative dehydration does it improve outcome? // *Acta Anaesthesiol. Scand.* - 2002.

17. Kehlet H. Effects postoperative pain relief on Outcome // *Pain 2005 an Updated Review.* - Seattle: IASP, 2005. - P. 277-281.

18. Koppert W., Webertritz A., Korber N. The cyclooxygenase isoenzyme inhibitors parecoxib and paracetamol induce central hyperalgesia in humans // *Pain.* - 2004. - 108. - P 148-153.

19. Schmitt E., Vainchtock A., Nicoloyannis N., Locher F., Meszobian X. Ready to use injectable paracetamol: easier, safer, lowering workload and costs // *Europ. J. of Hospital Pharmacy (E.J.H.P.).* - V. 9, Iss. 6. - P 96-102.

20. Brodner G., Mertes N., Buerkle H., Marcus M.A.E., Van Aken H. Acute pain management: analysis, implications

and consequences after prospective experience with 6349 surgical patients // Eur. J. Anaesth. - 2000. - 17. - P 566-575.

21. Маркова И.В., Афанасьев В.В., Цыбулькин Э.К., Неженцев М.В. *Клиническая токсикология детей и подростков: В 2 т. - СПб.: Интермедика, 1998. - Т. 1. - С 302.*

22. Olson K.R. *Poisoning & Drug Overdose. - Stanford, Connecticut: Appleton & Lange, -1999. - P 611.*

23. Broughan T.A., Soloway R.D. *Acetaminophen hepatotoxicity // Dig. Dis. Sci. - 2000. - 45 (8). - P 155 -158.*

24. Kuffner E.K., Green J.L., Bogdan G.M., Knox P.C., Palmer R.B., Heard K., Slattery J.T. and Dart R.C. *The effect of acetaminophen (four grams a day for three consecutive days) on hepatic tests in alcoholic patients - a multicenter randomized study // BMC Medicine. - 2007. - 5. - 13.*

25. Peduto V.A. et al. *Efficacy of propacetamol in the treatment of postoperative pain // Acta Anaesthesiol. Scand. - 1998. - 42. - P 293-298.*

26. Schiødt F.V., Lee W.M., Bondensen S., Ott P., et al. *Influence of acute and chronic alcohol intake on the clinical course and outcome in acetaminophen overdose // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2002. - Vol. 16. - P 707-715.*

27. Whelton A. // *Am. J. Therapeut. - 2000. - 7 (2). - P 63-74.*

28. Blantz R.C. // *Am. J. Kidney Dis. -1996. - 28 (1). - P 36.*

29. Henrich W.L. et al. // *Am. J. Kidney Dis. - 1996. - 27 (1). - 1625.*

30. Henrich W.L. et al. *Analgesics and Kidney // AJKD. - 1996. - Vol. 27, - № 1. -P 162-165.*

31. Sun Yeul Lee, Won Hyung Lee, Eun Ha Lee et al. *The Effects of Paracetamol, Ketorolac, and Paracetamol Plus Morphine on Pain Control after Thyroidectomy // Korean. J. Pain. 2010 June; 23(2): 124-130.*

**КЛИНИЧЕСКУЮ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНИХ
ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРЕПАРАТОМ « БЕТАЛЕЙКИН»**

Гуломов З.С., Симбирцев А.С., Янов Ю.К.

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет им.И.И.Мечникова»
ФГУП «НИИ особо чистых биопрепаратов» ФМБА России, Санкт-Петербург
Санкт-Петербург, Россия

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино
Душанбе, Таджикистан

Резюме. В работе изучалась клиническая эффективность препарата «Беталейкин» у 82 больных с гнойными заболеваниями околоносовых пазух путём, а также изучались изменения местного иммунитета оценки функциональной активности нейтрофилов очага воспаления. Было проведено цитологическое исследование клеток смывов верхнечелюстных пазух. Также исследовалась функциональная проходимость верхних дыхательных путей методом риноманометрии, и анализировалась динамика уменьшения объема экссудата при пункциях верхнечелюстных пазух.

Ключевые слова: заболевания верхних дыхательных путей, «Беталейкин», иммунологические особенности, лечение.

**SOME CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL FEATURES OF
TREATMENT OF DISEASES OF UPPER RESPIRATORY
TRACT PREPARATION BETALEUKIN**

Gulomov Z.S., Simbirtsev A.S., Yanov J.K.

I.I. Mechnicov North-West State Medical University

St.Peterburg, Russia

Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino

Dushanbe, Tajikistan

Resume. We studied the efficacy of “Betaleukin” in 82 patients with purulent diseases of the paranasal sinuses by evaluating the functional activity of neutrophil inflammatory focus. Was conducted cytology cell washings maxillary sinuses. Also investigated the functional patency of the upper respiratory tract by rinomanometrii and analyze the dynamics of reducing the volume of fluid in the puncture of maxillary sinuses.

Keywords: upper respiratory tract infection, “Betaleukin”, immunological features, treatment.

Заболевания верхних дыхательных путей (ВДП) сопровождаются многочисленными перестройками состояния иммунокомпетентных клеток: цитокинов, маркеров и поверхностных антигенов, уровней иммуноглобулинов и других сывороточных белков, а также активности клеток, вовлеченных в защитные реакции [1,2].

Иммуностимулирующее действия препарата находит клиническое применение при лечении широко распространенных в последние годы иммунодефицитных состояний, вызывающих порой серьезные осложнения и требующие безотлагательных мер эффективной иммунозаместительной терапии [3,4].

Цель исследования:

изучить клиническую эффективность и иммунологические особенности при лечении воспалительных заболеваний верхних

дыхательных путей препаратом «Беталейкин».

Материалы и методы.

Под наблюдением находились 82 больных хроническим гнойным риносинуситом (ХГРС) (односторонний и двусторонний процесс) в возрасте от 18 до 65 лет, из них 36 мужчин и 46 женщин. Продолжительность заболевания составляла не менее 5 лет.

После проведения тщательных клинических исследований пациентам из основной и контрольной группы проведены углубленные иммунологические исследования.

Материалом для лабораторного исследования служила клеточная взвесь, полученная при пункции или синус катетеризации верхнечелюстной пазухи, смыв со слизистой оболочки носа практически здоровых лиц, сыворотка крови.

Изучение функциональной активности нейтрофилов очага воспаления включало исследование бактерицидной функции нейтрофилов в НСТ-тесте, фагоцитарной активности нейтрофилов в тесте фагоцитоза пекарских дрожжей и изучение спонтанной и индуцированной (с раствором ФМА) адгезии нейтрофилов к пластику; общий анализ крови. Цитологическое исследование клеток смывов верхнечелюстных пазух включало оценку жизнеспособности клеток очага воспаления и изучение продукции цитокинов клетками методом непрямой иммуноцитохимии.

Схема лечения больных хроническим гнойным риносинуситом состояла в следующем. Всем больным проводилось местное лечение хронического гнойного риносинусита. Промывание пазух антисептическими растворами, введение лекарственных препаратов (диоксилина и беталейкина) проводили посредством пункций или катетеризации синус-катетером, создающим в полости носа и околоносовых пазухах перемежающееся давление. Курс лечения составил 5 процедур в течение 8-12 дней.

Группа сравнения - 21 человек - получали традиционное лечение хронического гнойного риносинусита с применением антисептика диоксилина, противовоспалительных, антигистаминных препаратов и физиолечения.

Основная группа - 61 человек - получали лечение беталейкином. Для лечения больных опытной группы применяли препарат «Беталейкин», изготовленный в лаборатории НИИ особо чистых биопрепаратов (ОЧБ). Ампулу беталейкина (1мкг) растворяли в 1 мл стерильного 0,9% раствора хлорида натрия и дополнительно разводили физиологическим раствором до конечной концентрации (20 мл) непосредственно перед применением.

Лабораторные иммунологические и цитологические исследования проводили до начала лечения и после курса местной терапии хронического гнойного риносинусита.

Также перед началом и в процессе лечения оценивалась проходимость верхних дыхательных путей методом риноманометрии. Кроме того определялся объем отделяемого в верхнечелюстных пазухах.

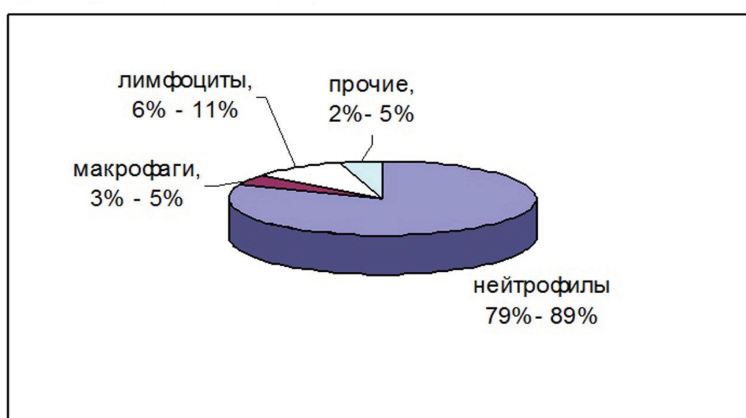


Рис. 1. Структура клеток в смывах с гайморовой пазухи после традиционной терапии

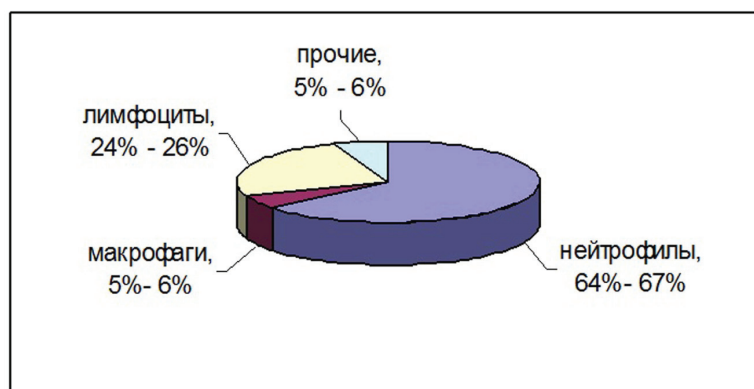


Рис. 2. Клеточный состав смывов с гайморовой пазухи у больных после иммунотерапии «Беталейкином»

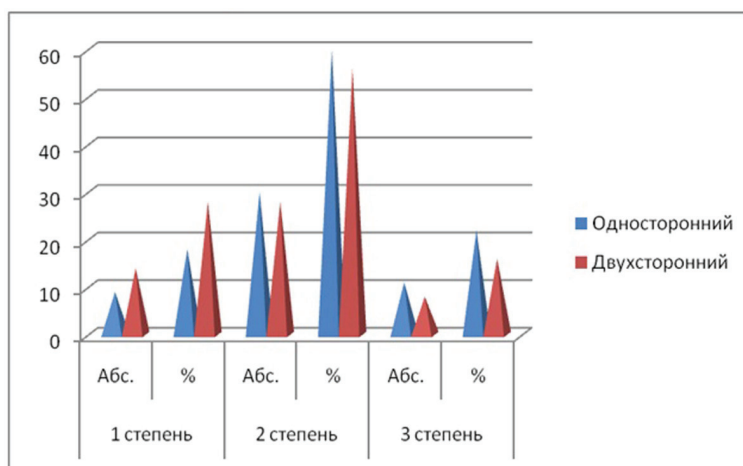


Рис. 3. Степень нарушения среднего аэродинамического сопротивления носа от распространенности больных с хроническим риносинуситом.

Результаты и их анализ.

Исследование клеточного состава смыва, полученного при промывании гайморовой пазухи, как до лечения, так и после проведенного курса терапии (рис. 1,2), обнаружило преобладание в пунктате нейтрофилов различной степени деструкции. Их количество в экссудате прямо пропорционально степени выраженности гнойного воспаления в пазухе.

В смывах с гайморовых пазух отмечено низкое содержание лимфоцитов и, особенно, макрофагов при первичном исследовании биологического материала. После курса терапии стихание воспалительного процесса сопровождалось очищением промывных вод от гнойных масс, снижением количества нейтрофилов, увеличением содержания лимфоцитов и макрофагов в содержимом гайморовых пазух, как при одностороннем, так и при двухстороннем процессе. Исследование клеточного состава экссудата (рис. 3), полученного при промывании гайморовых пазухи после курса иммунотерапии больных основной группы, показало изменение клеточного представительства иммунокомпетентных клеток. После курса иммунотерапии клеточное представительство в экссудате гайморовых пазух характеризовалось снижением доли нейтрофилов до 64-67% и повышением доли лимфоцитов до 24-26%, доля макрофагов возросла до 5-6%. Полученные данные свидетельствуют о переключении формы ответа с нейтрофильного варианта на лимфоцитарный. Полученные данные подтверждают стимулирующее влияние препарата «Беталейкин» на миграцию лимфоцитов в очаг поражения у больных ХГРС.

