

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР, регистрационное свидетельство №002564

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.

Главный редактор – **Зурдинов Ашир Али 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

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. – к.п.н., нач. информационно-библиотечного комплекса
Катаев В.А. - д.фармак. наук, проректор по научной и инновационной работе Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России
Кутгубаева К.Б. - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии
Кутгубаев 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 физиологии
Мергенбаева Т.К. - к.м.н., доц., госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Мингазова Э.Н. – д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет
Молдобаева М.С. - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней
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 последилового образования
Чонбашева Ч.К. - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии
Шекера О.Г. - д.м.н., проф., Президент Международной ассоциации «Здоровье общества», директор инст. сем. медицины Нац.мед.академии последилового образов. П.Л. Шупика

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
 г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.
 Телефон: (312) 54 94 60
 Тираж 200 экз.

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

ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ

Калиев Р.Р.

Рациональные подходы к управлению гломерулонефритами.....5

ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Акышбаева К.С., Трумова Ж.З., Джумабаева С.М.

Социально-медицинская характеристика лиц, анонимно обследованных на ИППП/ВИЧ-инфекцию.....12

Джумагулова А.Ш., Саркина А.К., Фесенко Н.В., Ибраева Ж.Б., Багиева А.

Клинико-эпидемиологические особенности кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015 гг.....15

Жумабеков А.И.

Современное состояние ортодонтического звена стоматологической службы в Кыргызской Республике (на примере зуботехнических лабораторий).....18

Кулушова А. Н., Акбарова Г.М., Молдобаева М.С.

Внедрение метода хелик-теста для изучения инфицированности Нр инфекцией у студентов Кыргызской государственной медицинской академии.....23

Кушубеков Д.К., Асанбаева Э.М.

Факторы, влияющие на процесс адаптации к учебному процессу у студентов 1 и 2 курсов Кыргызской государственной медицинской академии.....26

Разаева У.М., Кульбаева Г.Б.

Профессиональная направленность на занятиях по русскому языку (медицинские термины)30

Хожаев А.А.

Проблемно-ориентированное обучение в медицинском образовании по дисциплине «Онкология».....33

Шаяхметов Д. Б., Альжанова А.М.

Медико-социальные аспекты как факторы риска возникновения заболеваний слюнных желез у жителей Кыргызской Республики.....37

Шекера О.Г., Царенко А.В.

Опыт Украины в сфере последипломной подготовки врачей общей практики-семейных врачей по вопросам паллиативной помощи населению.....40

Шумская Н.А., Мадыбаева Д.М.

Оценка информированности молодежи о социально-значимых заболеваниях (ВИЧ, ИППП и туберкулез), репродуктивном здоровье и последствиях рискованного поведения в крупных городах Кыргызстана.....45

Яковлева Л.В., Кириченко О.Н., Кириченко А.А.

Оценка обеспеченности больных сахарным диабетом препаратами инсулинов в Украине.....52

ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

Акимов М., Сатыбалдиев М.А., Тулекеев Т.М.

Микроанатомия лимфангионов лимфатических сосудов сердца человека.....55

Гайворонская Ю.Б.

Распределение гладкомышечных клеток (миоцитов) в стенке выносящих лимфатических сосудов трахеобронхиальных лимфатических узлов у новорожденных и детей до 3 лет.....59

Токтогазиев Б.Т., Айдарбекова З.М.

Ультраструктура нефронов почек у неадаптированных и адаптированных животных

при обезвоживании в условиях высокогорья.....	63
ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ	
Аманова А.М. Этиология и факторы риска замершей беременности.....	66
Болотбек кызы Бактыгул Особенности гинекологической патологии у женщин пожилого и старческого возраста.....	69
Маматова Н.Э. Результаты исследования качества жизни у женщин с пролапсом гениталий.....	72
Омуркулова Г.С., Мусуралиев М.С. Влияние инновационного метода оперативного родоразрешения на новорожденных при цефалопельвической дистонии.....	76
ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ	
Асаналиев М.И. Анализ ранней послеоперационной летальности у больных с сочетанной коронарной и клапанной болезнью сердца	80
Бакиридин кызы Ж., Керимкулова А.С., Байрамукова А.А., Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М. Мерцательная аритмия: факторы риска и причины развития.....	83
Даминов Ч.С., Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С., Токтосопиев Ч., Алтынбекова А.А. Влияние применения физиотерапии в ранний восстановительный период на качество жизни больных после абдоминальных операций.....	87
Джумагаева А., Турузбекова Б., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р. Хронический кардиоренальный синдром в сочетании с ХОБЛ.....	92
Ким Т.М., Артыкбаева А.К. Новые технологии в диагностике туберкулеза с лекарственной устойчивостью.....	95
Оморов Т.Б. Особенности течения послеоперационного периода у больных проживающих в условиях высокогорья.....	98
Свиштушкин В.М., Егоров В.И., Мустафаев Д.М., Рагимов А.А., Волкова К.Б., Кузнецов О.Е. Наш опыт лечения папилломатоза гортани.....	101
Солодченко Н.В., Исламов И.М., Насыров В.А. Клиника, диагностика и лечение сфеноидитов.....	105
ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Нурбаев А.Ж., Калыбаев С.А., Эркинбеков И.Б. Оценка качества ранее изготовленных зубных протезов у лиц пожилого и старческого возраста.....	110
Токтосунова С.А., Мамытова А.Б., Сулайманкулова С.К. Рентгенологические показатели при использовании нано раствора золота с целью замещения костных дефектов челюстей после околокорневых кист.....	113
ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	
Мамаджанов Б.Б., Мукашев М.Ш. Структура и частота насильственной смерти, зарегистрированных в органах ЗАГС г. Ош.....	116

СОДЕРЖАНИЕ

Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э.

Динамика содержания гормонов и морфофункциональных изменений гипофиза при черепно-мозговой травме различной давности.....120

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Алиев М.Ж.

Способ клиничко-лабораторно-морфологического обоснования антипаразитарной обработки при эхинококкозе печени.....123

Анаркулов Б.С., Джумабеков С.А., Шамбетов Ж.З., Омурбеков Т.О.

Анализ детского травматизма в Кыргызской Республике.....127

Байгазаков А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаев Ж.Т., Шадиев Р.А.

Современные малоинвазивные технологии: дезартеризация геморроидальных узлов в лечении хронического геморроя с сопутствующей анальной патологией.....134

Болоткан уулу Н., Айтназаров Э.Т., Джумабеков С.А.

Отдаленные результаты эндопротезирования коленного сустава.....137

Касенов А.С.

Эффективность профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений.....142

Мадаминов Э.М.

Гемодинамика печени у больных эхинококкозом после абдоминализации фиброзной капсулы.....145

Оморев Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Айткеев А.У.

FAST TRACK SURGERY: опыт ведения хирургических пациентов желчекаменной болезнью.....148

Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т., Мамбетов А.К., Шералиев Т. У., Алимбеков Б.

Коррекция постгастрорезекционной энтеральной недостаточности (III-степень) при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.....151

Ташматов А.

Динамика обращаемости населения с переломами длинных костей скелета в БНИЦТО.....155

Эшматов А.Р.

Количественный и качественный анализ гнойно-воспалительных ран конечности.....159

ВОПРОСЫ ФАРМАЦИИ

Яковлева Л.В., Герасимова О.А., Кузнецов И.Э., Горбачева А.С.

Фармакоэкономическая оценка фармакотерапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.....165

ПАМЯТЬ

Шаршеев Ашир Шаршеевич.....169

РАЦИОНАЛЬНЫЕ ПОДХОДЫ К УПРАВЛЕНИЮ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТАМИ

Калиев Р.Р.

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

Резюме. С позиции современной нефрологии рассмотрены рациональные подходы по ведению пациентов с гломерулонефритами.

Ключевые слова: гломерулонефриты, нефротический синдром, биопсия почки, протеинурия, скорость клубочковой фильтрации.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТТИ БАШКАРУУДАГЫ КЕРЕК КЫЛЧУ ЖОЛДОР

Калиев Р.Р.

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

Кортунду. Учурдагы нефрологиянын атынан гломерулонефрит менен ооруган бейтаптарды башкаруудагы жолдор каралып чыкты.