Клинически эффект иммунотерапии выражался нормализацией состояния пазухи, уменьшением отека слизистой оболочки синуса, восстановлением функций естественных соустьев, прекращением продукции гноя.

Исследование функциональной активности нейтрофилов смывов с гайморовых пазух больных ХГРС до лечения обнаружило различия с данными, полученными в смывах со слизистой оболочки носа у практически здоровых лиц. Жизнеспособность нейтрофилов при одностороннем ХГРС не отличалась от контрольной группы, при двухстороннем процессе была снижена на 15%. Фагоцитарное число при одностороннем и двухстороннем процессах снижено на 20-22%, фагоцитарный индекс достоверно не отличался от практически здоровых лиц.

Метаболическая активность нейтрофилов, оцениваемая в НСТ-тесте снижена при ХГРС: спонтанный НСТ-тест при одностороннем ХГРС на 23%, при двухстороннем - на 30%; индуцированный НСТ-тест: на 19% и 25% при одностороннем и двухстороннем процессах, соответственно. Однако индекс стимуляции в НСТ-тесте (НСТ стимулированный/НСТ спонтанный) не отличался от практически здоровых лиц, по-видимому, вследствие одновременного снижения и спонтанной и индуцированной метаболической активности в НСТ-тесте.

После проведенного курса терапии у больных, получавших как иммунотерапию, так и традиционное лечение изменения функциональных характеристик нейтрофилов были однонаправленными при одностороннем

и двухстороннем ХГРС, что, по-видимому, связано со стиханием гнойного воспалительного процесса в верхнечелюстных пазухах.

Проведение сравнительной комплексной оценки функционального состояния нейтрофилов смывов с гайморовой пазухи показало отличия в параметрах, характеризующих фагоцитарную и метаболическую активность фагоцитов в динамике традиционной и иммунотерапии. Жизнеспособность клеток после традиционной терапии возросла на 20% и достигла данных контрольной группы, после иммунотерапии «Беталейкином» - на 37-39% и превысила показатели практически здоровых лиц на 28%.

Резервные возможности метаболической активности клеток в обеих группах больных были достаточно высокими - индекс стимуляции, определяемый как соотношение НСТ стимулированный/НСТ спонтанный до начала лечения составляло около 1,5, после традиционного лечения резервы не были использованы в полной мере, (индекс стимуляции не изменился), в то время как после иммунотерапии достоверное

снижение индекса стимуляции свидетельствует об использовании этих резервов [4]. Исследование способности клеток иммунной системы и продукции цитокинов представляется важным для оценки участия цитокинов в патогенезе ХГРС, поскольку снижение продукции провоспалительных цитокинов нарушает механизмы защиты против инфекции [4,1]. После курса иммунотерапии продукция цитокинов повысилась на 65-69% и превысила верхнюю границу диапазона нормы, после традиционной терапии продукция цитокинов увеличилась на 32-62% и приблизилась к нижней границе нормы. Проведенная нами местная монотерапия «Беталейкином» не сопровождалась побочными эффектами.

Параллельно проводились и функциональные исследования проходимости верхних дыхательных путей. Риноманометрическое исследование в первые двое суток показало, что на стороне поражения у всех больных среднее аэродинамическое суммарное сопротивление носа было резко повышено.

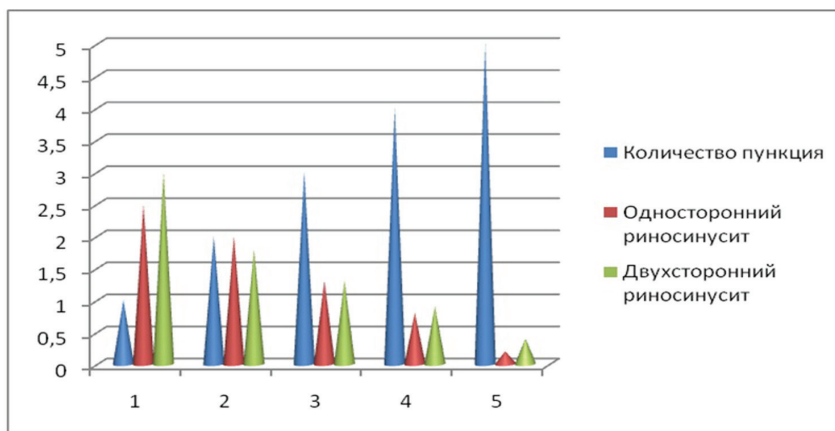


Рис. 4. Объем экссудата при использовании препарата «Беталейкин» у больных хроническим риносинуситом.

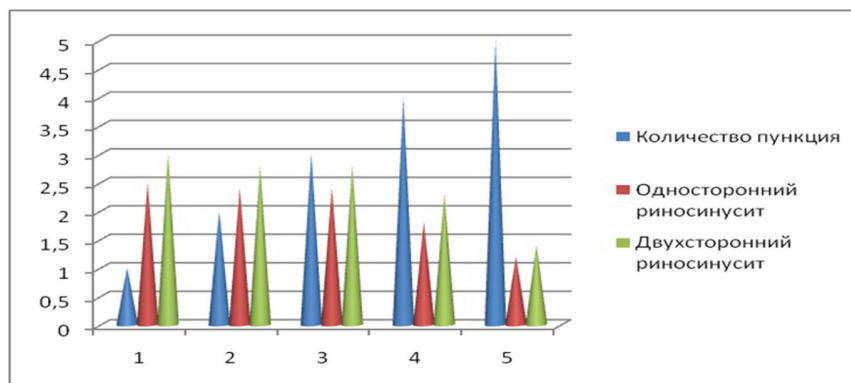


Рис. 5. Объем экссудата больных хроническим риносинуситом, получавших традиционное лечение.

Наиболее часто встречалась 2-я степень (60%), снижение проходимости носовых ходов, на втором месте по частоте у больных с односторонним процессом – 3-я степень (22%), а 1-я степень составила 18% больных с повышения среднего аэродинамического сопротивления носа. При двухстороннем процессе по частоте поражения первое место занимает 2-я степень тяжести, что составляет 56% обследованных нами больных, а 1-я степень поражения по частоте занимает второе место, что составляет 28%, 3-я степень поражения составляет 16% (рис. 3).

Первичное риноманометрическое исследование показало, что на стороне поражения у всех больных суммарное аэродинамическое сопротивление носа было повышено в значительной степени при одностороннем и двухстороннем преобладали 2 и 3 степени нарушений.

Независимо от тяжести поражения верхнечелюстных пазух наблюдалось улучшение проходимости носовых ходов у всех больных, получавших лечение препаратом «Беталейкин», – исследование аэродинамического сопротивления носа после курса лечения обнаружило преобладание 1 степени нарушений при одностороннем и двустороннем процессах. При традиционной терапии наблюдалась лишь тенденция к улучшению.

За период лечения каждого больного хроническим риносинуситом, проведены пункции или синус-катетеризации верхнечелюстных пазух у 90% больных от 2-х до 4 раз, и у 30% – более 4 раз.

У больных основной группы дренажная функция соустья нормализовалось уже после первого-второго введения препарата «Беталейкин», что позволяло в дальнейшем вводить препарат через синускатетер. А у больных, получавших традиционное лечение, нарушенная проходимость соустья гайморовой пазухи восстанавливалось после четвертой-пятой пункции.

У больных основной группы после первого же введения препарата «Беталейкин» наблюдалась тенденция к уменьшению объема удаляемого из верхнечелюстных пазух экссудата рис. 4.

При определении объема экссудата у больных, получавших традиционное лечение, наблюдалась тенденция к уменьшению после

четвертой процедуры (рис. 5).

В результате проведенного местного лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика клинической картины: исчезновение гноетечения, головных болей, рентгенологическое снижение степени затенения околоносовых пазух, снижение аэродинамического сопротивления, повышение функции мукоцилиарного клиренса. Полученные результаты свидетельствуют о высокой клинико-иммунологической эффективности местной иммунокорректирующей терапии хронического гнойного риносинусита препаратом «Беталейкин», как при одностороннем, так и при двустороннем поражении. Наилучший клинический результат получен при применении препарата «Беталейкин» у больных хроническим гнойным риносинуситом в группе с односторонним проявлением процесса.

Выводы:

Имунокоррекция путем местного применения беталейкина рекомендуется проводить больным вялыми, длительно текущими и часто рецидивирующими формами хронического гнойного риносинусита, у которых лечение традиционными методами (антибактериальная терапия, противовоспалительные, стероидные, антигистаминные препараты, и другими антисептическими препаратами) оказалось неэффективным.

Литература:

1. Арефьева Н.А. Применение беталейкина в лечении больных риносинуситом / Н.А. Арефьева [и др.] // *Новости оторинолар. и логопатол.* - 2001. - № 2(26). - С. 175-178.
2. Азнабаева Л.Ф. Провоспалительные цитокины в иммунопатогенезе и лечении хронических гнойных риносинуситов: Автореф. дис.... Докт.мед. наук / Л.Ф. Азнабаева. - СПб., 2002. - 38 с.
3. Симбирцев А.С. Биология семейства интерлейкина-1 человека // *Иммунология.* - 1998. - № 3. - С. 9-17.
4. Шарипова Э.Р. Интерлейкин-1 β в иммунопатогенезе рецидивирующих гнойных риносинуситов: Автореф. дис.... Канд.мед. наук / Э.Р. Шарипова. - СПб., 2007. - 22 с.

ИЗУЧЕНИЕ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПОРОШКА ТОПИНАМБУРА

Искандарова Ш.Ф.

Ташкентский фармацевтический институт
Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме. Физико-химические свойства порошкообразных материалов, в том числе лекарственных порошков, обусловлены их кристаллографической структурой. В данной статье приводятся результаты экспериментов по изучению кристаллографических характеристик и технологических показателей порошка топинамбура.

Ключевые слова: топинамбур, порошок, технологические свойства, сыпучесть, насыпной объём, влагосодержание.

STUDYING CRYSTALLOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND TECHNOLOGICAL INDEX OF TOPINAMBUR POWDER

Iskandarova Sh.F.

Tashkent Pharmaceutical Institute
Tashkent, Republic of Uzbekistan

Resume. Physico - chemical properties of powdered materials , as medicinal powders have studied their crystallographic structure.

This article presents the results of experiments on the crystallographic characteristics and technological indexes of Jerusalem artichoke powder.

Keywords : Jerusalem artichoke, powder, technological properties , flowability, bulk density , moisture content .

Введение.

Издавна топинамбур известен своими целебными свойствами. Химический состав клубней топинамбура очень богат, также в нём содержатся жизненноважные макро- и микроэлементы, аминокислоты [1,2]. Таким образом, уникальный химический состав топинамбура оказывает комплексное благотворное влияние на организм человека. Исходя из этого, целью наших исследований является разработка технологии и капсулированных биологически активных добавок к пище на основе порошка топинамбура. Для этого необходимо изучение кристаллографических характеристик и технологических показателей порошка топинамбура, так эти показатели очень важны для получения капсулированной лекарственной формы.

Материал и методы исследования.

Даже при самых простых случаях, частицы порошка спонтанно агрегируются, их поверхность и объём трудно определить, возникают структуры, в которых действуют капиллярные явления.

Физико-химические свойства порошкообразных материалов, в том числе лекарственных порошков, обусловлены их кристаллографической структурой, и, в свою

очередь, определяют некоторые технологические характеристики: объёмные свойства (насыпную массу, объёмную плотность), текучесть порошков и др. Форма и размер кристаллических частиц определяются структурой кристаллической решетки и условиями роста частиц в процессе кристаллизации. В большинстве порошков частицы анизодиаметрические (несимметричные, разноосные). Чаще они продолговатой формы, когда длина превышает поперечные размеры, или пластинчатые, когда толщина значительно меньше размеры длины и ширины. Меньшая часть порошкообразных материалов имеет частицы изодиаметрической (симметричные, равноосные) – сферообразные, глыбки, многогранники и др. При этом изодиаметрические частицы скользят легче, чем шероховатые анизодиаметрические, которые образуют большое количество зацеплений.

Поскольку объёмно-технологические свойства масс в значительной степени определяются формой и размером частиц порошков, исследования этих показателей позволяет прогнозировать рациональную технологию и оптимальный состав смеси [3].

В связи с этим, нами изучались кристаллографические характеристики порошка топинамбура. Для этого применяли метод

светооптической микроскопии, используя систему визуального анализа препаратов. Изображение выводили на монитор компьютера с микроскопа с помощью камеры Sony CCD-IRIS. Для исследования брали частицы измельченного топинамбура, просеянные через сито с размером отверстий 0,25 мм.

Полученные результаты.

Изучение формы и размеров частиц порошка топинамбура показало, что исследуемый образец представляет собой полидисперсный порошок с частицами анизодиаметрической формы в виде бесформенных кусков и их осколков. Поверхность частиц гладкая. Исходя из полученных данных, можно предположить, что топинамбур благодаря анизодиаметрическому строению частиц имеет неудовлетворительную текучесть и позволяет прогнозировать целесообразность введения вспомогательных веществ.