Негизги сөздөр: гломерулонефриттер, нефротикалык синдром, бөйрөктү биопсиялоо, заарадагы белок, түйдөкчөдөн чыпкалоо ылдамдыгы.

RATIONAL APPROACHES TO THE MANAGEMENT OF GLOMERULONEPHRITIS

Kaliev R.R.

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

Resume. From the perspective of modern nephrology considered guidelines for management of patients with glomerulonephritis.

Keywords: glomerulonephritis, nephrotic syndrome, renal biopsy, proteinuria, glomerular filtration rate.

Есть ряд общих принципов управления клубочковых повреждений, которые применяются среди большей части или при всех гистологических вариантах заболевания [1, 2, 8].

Биопсия почек. Ренальная биопсия для диагностики патологий почек является обязательной. Она выявляет морфологические изменения структур при гломерулонефритах (ГН). Единственным исключением из этого правила является стероид-чувствительный нефротический синдром (НС) у детей. Данное понятие имеет клиническое оперативное значение, что является достаточно надежным для выбора начальной терапии, тогда как биопсия почек может быть задействована для идентификации патологии в случае, когда клинический ответ окажется атипичным.

Адекватность биопсии почек

Имеются два компонента с точки зрения оценки адекватности, полученного образца ткани. Первый касается размера биоптата, необходимого для диагностики или исключения специфической гистопатологической картины с разумной степенью уверенности, а второй – количества ткани, которое подходит для надежного подсчета, имеющих признаки, острого или хронического повреждения.

В некоторых случаях возможна диагностика при исследовании единственного клубочка (например, мембранозной нефропатии), но обычно требуется больше ткани для обеспечения полноценной оценки нефропатологом гломерул, канальцев, интерстиция и сосудистой части почки. Наконец, достаточное количество ткани нужно не только для световой микроскопии, но и для иммуногистохимической окраски, что выявляет иммунные маркеры (в т.ч. иммуноглобулины и компоненты комплемента), и электронной микроскопии для точного

определения места, размера и потенциала, специфических характеристик иммунных депозитов. Признается, что электронная микроскопия не доступна как рутинный метод, но дополнительная информация, определяемая с ее помощью, может влиять на терапевтическое решение и поэтому она рекомендуется, где это возможно.

При ряде заболеваний, например, некротизирующем ГН и фокально-сегментарном гломерулосклерозе (ФСГС), ассоциированном с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами (АНЦА), изменения могут быть обнаружены в отдельных сегментах некоторых клубочков. В таких случаях важно, для того чтобы не упустить, анализировать биоптат светооптически на нескольких уровнях. Если повреждения затрагивают только 5% гломерул, то для их обнаружения с 95% уверенностью надо иметь в биоптате свыше 20 клубочков [3]. Хотя на деле многие биопсийные ткани имеют меньше клубочков, важно понимать, что это ограничивает диагностическую точность, особенно когда поражен фокус и/или сегмент гломерул.

Важным компонентом изучения биоптата почек является оценка «активности», которая свидетельствует об остроте процесса и потенциальной обратимости на фоне специфической терапии, и «хроничности», что удостоверяет необратимость патологии и отсутствие перспективы для лечения. Когда гломерулы сморщиваются, то в оставшейся части нефрона развивается интерстициальный фиброз, поэтому ГН с хроническими необратимыми повреждениями очень легко выявить по количеству атрофированных канальцев. Аккуратность подобной оценки зависит от размера биоптата. Несомненно, выводы о хроничности изменений всегда должны толковаться вместе с клиническими данными для устранения ошибки и это особенно важно,

если в биоптате представлен зарубцевавшийся участок коркового слоя почек. Количество информации, которое может быть получено при изучении почечной патологии заметно варьирует в зависимости от типа ГН.

Повторные биопсии почек

Повторные биопсии почек могут быть информативными во время терапии или после рецидива. Нет, каких либо систематических доказательств в поддержку рекомендации, когда или как часто необходимо повторять биопсию, но учитывая инвазивный характер процедуры и низкие, но неизбежные риски, ее следует использовать с осторожностью. В целом решение о важности повторной биопсии должно определяться необходимостью в коррекции терапии. Говоря более конкретно, следует повторить биопсию:

- когда отмечается неожиданное ухудшение функции почек (несопоставимое с естественным течением), что предполагает возможность изменения первичного заболевания или наложения другой патологии (например: развитие полунного ГН на фоне мембранозной нефропатии или вторичного интерстициального нефрита на лекарства, применяемых для лечения болезни);

- если изменения в клинике или лабораторных параметрах предполагает трансформацию характерных повреждений в пределах того же диагноза (например: конверсия мембранозного волчаночного нефрита в диффузный пролиферативный волчаночный нефрит);

- когда относительный вклад клинической картины заболевания не позволяет оценить активность и хроничность, что создает терапевтическую неопределенность в отношении активизации, сохранения или редукции терапии;

- для оказания помощи при определении «точки невозврата» и терапевтической бесперспективности (то есть, когда могут быть такие обширные и необратимые склеротические процессы в почках, которые свидетельствуют, что положительных реакций не будет на доступные методы лечения).

Оценка почечной функции

Измерение основных результатов контроля над ГН включают анализ почечной функции, особенно оценку протеинурии и скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

Протеинурия

Являются ли предпочтительными измерения экскреции альбумина или белка с мочой для оценки повреждений клубочков продолжает быть предметом дискуссий. Тем не менее, 24-часовая белковая экскреция остается референсным методом («золотым стандартом») для количественной оценки протеинурии у больных с ГН. Это в среднем вариации протеинурии, обусловленные циркадным ритмом, физической активностью и осанкой. Почти все опубликованные клинические испытания для оценки ответов на вмешательства применяли 24-часовое измерение протеинурии. Из-за того, что метод подвержен ошибкам из-за излишнего или недостаточного сбора, одновременное измерение в моче креатинина помогает стандартизировать сбор с точки зрения полноты, тем самым улучшая его надежность.

Отношение белка к креатинину (ОБКМ) или альбумина к креатинину в случайных образцах мочи

являются практической альтернативой 24-часовому сбору мочи [4]. Это все шире используется в клинической практике, потому что отдельный образец легко получить, не влияя различия в потреблении воды или скорость потока мочи. Хотя могут быть гендерные и расовые вариации генерации креатинина, которые пока не учитываются. Существует корреляция между соотношением белков к креатинину в случайных пробах мочи и суточной экскрецией белков. Однако надежность оценки ОБКМ для мониторинга протеинурии во время лечения до сих пор не доказана, она имеет практическую клиническую пользу, особенно среди детей. В некоторых последних исследованиях были собраны образцы мочи в течение более длительного периода (например, за 4 часа) для устранения недостатков в «случайных» пробах мочи, которые могут зависеть от физической активности и суточной ритмики, которых нет при 24-часовом сборе мочи [53]. Корреляция с 24-часовыми пробами мочи неуклонно улучшается с удлинением периода сбора. Однако пока в настоящее время нет достаточных оснований, для того чтобы рекомендовать заменить 24-часовой сбор, пробами за короткий период времени или в небольшом количестве мочи для управления ГН.

Традиционными признаками НС, которые следуют из опубликованных работ, являются протеинурия >3.5 г за 24 часа (у детей ОБКМ >200 мг/ммоль [>2 г/г] или >300 мг/дл или 3+ по тест полоске) в сочетании с гипоальбуминемией и отеками. Протеинурия нефротической величины почти всегда произвольно определяется как протеинурия >3.5 г/24 ч [ОБКМ >200 мг/ммоль] [>2 г/г] у детей) при клиническом отсутствии явного НС. Бессимптомной протеинурией по определению принимается отсутствие клинических симптомов и переменная протеинурия в пределах 0.3 – 1.5 г в течение 24 часов (или эквиваленты). Лечебные испытания даже в рамках тех же самых образцов ГН используют разнообразные критерии для включения на основе тяжести протеинурии. Это только одна из проблем, которые затрудняют прямое сравнение результатов соответствующих исследований. Тем не менее, количественная оценка протеинурии (и возможно даже анализ качественного характера) является важной мерой в области изучения пациента с ГН. Это актуально почти при всех первичных и вторичных клубочковых заболеваниях. Также важно и необходимо определить при каждой из известных типов ГН, каковы уровни и величина изменений протеинурии для классификации риска прогрессирования и определения ответа на вмешательства. Указанные параметры не являются однородными и широко варьируют по всему спектру ГН. В настоящее время нет достаточных оснований для разработки рекомендаций по методам лечения на основе более подробного качественного анализа протеинурии, например фракционного измерения экскреции иммуноглобулина G (IgG), β -2 микроглобулина и макроглобулин α -1.