Далее были проведены необходимые исследования с целью изучения технологических показателей порошка, полученного из клубней топинамбура.

В исследованиях использовали физико-химические методы и методы, приведенные в ГФ XI издания.

В качестве лекарственной формы для введения БАД в организм мы выбрали твердые желатиновые капсулы. Так как к данной лекарственной форме предъявляется

ряд требований, направленных на обеспечение точности дозирования и стабильности лекарственной формы, необходимо изучение технологических показателей порошка.

Нами были изучены такие технологические показатели как сыпучесть, насыпная плотность и фракционный состав. Результаты приводятся в таблице 1.

Анализ технологических характеристик порошка топинамбура показал, что субстанция не имеет текучести (поэтому отсутствует значение угла естественного откоса), и характеризуется низкими влагосорбционными свойствами, которые можно объяснить его гидрофобной природой. Значительная разница в параметрах насыпного объема и насыпной плотности после усадки в зависимости от соскоков цилиндра указывает на способность порошка к комкованию с образованием достаточно устойчивых к разрушению систем, является нежелательным в технологическом процессе капсулированных лекарственных форм, что может привести к неравномерности дозирования.

Изучение адсорбции влаги воздуха образцами порошка топинамбура показало, что при экспозиции в эксикаторе при относительной влажности 90 % в течение 6 часов наблюдалось незначительное увеличение массы препарата (рис. 1) без изменения его агрегатного состояния, т.е. порошок относится к гигроскопическим веществам.

Таблица 1.
Технологические свойства порошка топинамбура

Параметры	Значения
Сыпучесть, с	не высыпается
Угол естественного откоса, град.	отсутствует
Насыпной объем до усадки, мл	17,48±0,02
Насыпной объем после усадки, V_{10^2} мл	15,26±0,02
Насыпной объем после усадки, V_{500^2} мл	12,94±0,02
Насыпной объем после усадки, V_{1250^2} мл	11,42±0,02
Насыпная плотность до усадки, m/V_{0^2} г/мл	0,858±0,17
Насыпная плотность после усадки, m/V_{500^2} г/мл	1,16±0,17
Насыпная плотность после усадки, m/V_{1250^2} г/мл	1,31±0,17
Способность к усадке, $V_{10^2} - V_{500^2}$ мл	2,32±0,10
Влагосодержание, %	1,25±0,16
Влагопоглощение при 90 % отн. влаж., %	5,60±0,63

$n=5$; $p<0,05$

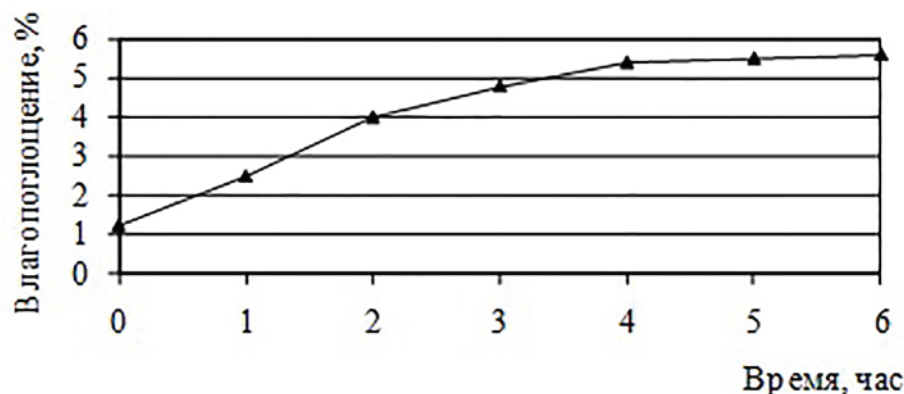


Рис. 1. Влагопоглощение порошка топинамбура при 90 % влажности воздуха

Выводы.

Проведенные нами исследования по изучению кристаллографических и технологических свойств порошка топинамбура свидетельствуют о необходимости применения вспомогательных веществ, которые уменьшили бы комкование препарата и повышали его текучесть в производстве капсулированных лекарственных форм. А учитывая значительные электростатические свойства субстанции, целесообразно вводить вспомогательные вещества, снимающие статический заряд с поверхности частиц.

Литература:

1. Ш.Ф.Искандарова. *Определение аминокислотного состава высушенного порошка из клубней топинамбура*// «Функциональные пищевые продукты – диетические добавки – как действенное средство разноплановой профилактики заболеваний» материалы I Международной научно-практической конференции. –Харьков, 2013.-С. 106
2. Ш.Ф.Искандарова, М.Фатхуллаева. *Особенности минерального состава клубней топинамбура*// «Функциональные пищевые продукты – диетические добавки – как действенное средство разноплановой профилактики заболеваний» материалы I Международной научно-практической конференции. –Харьков, 2013.-С. 107
3. Пантюхин, А.В. *Разработка оптимальной технологии и исследование процесса микрокапсулирования гидрофобных веществ* //Вестник воронежского государственного университета. Серия химия биология фармация. –Воронеж, 2006.- №2. – С. 338-340.

К ВОПРОСУ РАЗРАБОТКИ ТЕСТА «РАСТВОРЕНИЕ» ДЛЯ КАПСУЛ НЕСТЕРОИДНОГО ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ДЕЙСТВИЯ

Максудова Ф.Х., Кариева Ё.С.

Ташкентский фармацевтический институт

Кафедра промышленной технологии лекарственных средств

Кафедра технологии лекарственных форм

Ташкент, Республика Узбекистан

Резюме. Одними из основных показателей качества современных лекарственных препаратов являются биофармацевтические показатели, в частности, тест «Растворение» - для твердых дозированных лекарственных форм. В статье приведены результаты исследований по разработке теста «Растворение» для кишечнорастворимых капсул диклофенака натрия и парацетамола, разработанных в Ташкентском фармацевтическом институте. По итогам проведенных экспериментов подобраны следующие условия определения биодоступности анализируемых капсул методом *in vitro*: для определения профиля растворения используются последовательно две среды растворения - 0,1 М раствор кислоты хлористоводородной (капсулы не должны растворяться в течение 60 минут) и - фосфатный буферный раствор с pH 7,4 (в течение 45 минут должно выделиться не менее 75% действующих веществ), объем среды - 1000 мл, скорость вращения корзинки - 100 об/мин, температурный режим - $37 \pm 1^\circ\text{C}$.

Ключевые слова: диклофенак натрия, парацетамол, кишечно-растворимые капсулы, тест «Растворение», количественное определение.

TO THE QUESTION OF WORKING OUT THE “DISSOLVING” TEST FOR CAPSULES OF NON- STEROIDAL ANTI – INFLAMMATORY ACTION

Maksudova F.H., Karieva E.S.

Tashkent pharmaceutical institute

Department of Industrial technology of drugs

Department of Technology of medicinal forms

Tashkent, Republic of Uzbekistan

Resume. One of the main quality indicators of modern medicinal preparations are biopharmaceutical indicators, i.e. “Dissolving” the test - for solid dosage forms. In this article are given the results of researches on working out the “Dissolving” test for enteric soluble capsules of Diclofenac sodium and paracetamol which have been elaborated in the Tashkent Pharmaceutical Institute. On the results of the conducted researches have been chosen the following conditions of determination the bioavailability of the analyzed capsules by the *in vitro* method: for determination the dissolving profile are used two dissolving mediums – 0,1 M of hydrochloric acid solution (capsules must not be dissolved during 60 min) and phosphate buffer solution with pH 7,4 (du-ring 45 min must be isolated no more than 75 % of active substances), medium volume – 1000 ml, punnet speed rotation – 100 v/min, temperature – $37 \pm 1^\circ\text{C}$.

Key words: diclofenac sodium, paracetamol, enteric soluble capsules, “Dissolving” test, quantitative determination.

Введение.

Капсулированная лекарственная форма является одной из наиболее современных и интенсивно развивающихся. Благодаря целому ряду преимуществ она находит широкое применение в медицинской практике. Данный факт нашел отражение в официальных изданиях фармакопей. Так, например, в Европейской фармакопее капсулам посвящена отдельная глава, а в Фармакопее США XXII (USP XXII) подчеркивается, что одним из преимуществ использования капсул по сравнению с таблетками является то, что «...капсулы позволяют расширить выбор при назначении

лекарств и в зависимости от индивидуальных особенностей больного использовать либо одно средство, либо комбинацию... Такая гибкость создает преимущество капсул как лекарственной формы перед таблетками». Для активных веществ или их комбинации при наполнении в твердые желатиновые капсулы требуется меньшее количество наполнителя. Это сводит к минимуму число стадий разработки продукта с соответствующим выигрышем во времени [1].

Проведенные в последние годы исследования, проводившиеся целым рядом учёных, показали, что отсутствие процесса прессования в капсулированных лекарственных

формах в большинстве случаев является причиной уменьшения времени распадаемости по сравнению с таблетками и драже, и соответственно более полную абсорбцию в организме. В связи с этим, в настоящее время наблюдается тенденция к расширению ассортимента лекарственных средств путем разработки как таблетированных, так и капсулированных лекарственных форм. [2,3,4,5].

На сегодняшний день на фармацевтическом рынке имеются таблетки диклофенака натрия в комбинации с другим нестероидным противовоспалительным препаратом – парацетамолом, как покрытые, так и непокрытые кишечнорастворимой оболочкой. Учитывая положительные стороны капсулированной лекарственной формы, в Ташкентском фармацевтическом институте подобран состав и разработана технология кишечнорастворимых капсул диклофенака натрия и парацетамола.

Целью данных исследований явилось определение биодоступности разработанной лекарственной формы в исследованиях *in vitro* с предварительным научно-обоснованным подбором условий проведения теста «Растворение».

Материалы и методы исследования.

Для изучения скорости высвобождения действующих веществ из анализируемой капсулированной лекарственной формы использовали общепринятый метод «Вращающаяся корзинка», включенный в ГФ XI [6,7].

Согласно литературным данным, при использовании вышеуказанного метода на высвобождение действующих веществ оказывают влияние различные факторы такие как, скорость вращения корзинки, объем и рН растворяющей среды и др. Учитывая вышеизложенное, были проведены исследования по подбору оптимальной скорости вращения корзинки при проведении теста «Растворение» для капсул диклофенака натрия и парацетамола. Учитывая тот факт, что капсулы являются кишечнорастворимыми, для определения профиля растворения использовали последовательно две среды растворения, соответствующие рН желудка и рН двенадцатиперстной кишки. На начальной стадии исследований определяли растворение в 0,1 М растворе кислоты хлористоводородной в течение 60 минут, далее корзинку переносили во

вторую среду растворения - фосфатный буферный раствора с рН 7,4. Исходя из чувствительности методик количественного определения действующих веществ, объем среды составил 1000 мл. Растворение капсул проводили при следующих скоростях вращения корзинки: 50, 100, 150, 200 об/мин. Исследования проводились при температурном режиме $37 \pm 1^\circ\text{C}$. Каждые 15 минут от начала проведения эксперимента отбирались пробы для количественного определения диклофенака натрия и парацетамола, перешедшего в растворяющую среду, после чего среду растворения восполняли в том же объеме.

Для определения количественного содержания действующих веществ использовали метод спектрофотометрии: при этом оптическую плотность полученного раствора измеряли при длине волны 276 нм (диклофенак натрия) и 243 нм (парацетамол).

Содержание действующих веществ (диклофенака натрия и парацетамола) в одной капсуле, в % вычисляли по формуле:

$$X = \frac{D_1 * a_0 * 1000 * V_2 * 100 * P}{D_0 * V_1 * a_1 * 100 * 50 * 100} = \frac{D_1 * a_0 * V_2 * 20 * P}{D_0 * a_1 * V_1}$$

D_1 – оптическая плотность испытуемого раствора;

D_0 – оптическая плотность раствора РСО действующих веществ;

a_0 – масса навески РСО действующих веществ, в мг;

a_1 – содержание действующих веществ в одной капсуле, в мг;

V_1 – объем аликвоты, мл

V_2 – объем второго разведения, мл

P – содержание действующих веществ в РСО, %.

Во всех экспериментах исследования проводили на 6 единицах лекарственной формы.

Полученные результаты.

Результаты исследований по высвобождению диклофенака натрия и парацетамола при всех скоростях вращения корзинки приведены на рис. 1 и 2.

Для научного обоснования рациональной скорости вращения корзинки были рассчитаны антилогарифмы значений количественного содержания действующего вещества для 100, 150 и 200 оборотов корзинки.

Результаты отображены на рис.3. и 4.

Обсуждение.