Оценка скорости клубочковой фильтрации

Большинство, из имеющихся доказательств, применяемых для лечения ГН, было основано на оценке выделительной функции почек с помощью креатинина сыворотки (КрС) или клиренса креатинина (КлКр), требующего сбор суточной мочи. Очень мало исследований

сообщают о золотых стандартах измерения СКФ, а именно с помощью инулина или радиоизотопных клиренс методах. Другие методы, используемые в последних исследованиях, включают корректировки КрС в зависимости от возраста, веса и пола с помощью формулы Кокрофта-Голта и реципрокные или \log преобразования КрС. Все эти методы имеют недостатки, но информативны, когда измерения производятся последовательно по каждому субъекту.

Недавняя оценка СКФ с помощью уравнения из работы по модификации диеты при почечной болезни (MDRD) 4, получает все большее признание. Тем не менее, была предложена новая расчетная формула - СКД Ері, которая может быть более точной, чем уравнение MDRD. Этническая принадлежность может также влиять на расчетную скорость клубочковой фильтрации (рСКФ). Имеются не проверенные доказательства о превосходстве для управления ГН любого из доступных методов оценки СКФ над другими. Одно ограничение — что рСКФ, с помощью формул на основе креатинина следует интерпретировать с осторожностью при НС, когда обработка канальцами креатинина изменена. В результате при НС КлК и рСКФ могут переоценить истинную СКФ на 50% или более [6].

Оценка исходов

Полная ремиссия, терминальная почечная недостаточность и смертность

Окончательная оценка эффективности лечения при ГН требует демонстрации предупреждения терминальной стадии почечной болезни (ТПН), и снижение уровня смертности. Очень мало исследований ГН были достаточной продолжительности или проанализировали приемлемое количество пациентов, чтобы уточнить данные показатели. Это не удивительно, учитывая медленное естественное течение многих гистологических вариантов ГН. Другим распространённым методом анализа исходов для многих из этих патологий является полная ремиссия, исчезновение аномальной протеинурии (< 300 мг в сутки). В то же время в ряде исследований полагаются на другие суррогаты как предикторов клинических исходов. К ним относятся колебание протеинурии, например, частичная ремиссия протеинурии, изменение почечной функции, «точка не возврата», качество здоровья и жизни.

Изменение протеинурии

Количественные сдвиги протеинурии представлены в большинстве работ. Они классифицируются как полная ремиссия, когда протеинурия находится <0.3 г за 24 часа (ОБКМ <30 мг/ммоль) или частичная ремиссия, если экскреция белка >0.3 до <3.5 г за 24 часа или при снижении протеинурии, по крайней мере на 50% от начального значения, и не превышает 3.5 г в течение 24 часов. Здесь следует отметить, что определения разных состояний протеинурии различаются даже в рамках одной специфической формы ГН.

Изменение функции почек

О нарушениях почечной функции можно судить по колебанию КрС или КлК. Они должны быть существенными для того чтобы говорить об истинном прогрессировании заболеваний, например, удвоение КрС, или спад в два раза КлК или рСКФ. Это связано с тем, что основная масса пациентов с ГН имеют постепенные

изменения в работе почек, которые зависят помимо природы самого заболевания от влияния множества модифицирующих КрС факторов. К последним могут быть отнесены изменения внутрисосудистого объема, интеркуррентные заболевания, коморбидные состояния и множество лекарств. Кроме того имеются специфические проблемы, связанные с уровнем КрС, а не самой болезнью, т.е. используемые методы измерения, величина мышечной массы, изменения потока мочи и уровня почечной функции, поскольку оба нарушают канальцевую секрецию креатинина. В более поздних исследованиях были зарегистрированы изменения в рСКФ с течением времени. В отсутствие ТПН как известного неблагоприятного исхода, падение КлК или рСКФ могут стать адекватными и надежными маркерами изменения почечной функции, обеспечивая достаточными данными последовательные временные точки, и что такой спад достаточно линейный [7].