Согласно полученным данным, приведенным на рис.1. при скорости вращения корзинки 50 об/мин высвобождение диклофенака

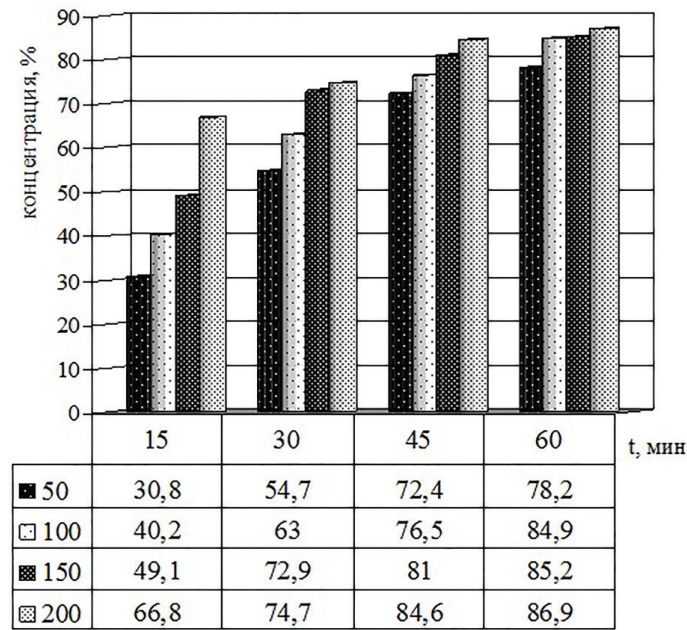


Рис. 1. Высвобождение диклофенака натрия из кишечнорастворимых капсул в зависимости от скорости вращения корзинки

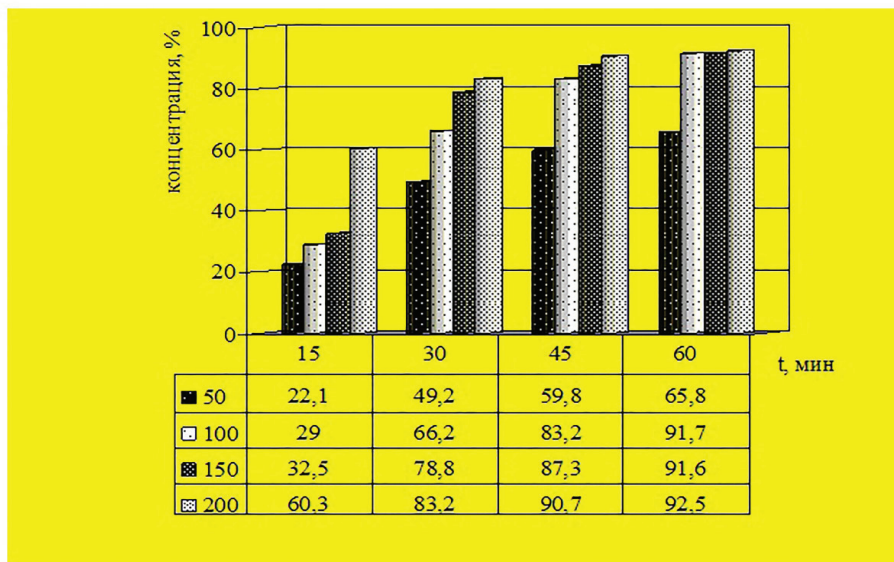


Рис. 2. Высвобождение парацетамола из кишечнорастворимых капсул в зависимости от скорости вращения корзинки

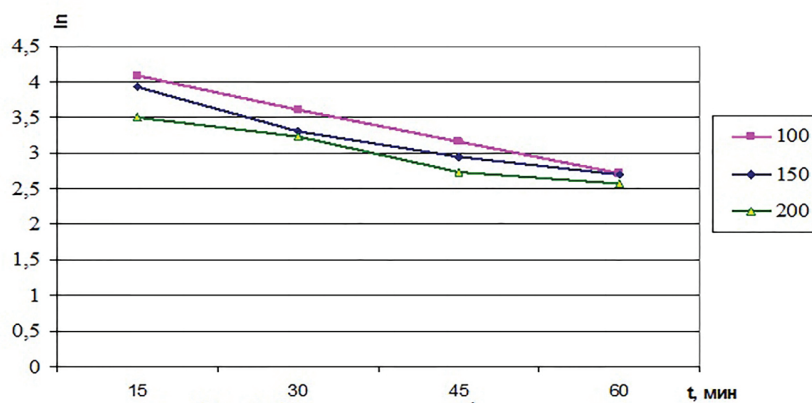


Рис. 3. Кривая антилогарифма растворения диклофенака натрия в анализируемых капсулах

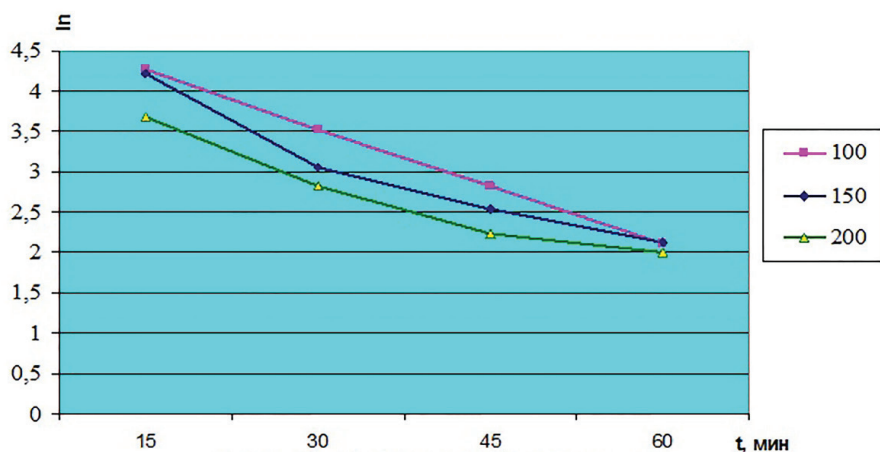


Рис. 4. Кривая антилогарифма растворения парацетамола в анализируемых капсулах

натрия было наиболее пассивным и составило 30,8% , 54,7% и 72,4% за 15, 30 и 45 минут, соответственно. При определении парацетамола (рис.2.), аналогичные данные составили 22,1%, 49,2% и 59,8%, соответственно

При остальных скоростях вращения корзинки (100, 150, 200 об/мин) высвобождение активных веществ происходило более интенсивно. Так, при определении высвобождения диклофенака натрия было выявлено, что за 45 минут при 100, 150, 200 об/мин выделилось 76,5%, 81,0% и 84,6%, соответственно.

Согласно данным рис.2. подобные результаты для парацетамола составили 83,2%, 87,3% и 90,7%. Следовательно, во всех случаях за 45 минут в растворяющую среду выделилось более 75% действующих веществ, что отвечает требованиям ГФ XI.

Результаты дальнейших исследования, направленных на выбор одной из трёх скоростей вращения корзинки, представленные на рис.3. и 4. свидетельствуют, что для обоих действующих веществ и диклофенака натрия, и парацетамола под уравнение первого порядка попадает скорость вращения корзинки 100 об/мин.

Заключение.

Исходя из вышеизложенного, для дальнейшего исследования качества комбинированных капсул диклофенака натрия и парацетамола с биофармацевтической точки зрения рекомендуются следующие условия проведения экспериментов *in vitro*: для определения профиля растворения используются последовательно две среды растворения - 0,1 М раствор кислоты хлористоводородной (капсулы не должны растворяться в течение 60 минут)

и - фосфатный буферный раствор с pH 7,4 (в течение 45 минут должно выделиться не менее 75% действующих веществ), объем среды - 1000 мл, скорость вращения корзинки -100 об/мин, температурный режим - $37 \pm 1^\circ\text{C}$.

Литература:

1. *Manufacturing of Gelatin Capsules. Capsule Technology International Ltd.-Canada, Monreal, 1992.-17 p.*
2. Макарова О.Г., Турецкова В.Ф. Изучение кинетики высвобождения фенолокислот из лекарственных форм на основе экстракта коры осины сухого // *Фундаментальные исследования.* – Москва.- 2013.-№4.-С.1164-1168.
3. Никитюк В. Г., Шемет Н. А. Место капсулированных препаратов среди номенклатуры лекарственных средств. Их развитие в Украине // *Провизор.*- 1999.- №4.- С.20–21.
4. Сагиндыкова Б.А., Асыллова Н.А., Анарбаева Р.М. Разработка капсулированного препарата с последовательным высвобождением лекарственных веществ.- В кн.: *Материалы научно-практ. конф. "Актуальные проблемы образования, науки и производства в фармации": тезисы докладов.-Т., 2005.- С.54.*
5. Кариева Ё.С. К вопросу разработки капсул ацикловира // *Фармацевтический вестник Узбекистана.*-2010.- №4.- С.19-21
6. Багирова В. Л., Киселева Г. С., Тенцова А. И. Методические указания по разработке теста «Растворение» на индивидуальные препараты (таблетки, таблетки, покрытые оболочкой, капсулы, за исключением таблеток для разжевывания и мягких желатиновых капсул) // *Фарматека.*- 1997.-№1.-С.39-40.
7. *Государственная фармакопея СССР XI издания.* - вып.2. - М., «Медицина».-1990.-С.159.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ СТЕНОЗАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Калжикеев А.М., Уметалиев Ю.К., Тойгонбаев А.Т.,
Калжикеев А.А., Исаев Д.К., Джайлобаев Т.А., Ибраев Д.Ш.
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. При выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно. Методом выбора при лечении язвенных процессов в пилоро-дуоденальной области мы считаем резекцию желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Как правило, резецируется не менее 2/3 желудка.

Ключевые слова: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка, гастродуоденальная язва, пилородуоденальный стеноз, деформация, ваготомия, резекция.

АШКАЗАН, ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИ ЖАРАСЫНЫН ӨТКӨӨЛ КӨЗӨНӨГҮНҮН ТАРЫШЫН ХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО

Калжикеев А.М., Уметалиев Ю.К., Тойгонбаев А.Т.,
Калжикеев А.А., Исаев Д.К., Джайлобаев Т.А., Ибраев Д.Ш.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кортунду. Ашказандын кенейиши жана анын кыймыл-аракет функциясынын бузулуусу менен коштолгон өткөөл көзөнөгүнүн тарышында ваготомия операциясын жасоо максатсыз. Ашказан, он эки эли ичеги жараларын дарылоодо тандалган ыкма болуп Бильрот- II же Бильрот-I ыкмалары эсептелинет. Эреже катары ашказандын 2/3 бөлүгү кесилип алынат.

Негизги сөздөр. Он эки эли ичегинин же ашказандын он эки эли ичегиге өткөн бөлүгүнүн жарасы; ашказан, он эки эли ичегинин жарасы, он эки эли ичегинин өткөөл көзөнөгүнүн тарышы, ашказандын он эки эли ичегиге өткөн көзөнөгүнүн түзүлүшүнүн өзгөрүүсү, ваготомия; кесип алуу.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCER STENOSES OF PYLORODUODENAL AREA

Kalgikeev A.M., Umetaliev Y.K., Toygonbaev A.T.,
Kalgikeev A.A., Isaev D.K., Ibraev D.Sh.

I.K. Achunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. At the expressed forms of a stenosis shown by expansion of a stomach and infringement of its impellent function, vagotomy in combination with drainage operations is inexpedient. A choice method at treatment of ulcer processes in pyloro-duodenal areas we consider a stomach resection on a way as Bilrot-II or Bilrot-I. As a rule, resect off not less 2/3 stomach.

Keywords: ulcer disease of a duodenum or pylorus of stomach, gastroduodenal ulcer, pyloroduodenal stenosis, deformation, vagotomy, a resection.

Введение.

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является широко распространенным заболеванием. До 8—12% взрослого населения развитых стран в течение своей жизни болеют язвенной болезнью. Число больных язвенной болезнью в Европе достигает 1—2% взрослого населения. У мужчин трудоспособного возраста (25-50 лет) язвенная болезнь бывает в 6-7 раз чаще, чем у женщин. Стеноз пилородуоденальной области развивается у 10 - 20% больных страдающих

язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки или пилорического отдела желудка. Если обратиться к статистике наиболее часто дуоденальная язва является причиной стеноза, из общего числа оперированных по поводу язвы двенадцатиперстной кишки доля больных со стенозом составляет 48 – 75% [6.10.16], редко к такому осложнению приводят язвенные поражения пилорического канала.

Как правило, характерным для гастродуоденальной язвы является хроническое рецидивирующие течение, имеющим тенденции

к прогрессированию процесса, склонностью к развитию тяжелых, порой опасных для жизни осложнений приводящих к расстройству гомеостаза и глубоким метаболическим расстройствам в организме, поэтому всегда требует хирургического лечения, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию.

Целью исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с язвенными стенозами пилородуоденальной области, имеющих высокую степень операционного риска.

Материал и методы исследования.