Колебания СКФ часто описывается качественно как «ухудшение» или «быстрое падение» почечной функции. Между тем данные термины страдают неточностью, используются обычно при некоторых гистологических категориях, таких как васкулиты и волчаночные нефриты. Они носят описательный характер, а значение конкретной терапии следует оценить должным образом только тогда, когда сравнивается с другой группой с подобными клиническими и гистологическими характеристиками, а также в условиях рандомизированных контролируемых испытаний (РКИ).

«Точка не возврата»

Эта концепция не имеет точного определения, но описывает ситуацию в естественной эволюции хронических клубочковых заболеваний, когда потеря функции почек сопровождается такими экстенсивными и необратимыми повреждениями почек, что любая терапевтическая стратегия бесполезна (терапевтическая фатальность). Предполагают, что подобных пациентов надо исключать из клинических испытаний, поскольку они будут «нереспондерами» и повлияют негативно на эффект лечения и мощность исследования. Кроме того, есть мнение: такие субъекты со сниженной функцией почек могут быть более подвержены к высокому риску побочных эффектов терапии, что проходит проверку. В отсутствие точных определений «точки невозврата» невозможно знать, в большинстве опубликованных исследований, могут ли включение таких больных маскировать любой положительный терапевтический эффект.

Качество жизни и здоровья

Собственное восприятие пациентами качества их жизни и здоровья, а также их предпочтения, являются чрезвычайно важными элементами для оценки терапии, но часто они недооцениваются и/или используются не измеряемые параметры при анализе многих клинических работ. Это особенно актуально при рассмотрении анализа риска-пользы мероприятий, который включает краткосрочный и долгосрочный перспективы вреда иммуносупрессивного лечения. Но даже здесь, не учитываются будущее для пациента в связи с реальным или предполагаемым влиянием на качество их жизни. Отсутствие таких данных является существенной брешью

в доказательствах при оценке исследований, связанных с управлением ГН.

Влияние возраста, пола, этнической принадлежности и генетического фона

Мало опубликованных РКИ по лечению ГН. Многие из них были небольшими по размеру, короткой продолжительности наблюдения и разного качества. Это привело к неопределенности в отношении обобщения. Они не продемонстрировали преимущества (или отсутствие эффективности) любого лечения, когда затем возникала необходимость в подборе терапии больных, которые относились к различным этническим группам, и/или разным возрастам или полу, по сравнению с теми, которые были включены в опубликованные исследования.

Между тем пока не хватает РКИ с достаточной статистической мощностью, которые были бы посвящены анализу редких побочных эффектов терапии. И так, еще не совсем ясно, но нельзя исключить, что в будущем появятся новые взгляды на эти и другие вопросы по фармакогенетическим вариациям, которые могут существенно изменить фармакокинетику и/или фармакодинамику иммуносупрессивных и других агентов. Ранние свидетельства предполагают, что такие генетические признаки могут изменить клинические исходы [8]. Однако стоимость подобных фармакогенетических тестирований нуждаются в изучении, поскольку еще мало надежных доказательств того, что эти факторы смогут изменить лечение ГН.

Управление осложнениями гломерулярных заболеваний

Ряд осложнений болезней гломерул является следствием скорее клинических особенностей, а не конкретных гистопатологических вариантов. Активное управление такими осложнениями — хотя и не предмет обзора доказательств в этой лекции — всегда должны рассматриваться, и могут оказать значительное положительное влияние на естественное течение болезни. Они включают меры по лечению артериальной гипертензии (АГ), редукции протеинурии, контроля над отеками и направленные на другие метаболические и тромбофилические последствия НС, которые могут привести существенному ухудшению морбидности и даже к смерти. Если успешно, эти относительно нетоксичные виды терапии могут помешать — или, по крайней мере, смодулировать — необходимости назначения иммуносупрессивных препаратов с их потенциальными негативными последствиями. Обычно в такой поддерживающей терапии нет необходимости при стероид чувствительной болезни минимальных изменений (БМИ) с быстрой ремиссией или у больных с ГН и исключительно микроскопической гематурией, когда сохраняется СКФ без протеинурии и АГ. Последний пример является достаточно распространенным сценарием, например, при IgA нефропатии.

Ведение артериальной гипертензии

Как и при всех хронических болезнях почек (ХБП) целью контроля артериального давления (АД) является защита от кардио-васкулярных рисков АГ и задержка от прогрессирующей потери СКФ. Изменения образа жизни (ограничение соли, нормализация веса, регулярные

физические упражнения и прекращение курения) должны быть неотъемлемой частью терапии для контроля АД.

Идеальное АД твердо не установлено, но современные рекомендации предполагают, что цифра 130/80 мм рт. ст. может быть принята как цель для терапии, а 125/75 мм рт.ст. - если есть протеинурия >1 г/сут [9,10].

Нет специфических доказательств, дающих обоснования рекомендации при ГН о предпочтительных значениях систолического и диастолического АД, или о сроках измерения АД. Есть строгие теоретические и экспериментальные доводы для ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента (иАПФ) и блокаторов ангиотензиновых рецепторов (БРА), чтобы отнести их первыми к терапии выбора [11]. Теперь это хорошо документировано в клинических исследованиях [12]. Дети с ГН должны иметь АД ниже 50-й перцентили от систолического и диастолического уровней, опубликованных [13-15] или локально доступных стандартов для соответствующего возраста и пола.

Контроль протеинурии

Большинство исследований показывают, что прогрессирующая потеря функции почек, отмечена при многих гломерулярных заболеваниях, и она во многом может быть предотвращена, если протеинурию удастся сократить до уровня ниже 0,5 г/сут. Уменьшение протеинурии имеет большое значение, поскольку оно отражает контроль основного заболевания, редукцию внутривенной гипертензии, а также нивелирование повреждений подоцита, которые, вероятно, являются основными факторами, приводящими к склерозированию клубочков [16]. Протеинурия или факторы, присутствующие в протеинурической моче также могут быть токсичными для канальцев и интерстиция. При НС уменьшение протеинурии до субнефротического диапазона часто приводит к элевации нормальных сывороточных белков (особенно альбумина). Данная элевация белков, в свою очередь, снимает многие симптомы у пациента, а также метаболические осложнения НС, улучшая качество жизни.

Антипротеинурическими агентами выбора являются иАПФ или БРА, которые способны привести в зависимости от дозы к сокращению протеинурии до 40-50%, особенно в том случае, если пациент соответственно ограничивает в диете соль. Есть мало данных, что иАПФ отличаются от БРА в этом отношении. Однако сочетание этих двух препаратов может привести к дополнительной антипротеинурической активности, хотя имеются противоречивые сведения относительно соотношения риска выгоды этой стратегии, особенно если СКФ снижается значительно. Поскольку иАПФ и БРА снижают СКФ на 10-20%, часто наблюдается рост КрС. Если КрС не растет дальше, то его прежнее умеренное увеличение отражает влияние на показатели гемодинамики почек, а не ухудшение болезни и не должно быть показанием для быстрой отмены лекарства.

Пациент с протеинурией должен адекватно обеспечиваться пищевыми белками (0.8-1.0 г/кг ежедневно) и с высоким количеством углеводов для максимальной утилизации, принятых белков. Когда отмечается очень тяжелая протеинурия, то количество

белка, которое теряется с мочой, следует восполнять диетическим белком из расчета грамм на грамм.