В Национальном хирургическом центре МЗ КР за период с 1983 - 2006 гг. нами были проведены операции 6965 больным по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них в связи с язвенными стенозами пилородуоденальной области оперированы 362 больных (5,2%). В возрасте до 30 лет 75 (20,8%) больных, 31 – 40 лет -145 (40,0%), 41 – 50 лет – 100(27,6%), 51 – 60 лет – 31 (8,6%) старше 60 лет – 11 (3,0%). Мужчин было 334 (92,3%), женщин – 28 (7,7%). Среди этих больных средний возраст составил 37,5 +5,5 лет, мужчин было в 10 раз больше чем женщин. Количество больных страдающих стенозом пилородуоденальной области несмотря на активное внедрение в клиническую практику препаратов (блокаторов H_2 – гистаминных препаратов, ингибиторов

протонной помпы), а также с применением антихеликобактерных средств в данное время не имеет тенденции к снижению, хотя среди других осложнений язвенной болезни оно встречается сравнительно реже[13].

По всей вероятности это связано с недостаточной степенью организации системы лечения и осуществления диспансеризации больных с язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

На основании данных нашего наблюдения длительность течения язвенной болезнью до 5 лет имели 101 (27,9%) больных, от 5 до 10 лет – 111 (30,6%), от 11 до 15 лет 85 (23,4%) свыше 15 лет 65 (17,9%). В анамнезе желудочно-кишечное кровотечение язвенной этиологии было у 31 (8,5%) больных, ушивание перфоративной язвы произведено 47 (12,9%) больным.

Для определения стадии пилородуоденального стеноза существуют клинические, анатомические и функциональные критерии (таб. 1).

Стадию пилородуоденального стеноза можно определить на основании сопоставления клинических, рентгенологических, эндоскопических данных и результатов исследования эвакуаторной функции желудка.

Мы различаем 3 стадии пилородуоденальных стенозов:

I стадия – компенсированный, II стадия – субкомпенсированный, III – стадия

Таблица 1. - Частота жалоб и симптомов при различных стадиях стеноза пилородуоденальной области у больных язвенной болезнью

Стадии стеноза	Число больных	Частота жалоб и симптомов							
		Усиление болей в эпигастральной области	Тяжесть после еды в эпигастральной области	Рвота		Изжога, отрыжка кислым	Отрыжка тухлым	Потеря веса	«шум плеска» в желудке
				Самопроизвольная	Вызванная искусственно				
Компенсированная	78	63	18	24	26	39	11	9	11
Субкомпенсированная	124	74	48	82	30	51	35	41	51
Декомпенсированная	160	89	126	106	123	42	99	149	176
Итого	362	226	192	212	179	132	145	199	238

Таблица 2.- Частота отдельных рентгенологических признаков при различных стадиях стеноза пилородуоденальной области у больных язвенной болезнью

Стадии стеноза	Число больных	Рентгенологический признак									
		Жидкость натошак	Гипотония желудка	Гиперперистальтика желудка	Эвакуация		Сглаженность складок	Симптом		Деформация	
					замедленная	Нормальная		«чаши»	«книши»	луковичы	привратника
Компенсированная	78	23	19	5	16	16	-	7	21	22	6
Субкомпенсированная	124	39	31	26	41	10	11	29	27	27	10
Декомпенсированная	160	79	79	-	79	-	41	71	9	26	25
Итого	362	141	129	31	136	26	52	107	57	75	41

декомпенсированный пилородуоденальный.

Согласно классификации язвенных стенозов пилородуоденальной области, принятой в настоящее время большинством авторов (А.В.Телия; Х.Браилски; А.В.Ефремов и К.Д.Эрристан; В.Б.Стрижевский), все больные были подразделены на 3 группы: с компенсированной формой стеноза -78 (21,6%), с субкомпенсированной – 124(34,3%) и с декомпенсированной – 160 (44,1 %) человек. Заключение о стадии стеноза давалось на основании клинико-рентгенологических данных и операционных находок. Как видно из табл.2, каждая стадия стеноза имеет свое клиническое проявление. При рентгенологическом исследовании правильный диагноз стеноза выходного отдела желудка устанавливается в 55-60% случаев (Савченко В.С. 1980).

Результаты и их обсуждение.

Для оценки ближайших и отдаленных результатов хирургического лечения пилородуоденального стеноза тем или иным методом необходимо провести тщательный анализ.

Благодаря значительным успехом противоязвенной терапии количество плановых операций у пациентов с хроническими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки за последние 20 – 25 сократилась до минимума

(1- 2%), с другой - отмечается стремительный рост число операций, выполняемых по неотложным показаниям (в 1,5- 2,5 раза) у больных с осложненными формами болезни(декомпенсированный пилоростеноз, кровотечение, перфорация) [4].

Касаясь показаний к оперативному лечению непосредственно при стенозах язвенного происхождения, следует отметить, что до настоящего времени нет единства мнений. Е.Л. Березов, Н.А. Кипшидзе, А.А. Чернявский, настаивают на операциях при всех стадиях стеноза. Г.М. Зорохович, М.П.Кончаловский др. рекомендуют оперировать лишь при выраженных стадиях стеноза. К абсолютным показаниям оперативному лечению относят декомпенсированные, а к относительным – компенсированные и субкомпенсированные стенозы.

На основании личного опыта мы согласны с Ю.А. Березовым, который считает, что «даже компенсированные формы стеноза являются абсолютным показанием к операции, так как дальнейшее рубцевание приводит к еще большему стенозированию». Задержка с операцией может привести к резкому ухудшению состояния больного и исход операции.

В числе оперированных в неотложном порядке сочетании стеноза с перфорацией

язвы двенадцатиперстной кишки 21 больных, профузным гастродуоденальным кровотечением - 11.

Во время операций по поводу стенозирующих язв в пилородуоденальной области у 226 (62,4%) обнаружен массивный спаечный процесс, рубцовое перерождение стенки двенадцатиперстной кишки и резкое снижение ее пластических свойств. По нашим данным, сочетание стеноза с пенетрацией язвы в гепатодуоденальную связку, желчный пузырь, печень, поджелудочную железу и ободочную кишку имело у – 142 (39,2%) больных.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – II произведено 217 (60%) больным.

Резекции 2/3 желудка по способу Бильрот – I произведено 122 (33,7%) больным.

Ваготомию в сочетании с дренирующей желудок операцией при перфорации язвы выплонили 23(6,3%) больным:

а) СПВ + Ушивание перфоративной язвы – у 3

б) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Гейнеке – Микуличу – у 2

в) СПВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею – у 6

г) ТВ + иссечение перфоративной язвы ПП по Финнею. – у 10.

Из 339 больных, которым было произведено резекция желудка по способу Бильрот – I и Бильрот – II, непосредственно после операции осложнения возникли у - 9 (2,7%). Легочные осложнения - у 2 пневмония, нагноение послеоперационной раны отмечено у – 1, непроходимость кишечника у – 2, тромбоз вен нижних конечностей у – 2, острый панкреатит у - 2.

Послеоперационная летальность составила 0,6%. Причиной летального исхода после резекции желудка у одного больного было несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки, второго – инфаркт миокарда. После ваготомии с дренирующей желудок операцией возникли осложнения у – 3 больных: пневмония – у 2, тромбоз вен – у 1. Летальных исходов не было. Отдаленные результаты изучали от 1г до 10 лет.

Результаты лечения оценивали по схеме Visick. Отличными и хорошими после резекции желудка они признаны у – 85,3%, удовлетворительными у – 14,1%, неудовлетворительными у – 0,6%.

После ваготомии с дренирующей желудок операцией Отличные и хорошие результаты получены – у 82,6%, удовлетворительные – у 13,1%, неудовлетворительные – у 4,3%.

В последние годы некоторые хирурги при лечении данного осложнения стали использовать сочетание селективной ваготомии с дренирующими операциями или с экономной резекцией желудка. Однако имеется много работ, в которых отмечается, что после ваготомии в сочетании с дренирующей операцией, произведенной больным с язвенными пилоростенозами, усугубляются тяжелые эвакуаторные расстройства (Kraft, Bergin, Jiodan, Nagper).

Как показали исследования К.С. Вирсаладзе, В.А. Кузнецова, В.Б. Стрижевского и др., при пилородуоденальных стенозах в стадии суб – и декомпенсаций наступают выраженные дегенеративные изменения в нервных сплетениях и эластической субстанции желудка.

На основании этого мы считаем, что при выраженных формах стеноза, проявляющихся расширением желудка и нарушением его двигательной функции, ваготомию в сочетании с дренирующими операциями производить нецелесообразно.

Опасность образования слишком большой деформации и стаза из-за расширения желудка, деформации луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет нам высказаться против пилоропластики.

Для профилактики атонии культи желудка мы рекомендуем осуществлять в течение 2-3 сут после операции постоянную декомпрессию при помощи тонкого назогастрального зонда, подключенного к аспираторной системе. Обнадёживающие результаты были получены нами и в отношении профилактики несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки при помощи того же зонда. Когда культя ушивается с трудом, мы во время операции проводим зонд через анастомоз в культю и подключаем на 3-4 сут к аспираторной системе.

Выводы:

1. Тщательная коррекция нарушенного гомеостаза перед операцией и обеспечение его во время и после вмешательства во многом определяют успех лечения.

2. Для снижения послеоперационной летальности и постгастрорезекционных

синдромов, больных с язвенной болезнью привратника и двенадцатиперстной кишки необходимо оперировать до развития пилородуоденального стеноза.

3. Операцией выбора при пилоростенозе является резекция желудка по способу Бильрот – II или Бильрот – I. Селективная ваготомия в сочетании с антрумэктомией может производиться больным с дуоденальными стенозами только в стадии компенсации.

4. Декомпрессия культи двенадцатиперстной кишки при помощи назогастрального зонда и аспирирующей системы является хорошей профилактикой несостоятельности швов, декомпрессии культи желудка предупреждает развитие ее атонии.

Литература:

1. Агейчев В.А., Ю.М., Панцырев, Михалев А.И. Пилородуоденальный язвенный стеноз. - Ереван, 1985. 240с.
2. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Краснолуцкий Н.А. / Лечение прободной язвы. -М., 2005. -с.166.
3. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В., Степанов Ю.П. Резекционная хирургия желудка. Нижний Новгород, НГМА. -2005.-С.358.
4. Гуляев А.А., Пахомова Г.В., Ярцев П.А. и др. // Лечение больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Эндоск. хир. -2005. - №1. – С.38.
5. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Борщ Д.Г. и др. Хирургическое лечение «трудных» язв желудка. // Вестник хирургии. – 1999. 158, 3:- С. 46 -50.
6. Кривицкий Д.И., Шуляренко В.А., Парацкий З.З. Хирургическое лечение стенозирующих и пенетрирующих гастродуоденальных язв. // Вестник хирургии. - 1990. - № 5. - С. 96 – 98.
7. Мыш Г.Д. Патофизиологические аспекты хирургии язвенной болезни. Новосибирск, Наука, Сибирское отделение 1983. –С.194.
8. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Судакова С.Е. Стеноз привратника при язвенной болезни. // Клиническая хирургия. - 1987. - №8. - С. 25-27.
9. Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Чубинец Е.Г. Хирургическое лечение гигантских дуоденальных язв. Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С.210 - 213.
10. Панцырев Ю.М., Бабкова Н.В., Гельеранд Н.М., Алексеевский А.В. Прогнозирование рецидива язвенной болезни после селективной проксимальной ваготомии. // Вестник хирургии. 1989. -№9. - С. 17 – 24.
11. Плешков В.Г., Афанасьев В.Н., Москшеев А.П. и др. Резекция желудка по Бильрот-I при гигантских пенетрирующих дуоденальных язвах. Хирургия желудка и кишечника. Смоленск, СГМА. 1995. - С.25 - 29.
12. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Хирургическое лечение «трудных» язв двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2005. №1. - С.29

- 32.

13. Циммерман Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь (Очерки клинической гастроэнтерологии). Выпуск первый. Перм, гос. мед. академия 2000. –С.256.

14. Черноусов А.Ф., Богопольский Г.М., Курбанов Ф.С. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1996.-С. 256.

15. Ю.М.Панцырев., Чернякевич., Михалев А.И. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза.

16. Jorlan P., Thonby J. Twenty years after parietal cell vagotomy or selective vagotomy with antrectomy for treatment of duodenal ulcer. // Ann Surg. - 1994.-Vol. 220, № 3.-P. 283 – 296.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ АРТЕРИОВЕНОЗНЫХ СВИЩЕЙ

Чен Дие Чюнь

КГМИПиПК

Кафедра сосудистой хирургии

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье рассматриваются эпидемиология, классификация, клинические варианты, методы исследования, диагностики и результаты хирургического лечения артериовенозных свищей (АВС). Выполненное исследование вывило, что посттравматические АВС не имеют специфических клинических проявлений. Профилактической мерой развития посттравматических АВС является тщательная ревизия раны при первичной хирургической обработке. В повседневной лечебной практике рентгеноэндоваскулярные вмешательства являются важным методом лечения АВС.

Ключевые слова: артерио-венозный свищ, сердечная недостаточность венозная недостаточность.

АРТЕРИЯ ЖАНА ВЕНАНЫН ООРУЛАРЫ КЛИНИКАЛЫК ТҮРЛӨРҮ

Чен Дие Чюнь

Кыргыз Мамлекеттик Медицина Институту

кан тамыр оорулары кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалда артериалардын жана веналардын ооруларынын классификациясы, диагностикалык методтору, клиникалык варианттары жана дарылоо жолдору изилденген. Изилдоо учурунда травмадан кийин пайда болгон артерия жана веналардын оорулары озгочо белгисиз болоору айтылат. Ушул себептен мындай жаракаттарды кунт коюп дарылоо керектиги далилденет. Кунумдук практикада рентгенэндоскопиялык методу дарылоонун озгочо бир жолу болуп эсептелип калынды.

Негизги сөздөр: артерия жана вена оорулары.

CLINICAL VARIANTS OF ARTERIOVENOUS FISTULA

Chen Jie Qjong

Kyrgyz State Medical Institut

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article discusses the epidemiology, classification, clinical types, methods of research, diagnosis and results of surgical treatment arteriovenous fistulas. The article about posttraumatic arteriovenous fistulas do not have specific clinical manifestations. Preventive measure of posttraumatic AVF is a thorough revision of the wound with primary surgical treatment. In everyday medical practice endovascular interventions are an important treatment for arteriovenous fistulas.

Key words: arterio-venous fistula, heart failure venous insufficiency.

Актуальность.

Появление артериовенозных свищей или фистул приводит к ухудшению кровоснабжения важных участков и органов тела человека. Падает и артериальное давление, в то время как давление в венах повышается. Увеличивается нагрузка на сердце, которое в то же время начинает испытывать недостаточность притока крови вследствие нарушения цикла кровообращения.

Всё это может привести к развитию различных, в том числе тяжёлых сердечно-сосудистых заболеваний, аневризм - повышенная нагрузка кровотока на вены может приводить к их растяжению и разрывам - и тромбозов, которые могут развиваться в участках вен ниже места

появления свища. Ещё один вид вызываемых артериовенозными свищами (фистулами) осложнений – косметические дефекты: пятна на коже и отеки тканей.

Артериовенозные свищи (фистулы) бывают врожденные и приобретенные. Врожденные артериовенозные свищи могут располагаться в любой части тела и нередко бывают связаны с локализацией невусов-родимых пятен, меланом и т.п.

Формируясь ещё на стадии внутри-утробного развития человеческого эмбриона, врожденные артериовенозные свищи (фистулы) могут уже в первые недели и месяцы после рождения провоцировать патологическую

ишемию (недостаточность кровоснабжения) конечностей и венозную гипертензию (синдром повышенного венозного давления). Это может сопровождаться пигментацией кожи, увеличением конечностей, гипергидрозом, набуханием подкожных вен и другими симптомами [5, 6].

Появление приобретенных артериовенозных свищей (фистул) может стать следствием травм, ранений, а также последствием медицинских манипуляций – например, шунтирования. Также во время хирургических операций для осуществления гемодиализа артериовенозные свищи (фистулы) могут создаваться специально, для обеспечения эффективности данного лечения. Поэтому важно оперироваться у опытных квалифицированных врачей, обладающих современными техническими возможностями.

Появление больших артериовенозных свищей (фистул) сопровождается отеками и покраснением тканей, однако маленькие свищи (фистулы) могут себя никак не проявлять до момента появления сердечной недостаточности.

Еще недавно сосудистый травматизм считался прерогативой военного времени. Однако, события последних десятилетий показали прирост повреждений сосудов в мирное время, которые могут составлять до 2% в общей структуре травматизма. Ранение магистральных сосудов нередко приводит к образованию посттравматических артерио-венозных свищей (АВС). Своевременная ангиохирургическая помощь значительно снизила количество пациентов с последствиями травмы сосудов. Несмотря на это, по данным Б.Л. Гамбарина и соавт. (1985) [3, 4] и по настоящее время, частота посттравматических аневризм и свищей достигает 15–28% среди всех травм сосудов.

Артериовенозный свищ – это патологическое прямое сообщение между артерией и веной, ведущее к току артериальной крови в венозное русло (минуя капиллярную сеть). Они развиваются при нарушении целостности сосудистой стенки в результате различных причин: огнестрельного повреждения, ранения холодным оружием, тупой травмы и др. [1]. В зависимости от размера свища, его локализации и длительности существования, подобный сброс крови может приводить к существенным расстройствам гемодинамики, которые могут носить как региональный характер и проявляться

синдромом хронической дистальной венозной недостаточности, так и общий, приводя к развитию синдрома правожелудочковой сердечной недостаточности. Скорость нарастания и время появления декомпенсации сердечной деятельности зависит от объема крови, сбрасываемой в венозную систему [2]. В ряде случаев эти синдромы доминируют в клинической картине заболевания. В связи с этим возможны диагностические ошибки. Поэтому своевременная диагностика и хирургическая коррекция таких патологических состояний приводят к регрессии вышеуказанных синдромов и полному излечению пациентов.

Учитывая вышесказанное целью настоящей работы явилось изучение клинической картины в зависимости от локализации артериовенозного свища и объема крови, проходящего через него из артерии в венозное русло. Небольшие артериовенозные фистулы обычно бессимптомны, однако, при дальнейшем формировании посттравматического свища объем сброса может возрасти и стать клинически значимым. О возможности появления артериовенозных свищей следует помнить у всех пациентов с проникающими повреждениями конечностей, брюшной полости и забрюшинного пространства. Диагностика АВС должна быть основана на обнаружении постоянного шума, усиливающегося во время систолы, а также систоло-диастолического дрожания над местом патологического соустья. Сдавливание питающей артерии приводит к исчезновению шума и дрожания. При крупных свищах пальцевая компрессия питающей артерии может сопровождаться резким замедлением сердечного ритма (признак Бранхама). У больных с длительно существующими свищами, особенно при низком уровне сброса и малом диаметре соустья, клиническая картина может быть сходной с таковой при хронической венозной недостаточности конечности [6-8].

Материалы и методы.

В наших наблюдениях, у пациентов с высокой локализацией АВС, в подвздошно-бедренном сегменте (6 пациентов), клинически на первый план выходили явления венозной недостаточности соответствующей конечности в виде отека и расширения подкожных вен. С данными жалобами больные наблюдались амбулаторно. По мере увеличения сброса крови через АВС, присоединялись и постепенно

прогрессировали явления правожелудочковой недостаточности (одышка, слабость, утомляемость, боли в области сердца и др.), что определило необходимость стационарного обследования пациентов. В процессе комплексной диагностики (УЗИ, рентгенография легких, ЭхоКГ) и уточнения данных анамнеза складывалось впечатление о наличии АВС, что впоследствии подтверждалось данными ангиографии. У всех пациентов диагноз был установлен в стадии обратимых изменений со стороны сердечнососудистой системы, которые затем регрессировали в раннем послеоперационном периоде.

У пациентов (7 человек) с локализацией АВС ниже пупартовой связки, на уровне сосудов бедренно-подколенного сегмента, клинически имелись только явления венозной недостаточности (отек конечности, расширение подкожных вен и пигментация тканей на голени) на соответствующей конечности, которые постепенно прогрессировали. Общих симптомов, связанных с нарушением сердечной деятельности, не наблюдалось. Все вышеперечисленные симптомы были обратимыми и регрессировали после оперативного вмешательства по разобщению АВС.

Результаты и их обсуждения.

Приведенные наблюдения показывают, что посттравматические артерио-венозные свищи не имеют специфических клинических проявлений. Они чаще всего являются находкой при детальном обследовании пациентов по поводу другой патологии. Однако тщательно собранный анамнез позволяет своевременно заподозрить наличие артериовенозного свища и, тем самым, сократить путь пациента до операционной, тем более, что только хирургический метод является эффективным. Наш опыт и наблюдения других авторов показывают, что при АВС подвздошных и бедренных сосудов всегда присутствует синдром венозного застоя в ипсилатеральной конечности. В этом случае ультразвуковое дуплексное сканирование с ЦДК, направленное на выяснение характера венозных нарушений в конечности, всегда позволяет установить истинную их причину. В целом, имеющиеся у таких больных проявления венозной или сердечной недостаточности, обладают благоприятным течением и полностью купируются после оперативного

лечения. Профилактической мерой развития посттравматических артерио-венозных свищей следует считать тщательную ревизию раны при первичной хирургической обработке. Наличие гематом в проекции крупных магистральных сосудов всегда должно настораживать хирурга в отношении их ранения и привлекать к операции ангиохирурга.

В заключение следует отметить, что в повседневной лечебной практике все шире используются рентгеноэндоваскулярные вмешательства. Тем не менее, эти операции с использованием внутрисосудистых стентов с покрытием при травматических артерио-венозных свищах выполняются достаточно редко. Мы надеемся, что положительный опыт других авторов в дальнейшем позволит нам использовать данную методику для устранения травматических артериовенозных свищей.

Литература:

1. Петровский Б.В., Милонов О.Б. Хирургия аневризм периферических сосудов. М.: Медицина. 1970; 273.
2. Смагулов А.С., Морозова В.В. и др. Определение величины артерио-венозного сброса крови и объемного кровотока в магистральных артериальных стволах. *Здравоохранение Казахстана*. 1983; 12: 54–57.
3. Гамбарин Б.Л., Нурмухамедов М.Р. Хирургическое лечение травматических аневризм и артерио-венозных свищей. *Медицинский журнал Узбекистана*. 1985; 5: 27–29.
4. Замятин В.В., Столяров С.А. Диагностика травматических артериовенозных свищей. *Вестник хирургии*. -1986; -10: -С-77.
5. Комаров И.А., Князев М.Д. Хирургическое лечение посттравматических артерио-венозных свищей и ложных артериальных аневризм. *Хирургия*. -1988; -7.
6. Клиническая ангиология: Руководство Под ред. А.В. Покровского. В двух томах. Т.2. М.: Медицина. -2004; -С-888.
7. Кохан Е.П., Митрошин Г.Е., Батрашов В.А., Иванов В.А., С.А., Терехин С.А., Пинчук О.В., Бобков Ю.А. Рентгеноэндоваскулярное стентирование (стен-графт) наружной подвздошной артерии для устранения посттравматического артериовенозного соустья. *Ангиология и сосудистая хирургия*. -2005; -11: -2: -С 49-52.
8. Немытин Ю.В., Митрошин Г.Е., Пинчук О.В., Иванов В.А. Рентгеноэндоваскулярная остановка кровотечения при ятрогенном повреждении подключичной артерии. *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2003; -9: -3: - С 134-136.

**СЛУЧАЙ МИОТОНИЧЕСКОЙ ДИСТРОФИИ
РОССОЛИМО- КУРШМАННА -
ШТЕЙНЕРТА – БАТТЕНА**

Абдыраимова Ж.К., Нурбекова У.А.

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

Резюме. В статье приводится краткое сообщение о миотонической дистрофии Россолимо – Куршманна - Штейнерта - Баттена.

Ключевые слова: миотоническая дистрофия Россолимо – Куршманна - Штейнерта – Баттена, диагностика.

**РОССОЛИМО – КУРШМАНН – ШТЕЙНЕРТ – БАТТЕН
МИОТОНИАЛЫК ДИСТРОФИЯСЫ, КЛИНИКАЛЫК
ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ ЖАНА ДАРТТЫН АНЫКТАЛЫШЫ**

Абдыраимова Ж.К., Нурбекова У.А.

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

Корутунду. Бул статьяда Россолимо – Куршманн - Штейнерт – Баттен миотоникалык дистрофиясы тууралуу кыска маалымат берилип, оорунун диагностикалык критериялары белгиленди.

Негизги сөздөр: Россолимо – Куршманн - Штейнерт – Баттен миотоникалык дистрофиясы, дарттын аныкталышы.

**MYOTONIC DYSTROPHY ROSSOLIMO – KURSHMANN
– STEINERT – BATTEN, CLINICAL CASES AND
DIAGNOSTIC**

Abdyraimova J.K., Nurbekova U.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz state medical academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article provides a brief summary of the myotonic dystrophy Rossolimo – Kurshmann – Steinert – Batten. Describes a clinical case of a patient, the diagnostic criteria for the disease

Keywords: myotonic dystrophy Rossolimo – Kurshmann – Steinert – Batten, diagnosis.

Актуальность.

Дистрофическая миотония является мультисистемным заболеванием, при котором мутация затрагивает развитие и функционирование различных органов и тканей: гладкой и скелетной мышечной ткани, сердца, глаз, эндокринной системы и головного мозга (1, 2). Распространенность составляет около 1 на 8000 населения (3).

В 1901 г. Россолимо впервые описал данное заболевание, позднее, в 1909 году, Н. Steinert и F.F. Batten дали подробное описание клинической картины заболевания (4). Лишь в 1992 г. был идентифицирован генетический дефект. Многие авторы считают эту патологию переходной между миотониями и миопатиями. Заболевание имеет аутосомно – доминантный тип наследования. Дистрофическая миотония представлена тремя подтипами и встречается в двух клинических формах: врожденной и

классической (5).

Материалы и методы.

Целью данной статьи был анализ особенностей клинической картины и биохимических показателей больного с миотонической дистрофией Россолимо – Куршманна - Штейнерта – Баттена. Больной К., 47 лет обратился с жалобами на общую слабость, чувства стягивания в кистях, усиливающиеся на холоде и при физической нагрузке, изменение голоса, боли в спине и невозможность выпрямится при ходьбе, отсутствие зрения в правом глазу, боли в области сердца. Первые неврологические симптомы болезни отмечены в возрасте 41года в виде слабости в ногах, болей в спине и появления спазмов в мышцах кистей. В 42 летнем возрасте появились боли в области сердца. Это и послужило поводом обращения к невропатологу. В 2009 году в 43 летнем возрасте проходил стационарное

лечение с диагнозом: Врожденная слабость опорно-двигательного аппарата. Ранний распространенный остеохондроз позвоночника. Выраженный кифоз, сколиоз шейного отдела позвоночника. Левосторонний сакроилеит. Выраженный болевой, мышечно-тонический синдром. Спинальная миелопатия с легким тетрапарезом и бульбарными проявлениями.

Семейный анамнез отягощен. При анализе генеалогического дерева, выяснено, что бабушка и дедушка больного состояли в близкородственном браке (были двоюродными братом и сестрой по материнской линии), и подобные признаки болезни проявлялись в каждом поколении у детей, как у мальчиков, так и у девочек. Схожие признаки болезни имеются у старшего брата больного и младшей сестры, которые не обращались к неврологам. В семье является шестым ребенком одним из двойни, брат близнец умер в возрасте 34 года. Причина смерти не установлена. Рос и развивался согласно возрасту, окончил школу, работал шофером. Был женат дважды, детей не имеет.

В неврологическом статусе: голова обычной формы, отмечается облысение в лобнотеменной области, лицо амимичное. Выявляется малоразборчивость речи с гнусавым оттенком. Сухожильные рефлексы не вызываются. Отмечается мышечная гипотрофия мышц конечностей. Нарушение чувствительных расстройств нет. Миотонические спазмы наблюдаются в сгибателях кистей при попытке расжать кулак. При ударе молоточком в область возвышения мышц большого пальца обеих рук в ответ происходит сокращение мышечного пучка, положительный симптом «валика». Патологических и менингеальных знаков нет. Стигмы дизэмбриогенеза – «готическая» твердая неба, пигментированный неоз на спине (удаленный в 1979 году в НЦО), «ластовидная» деформация кистей и стоп. Поза вынужденная, согнутая в поясничном отделе позвоночника. Передвигается при помощи костылей. Функции тазовых органов контролирует. Из обследований: в общих анализах крови и мочи, биохимическом исследовании крови без патологических особенностей. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС -54 уд в мин. ЭОС отклонена

вправо. АВ блокада первой степени, блокада правой ножки пучка Гиса. На УЗИ внутренних органов выявили признаки холецистита, панкреатита, пиелонефрита, простатита и цистита. УЗИ щитовидной железы показало смешанный зоб. На рентгенологическом исследовании шейного и поясничного отделов позвоночника выявлено сколиоз шейного отдела позвоночника и межпозвонковый остеохондроз. На электронейрограмме (ЭНМГ) снижена скорость проведения импульса по эфферентным волокнам периферических нервов, число функционирующих двигательных единиц уменьшено и показано миотонические реакции. Осмотрен окулистом, был выставлен диагноз: катаракта обоих глаз. На основании жалоб и дополнительных методов исследований кардиолог выявил у больного миокардический кардиосклероз.

Результаты и обсуждения.

Наследственная отягощенность, проблемы бесплодия, облысение в лобнотеменной области, наличие активных и механических миоклонических реакций и миопатического синдрома позволило поставить диагноз миотонической дистрофии Россоломо – Куршманна - Штейнерта – Баттена. Наличие дизэмбриогенетических стигм, признаки поражения сердечно - сосудистой системы, на ЭКГ: АВ блокада первой степени, блокада правой ножки пучка Гиса, заключение кардиолога: миокардитический кардиосклероз со стороны глаз проявления катаракты, из обследований данные ЭНМГ за миотонию, не заставило нас сомневаться над поставленным диагнозом.

Выводы.

Таким образом, особенностью данного случая является то, что при первоначальном обращении больного невропатологу был выставлен неправильный диагноз, так как на генеалогический анамнез и нарушения со стороны других систем и органов не сделали нужный акцент. Наследственная отягощенность, характерная клиническая симптоматика, полисистемность заболевания, облегчила диагностику миотонической дистрофии Россоломо – Куршманна - Штейнерта – Баттена.

Литература:

1. Горбунова В.Н., Савельева – Васильева Е.А., Красильников В.В. Молекулярная неврология. Часть 1. Заболевания нервно – мышечной системы. - СПб.: Интермедика, 2000. – С. 169 – 181.
2. Гончарева Я. А., Евтушенко С.К., Ефименко В.Н., Симонян В.А., Евтушенко Л.Ф., Марусиченко Е.А. Миотоническая дистрофия Куриманна – Баттена – Штейнера – Россолимо // *Материалы международной практической конференции «Неординарные (раритетные) синдромы и заболевания нервной системы у детей и взрослых», 2-3 октября 2003 г. – Донецк – Святогорск.* – С. 156 – 159.
3. Finsterer J/ Myotonic dystrophy type 2. // *Eur. J. Neurol/* - 2002. – Vol. 9. – P. 441 – 447.
4. Вельтишев Ю.Е., Темин П.А. Наследственные болезни нервной системы. М.: Медицина. 1998: 496.
5. Шнайдер Н. А., Козулина Е. А., Дмитренко Д. В., Клинико – генетическая гетерогенность дистрофической миотонии. *Научный обзор // Международный неврологический журнал.* – 2007. - № 3. –С. 119 – 130.

INTERNATIONAL SCIENTIFIC SUMMER SCHOOL INITIATIVE: SUPPORTING INTERNATIONAL NETWORKING AND COLLABORATION

Ljuba Bacharova, Gulmira Kudaiberdieva, Galen S. Wagner

Executive editor of the Journal of Electrocardiology, International Laser Center

Faculty of Medicine, Comenius University

Bratislava, Slovakia

International Scientific Summer School Initiative Faculty

Adana, Turkey

Editor-in-Chief of the Journal of Electrocardiology

Faculty of Medicine, Duke University

NC, USA

Resume. The formal training in doing research is lacking in most of the medical training programs. Incorporation of the “doing research” subject into curricula varies considerably among countries, and also among universities within countries. The very beginning of the postgraduate clinical career is in “internship” or “residency” training; characterized+- by gaining practical knowledge, following clinical guidelines and compliance with the “the best clinical practice” that is a healthcare quality indicator. It was shown that students’ involvement in research during medical school is associated with not only postgraduate research involvement, but more effective medicine practice based on evidence-based medicine.

However, the need for training “how to do research” is frequently either not sufficiently recognized, or there is no adequate/sufficient space in overloaded under- or postgraduate medical curricula.

It was also an experience in the editorial office of the journals. During the peer-review process, many rejected papers had creative ideas and potentially interesting/ applicable results; however their design did not achieve the requirements for proper academic writing. Recognizing this problem, the Journal of Electrocardiology commenced an initiative of the International Scientific Summer Schools and implemented the interactive method of research training .

We describe in this paper the interactive method on how to prepare project and how to do research and share our experience with implementation of scientific summer school.

Key words: scientific research, postgraduate education, interdisciplinary research, publishing

ИНИЦИАТИВА МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНОЙ ЛЕТНЕЙ ШКОЛЫ: ПОДДЕРЖКА МЕЖДУНАРОДНЫХ СЕТЕЙ И СОТРУДНИЧЕСТВО

Люба Бахарова, Гульмира Кудайбердиева, Гален С. Вагнер

Исполнительный Редактор The Journal of Electrocardiology

Международный Лазерный Центр, Медицинский Факультет Университета Коменского

Братислава, Словакия

Факультет Инициативы Международной Научной Летней Школы

Адана, Турция

Главный Редактор The Journal of Electrocardiology

Медицинский Факультет, Университет Дьюка

Штат Северная Каролина, США.

Резюме. В большинстве программ медицинской подготовки недостаточное значение уделяется формальному обучению “как проводить научное исследование”. Включение предмета “как проводить научное исследование” в программу обучения значительно различается между странами и университетам в каждой данной стране. Интернатура и ординатура\аспирантура являются началом последиplomной клинической карьеры и характеризуются как процесс приобретения практических знаний, следования клиническим протоколам и соответствия “наилучшему клиническому применению”, который является индикатором качества здравоохранения. Было показано, что участие студентов в научном исследовании во время обучения в медицинских институтах ассоциировалось не только с их участием в последиplomных научных исследованиях но также более эффективной клинической практикой основанной на принципах доказательной медицины.

Однако, проблема необходимости в обучении “ как проводит научное исследование” недостаточно признана, и/или ей уделяется неадекватное\недостаточное место в загруженных до- и последиplomных программах медицинского

образования.

Это также прослеживается и в опыте редакционного совета журнала Электрокардиологии. Во время процесса независимого реферирования, многие отклоненные статьи имели творческие/оригинальные идеи и потенциально интересные применимые результаты, однако их дизайн не соответствовал требованиям гармоничного академического изложения. Признавая существование данной проблемы, журнал Электрокардиологии начал инициативу Международной Летней Школы где применяется интерактивный метод подготовки “как проводить научное исследование”.

В данной статье мы описываем интерактивный метод как подготовить научный проект, как проводит научное исследование и делимся нашим опытом по проведению научных летних школ.

Ключевые слова: научное исследование, последипломное образование, междисциплинарное исследование, издательство

ЭЛАРАЛЫК ИЛИМИЙ ЖАЙКЫ МЕКТЕБИ ДЕМИЛГЕСИ: ЭЛАРАЛЫК ТАРМАКТАРДЫ КОЛДОО ЖАНА КЫЗМАТТАШУУ

Люба Бахарова, Гульмира Кудайбердиева, Гален С. Вагнер

Аткаруучу редактор The Journal of Electrocardiology

Эларалык лазердик Борбору, Коменский Университетинин Медициналык Факультети

Братислава, Словакия

Эларалык Илимий Жайкы Мектеби, демилгеси Факультети

Адана, Турция

The Journal of Electrocardiology Башкы Редактору

Медициналык Факультет, Дьюка Университети

Түндүк Каролина Штаты, АКШ

Корутунду. Медициналык даярдоо программаларынын көпчүлүгүндө “илимий изилдөөнү кантип жүргүзүү керек” формалдык окутуусуна жетишээрлик маани бөлүнбөйт. “Илимий изилдөөнү кантип жүргүзүү керек” сабагын окутуу программасына киргизүү өлкөлөрдүн жана университеттердин арасында бир кыйла айырмачылыктары бар. Интернатура жана ординатура\аспирантура дипломдон кийинки клиникалык мансаптын башталышы болуп саналышат жана практикалык илимдерди алуу процесси катары мүнөздөлөт, клиникалык протоколдорго алып келүү жана саламаттык сактоонун сапатынын индикатору болуп эсептелген “эң жакшы клиникалык колдонууларга” далкелет. Студенттерди медициналык институттарда окутуу учурунда илимий изилдөөлөргө катыштыруу дипломдон кийинки илимий-изилдөөлөрдө алардын катышуусу менен гана эмес далилденген медициналык принциптеринен негизделген эффективдүү клиникалык практика менен көрсөтүлгөн.

Бирок “илимий изилдөөнү кантип жүргүзүү керек” окутуу зарылдыгынын маселеси жетиштүү таанылган эмес, жана \ же ага медициналык билим берүүдө дипломго чейин жана дипломдон кийинки программаларда шайкеш келбеген \ жетиштүү эмес орун берилет. Булар ошондой эле The Journal of Electrocardiology редакциялык кеңешинин тажрыйбасында да байкалган. Көз карандысыз реферат жүргүзүү учурунда көбүнчө кабыл алынбай калган статьялардын ичинен чыгармачыл \ оригиналдуу идеялар жана потенциалдуу кызыктуу колдонулуучу натыйжалар кездешкен, бирок алардын кооздому академиялык баяндоолордун талаптарына дал келген эмес. Бул маселенин бар экендигин эске алып The Journal of Electrocardiology “илимий изилдөөнү кантип жүргүзүү керек” интерактивдүү даярдоо ыкмасын колдонуучу Эларалык Илимий Жайкы Мектеби демилгесин баштады.

Негизги сөздөр: илимий изилдөө, дипломдон кийинки билим алуу, сабак ичинде изилдөө, басма

Lifelong education is an essential component of successful medical professional career and is recognized as a “*condition sine qua non*”. This represents basically two interrelated processes: self-learning and sharing experience by “teaching” others.

During both general and medical university studies, the learning process prevails. Dominant parts of curricula are specific didactic courses. The formal training in doing research is lacking in most of the medical training programs [1]. Incorporation

of the “doing research” subject into curricula varies considerably among countries, and also among universities within countries. It is frequently limited, not perceived as a priority [1, 2]. Indeed, the “student-investigator” is typically only an assistant to the “faculty-investigator”, with no expectation of leadership in the creation of a first-author peer-reviewed scientific publication.

The very beginning of the postgraduate clinical career is in “internship” or “residency”

training; characterized by gaining practical knowledge, following clinical guidelines and compliance with the “the best clinical practice” that is a healthcare quality indicator. Everyday care for patients generates many questions about diagnosis, treatment and prognosis. However, this leaves insufficient time to cope with identified gaps in knowledge and weak/ missing points of guidelines that are paradoxically natural outcomes of increased clinical knowledge and practical experience.

Research is frequently perceived as a “theory” as oppose to “practice”. However, it was shown that students’ involvement in research during medical school is associated with not only postgraduate research involvement, but more effective medicine practice based on evidence-based medicine [3, 4]. It needs to be stressed that intensive progress in medicine, including the “best clinical practice” recommendations, is due to research, that scientific research is a global issue, and that this process requires prepared professionals [5-9]. However, the need for training “how to do research” is frequently either not sufficiently recognized, or there is no adequate/ sufficient space in overloaded under- or postgraduate medical curricula.

Sharing the results of research in the global scientific community is exposed to increasing demands and expectations on the quality of the manuscripts submitted. Many research manuscripts are not of sufficient quality and/or interest to pass the strict peer-review process of international scientific journals. Consequently, a majority of even completed medical research is not published, and does not reach those who could potentially benefit from the results [10, 11].

It was also an experience in the editorial office of the Journal of Electrocardiology. During the peer-review process, many rejected papers had creative ideas and potentially interesting/ applicable results; however their design did not achieve the requirements for proper academic writing. Recognizing this problem, the Journal of Electrocardiology commenced an initiative of the International Scientific Summer Schools (IntSSS). In collaboration with the Croatian Medical Journal the first IntSSS, was organized in Slovakia in 2006 [12]. Then, in 2007, the 2nd IntSSS was organized in Turkey with enthusiastic involvement of the Anatolian Journal of Cardiology [13]. These initial experiences have resulted in an ongoing stimulating partnership.

Currently, this initiative has been supported by a group of scientific journals that have also recognized the need for such training: Journal of Electrocardiology, Anatolian Journal of Cardiology, Balkan Medical Journal, Medical Monitor of the Slovak Medical Society, Hippokratia, Monitor of Medicine of Slovak Medical Society, Lietuvos Bendrosios Praktikos Gydytojas (Lithuanian Family Doctor) and MEDICINA. These Journals are thus actively involved in working with the scientific community by training young scientists as potential authors and reviewers of research papers, with the final aim to increase quality of published papers and of the peer-review process [14]. The IntSSS is an open initiative and new journals, which are interested to join us, are welcome.

The standard IntSSS program consists of four daily workshops:

1. Workshop 1: Introduction to research proposal
2. Workshop 2: Research design and methods I: Study population and outcomes
3. Workshop 3: Research design and methods II: Data collection and analysis
4. Workshop 4: Research administration

Participants are working in groups, and experience a process of elaborating and presenting a study protocol for a common research project. This process requires the selection of an adequate study design, appropriate methods of data collection, analysis and interpretation, development of a feasible study plan and timeline for the project, stressing also an importance to include a preparation of a research paper. A number of skills are thus trained: effective listening, reasoning, argumentation, providing and accepting peers’ critique, presentation of interim draft productions/ results and a gradual building of one common protocol.

In given time periods the groups present results of their discussions however preliminary/ draft the outcomes are, and are trained to benefit from the feedback from faculty (mainly during the first workshop) and from the participants who can thus train their skills in critical appraisal and in providing feedback. In this way, they build gradually their Study Protocol on the selected topic for the final more formal presentation.

This program was originally developed by Galen S. Wagner and Eric Eisenstein at the Duke University, Durham, North Carolina, USA, as a part of a broader educational curriculum for clinical practitioners, postgraduate trainees and medical

students working on their individual research projects, Duke University is well known for having a specific training program for clinical research [15]. Later, it was successfully applied also in an international environment [16]. The IntSSS organizers adapted the program according to perceived needs and introduced two major changes: working in groups and additional optional discussion.

The groups are carefully created to achieve and international and interdisciplinary balance. The benefit of interdisciplinary research is recognized [17] and IntSSS organizers encourage participation not only medical but also biomedical students/ professionals. Working in international interdisciplinary groups provides environment for training additional necessary skills required for potential international collaboration and international team building, such as negotiation, cross-cultural and interdisciplinary communication, and the last but not least – to enhance the knowledge of English language.

The additional optional program includes *ad hoc* discussions on topics such as: how to prepare a manuscript, how to communicate with an editor/ editorial office, the destiny of a submitted manuscript in an editorial office, how to deal with reviewers' comment, details of a process from submitting a manuscript to its publication. Since the senior members of the IntSSS faculty are editors of scientific journals, they can share their expertise and respond to concrete questions.

The training methods used at the IntSSS are based mainly on problem-based and learning-by-doing approaches, with a stress on the face-to-face and group discussions. The arrangement of the program is rather different from the "classical" classroom lectures, where teachers or mentors are "the best source of knowledge" and it is a new experience for those accustomed to a classroom teaching that is still a preferred method of education.

Since the year 2006, eleven IntSSSs were organized in six countries (Slovakia, Turkey, Poland, Romania, Croatia, Macedonia) [18-27]. The total number of trainees reached 264 from 28 countries (Table 1), creating a solid base for an international network of young scientists and their mentors.

The IntSSS organizers are naturally interested in the outcomes of the training. The scientific performance of trainees was evaluated for the period 2007 – 2013 [28], articles published in peer-reviewed journals indexed in PUBMED and SCOPUS databases during this period were analyzed. Data of 123 participants of the total 168 trainees were available for analysis. It was shown that considering number publications before and at least 1 year after participation in IntSSS, number of citations, and Hirsch index for articles published after IntSSS, the IntSSS training was associated with identifiable increase in scientific publication activity.

The nine-year experience with eleven IntSSSs organized shows that IntSSS provides an interdisciplinary international environment for training skills required for preparing research study protocols, scientific manuscript and international collaboration and represents a flexible format for efficient complementary international training of young researchers.

References:

1. Marz R, Dekker FW, van Schravendijk C, O'Flynn S, Ross M: Tuning research competences for Bologna three cycles in medicine: report of a MEDINE2 European consensus survey. *Perspect Med Educ* 2013; 2:181-195.
2. Andriole DA, Whelan AJ, Jeffe DB: Characteristics and career intentions of the emerging MD/PhD workforce. *JAMA* 2008;300:1165-1173.
3. Segal S, Lloyd T, Houts PS, Stillman PL, Jungas RL, Greer RB^{3rd}: The association between students' research involvement in medical school and their postgraduate medical activities. *Acad Med* 1990; 65:530-533.
4. Jacobs CD, Cross PC: The value of medical student

Table 1: The list of participants' country of residence (in alphabetic order).

Albania	Estonia	Lithuania	Serbia
Austria	Georgia	Macedonia	Slovakia
Bosnia and Herzegovina	Greece	Netherlands	Spain
Brazil	Hong Kong	Poland	Sweden
Croatia	Hungary	Portugal	Turkey
Czech Republic	Kosovo	Romania	Ukraine
Egypt	Kyrgyzstan	Russia	USA

research: The experience at Stanford University of Medicine. *MedEduc* 1995; 29:342-346.

5. Guelich JM1, Singer BH, Castro MC, Rosenberg LE: A gender gap in the next generation of physician-scientists: medical student interest and participation in research. *JInvestig Med* 2002;50:412-418.

6. Watt CD, Greeley SA, Shea JA, Ahn J: Educational views and attitudes, and career goals of MD-PhD students at the University of Pennsylvania School of Medicine. *Acad Med* 2005;80:193-198.

7. Ley TJ, Rosenberg LE: The physician-scientist career pipeline in 2005: build it, and they will come. *JAMA* 2005;294:1343-1351.

8. Schafer AI: The vanishing physician – scientist? *Transl Res* 2010;155:1-2.

9. Koniaris LG1, Cheung MC, Garrison G, Awad WM Jr, Zimmers TA: Perspective: PhD scientists completing medical school in two years: looking at the Miami PhD-to-MD program alumni twenty years later. *Acad Med* 2010;85:687-691.

10. Griffin MF1, Hindocha S: Publication practices of medical students at British medical schools: experience, attitudes and barriers to publish. *Med Teach* 2011;:e1-8.

11. Alsayed N, Eldeek B, Tayeb S, Ayuob N, Al-Harbi A: Research practices and publication obstacles among interns at King Abdulaziz University Hospital, Jeddah, Saudi Arabia, 2011-2012. *J Egypt Public Health Assoc* 2012, 87:64-70.

12. Bacharova L, Misak A, Wagner G; The Scientific Summer School in Slovakia, Liptovsky Jan. June 20-25, 2006. *J Electrocardiol* 2006; 39:337-439.

13. Bacharova L: The Scientific Summer School in Turkey 2007. *AnadoluKardiyolDerg* 2007; 7: 360-362.

14. Statement from the International Scientific Summer School Collaboration Group. *J Electrocardiol* 2014;47:126-127.

15. http://tpcr.mc.duke.edu/modules/tpcr_about/index.php?id=1

16. Davis TH, 3rd, Wagner GS, Gleim G, Andolsek KM, Arheden H, Austin R, Courtney-Eighmy A, Gradison M, Leist JC, Maynard C, et al.: Problem-based learning of research skills. *J Electrocardiol* 2006, 39:120-128.

17. Costello A, Zumla A: Moving to research partnerships in developing countries. *BMJ* 2000, 321:827-829.

18. Bacharova L, Kirchnerova J: Continuous international network building to promote scientific publication: Scientific Summer School, Pezinok, Slovakia, May 25-30, 2008. *AnadoluKardiyolDerg* 2008, 8:319-321.

19. Misak A, Bacharova L. The early role of scientific journals in supporting young scientists to become independent researchers. *J Electrocardiol* 2008; 41: 248-249.

20. Bacharova L, Hakacova N: Building network for enhancement of scientific/research literacy: the Scientific Summer School 2009 in Szczepanow, Poland. *AnadoluKardiyolDerg* 2009, 9:433-434.

21. Hakacova N, Baysan O, Bell SJ: Problem-oriented education and cross-cultural collaboration: experiences and comments on the Scientific Summer School in Turkey 2010. *AnadoluKardiyolDerg* 2010, 10:387-388.

22. Bacharova L, Mozos I, Palkovicova L: Building the international network of mentors and young scientists: The International Scientific Summer School in Romania 2011. *Anatolian J Cardiol* 2011;11: 568-570.

23. Kilic D, Bacharova L: The 9th International Scientific Summer School 2012 in Makov, Slovakia. *Anatolian J Cardiol* 2012; 12: 539-541.

24. Kudaiberdieva G, Lipton J, Mozos I, Stanczyk A, Bacharova L, Wagner GS: International Scientific Summer Schools 2013. *J Electrocardiol* 2013; 46: 441 – 443.

25. Kudaiberdieva G, Wagner G, Bacharova L, Timuralp B, Inan M: Progress of IntSSS in Turkey from 2007 to 2010: on the eve of the 2014 event. *AnadoluKardiyolDerg* 2014;14:319-320.

26. Aribas A, Savelev A. The Impressions on the 11th International Scientific Summer School 2014 in Enez, Turkey. *AnadoluKardiyolDerg* 2014 (In press).

27. Bacharova L, Inan M, Aribas A, Koca C, Savelev A, Kudaiberdieva G, Wagner G, Uzun C, Timuralp B: International Scientific Summer School, Enez, Turkey, June 9-15, 2014. *J Electrocardiol* 2014; 47: 766-767.

28. Bacharova L, Kudaiberdieva G, Misak A, Hakacova N, Timuralp B, Wagner G S: The effect of International Scientific Summer School research training on scientific productivity of trainees, *International Journal of Cardiology* (2014), doi: 10.1016/j.ijcard.2014.07.285