Ведение гиперлипидемии

Лечение гиперлипидемии у больных с болезнями клубочков обычно должно следовать принципам, которые применяются к тем с высоким риском развития сердечно-сосудистых заболеваний. Это наиболее уместно среди пациентов, у которых проявления заболевания не может полностью пройти и когда сопутствуют другие риск факторы кардиоваскулярных заболеваний, наиболее часто АГ и протеинурия. Диетические ограничения только жиров и холестерина имеет умеренный эффект на гиперлипидемию при заболеваниях гломерул, особенно при НС. Статины (ингибиторы HMG CoA редуктазы) переносятся хорошо и эффективно корригируют липидный профиль, хотя еще нет доказательств в отношении нефротических сердечно-сосудистых событий. Это также справедливо, что касается использования статинов для предупреждения снижения СКФ. Особый контроль требуется тогда, когда статины применяются в комбинации с другими лекарствами, которые могут увеличить риск миалгии/миозитов, например ингибиторы кальцинейрина.

Управление нефротическими отеками

Основной поддерживающей терапии являются диуретики вместе с умеренным ограничением натрия (до 60-80 ммоль [1.5-2 г] за 24 часа). Нефротические пациенты часто резистентны к диуретикам даже тогда, когда СКФ находится в пределах нормы. В таких случаях предпочтительны оральные петлевые диуретики с одно- или двухкратным назначением, поскольку легко осуществимы и наблюдается больше терапевтического эффекта по сравнению с интравенозным способом. Однако при тяжелом НС, желудочно-кишечная абсорбция мочегонных средств может быть неопределенной из-за отека кишечной стенки и в/в болюсные введения или инфузии, станут необходимыми для повышения эффективности диуреза. Между тем комбинация петлевых диуретиков с тиазидами или с метолазоном нередко полезна даже при оральном приеме, что позволяет преодолевать «диуретическую резистентность». Для лечения резистентных отеков парентеральные инфузии альбумина можно сочетать с диуретиками, но пока нет доказательной базы подобной тактики. Иногда при устойчивых отеках требуется механическая ультрафильтрация.

Значительная гиповолемия редкая клиническая проблема, при условии, что идет контролируемое и постепенное удаление жидкости, но дети и пожилые пациенты предрасположены к данному осложнению. У пожилых людей с наличием сахарного диабета и АГ повышена вероятность гиповолемического шока и острого ишемического почечного повреждения.

Менеджмент за предрасположенностью к гиперкоагуляции

Риск тромботических событий становится более значительным при падении уровня альбумина сыворотки крови ниже 2.5 г/дл (25 г/л). Ограничение движения из-за отеков, ожирение, интеркуррентные заболевания или госпитализации в хирургический госпиталь могут вызвать дальнейшее отягощение риска тромбозов. Профилактическое назначение низкой дозы антикоагулянта

(например, гепарина по 5000 ед подкожно дважды в сутки) является обычной практикой на время высокого риска. В случае документированного артериального, венозного тромбоза или эмболии легкого являются оправданными профилактические полные дозы таких антикоагулянтов, как низкомолекулярный гепарин или варфарин. Такая тактика должна рассматриваться если концентрация сывороточного альбумина опускается ниже 2.0-2.5 г/дл (20-25 г/л) при наличии одного или большего числа следующих факторов: протеинурия >10 г/сут.; индекс массы тела (ИМТ) >35 кг/м²; наследственный семейный анамнез по тромбозам с документированной генетической предрасположенностью; III или IV класс застойной сердечной недостаточности по New York Heart Association (NYHA); недавнее абдоминальное или ортопедическое хирургическое вмешательство; или пролонгированная иммобилизация. Противопоказаниями к профилактической антикоагулянтной терапии являются: отказ пациента от сотрудничества; кровотечение; предшествующее желудочно-кишечное кровотечение; изменения со стороны центральной нервной системы с предрасположенностью к гемorragиям (аневризма или опухоль мозга); или генетические аномалии, влияющие на метаболизм и эффективность варфарина.

В период начальной терапии могут потребоваться дозы, заметно превосходящие, чем средние. Это обусловлено тем, что действие гепарина частично зависит от антитромбина III, который у нефротического больного теряется с мочой и его концентрация снижается в плазме крови. Варфарин предпочтителен для долгосрочного лечения. Однако доза препарата должна специально контролироваться, тем более есть вероятность нарушений связывания препарата в условиях флюктуации сывороточных белков у пациента с НС. При этом целевое значение международного нормализованного отношения (МНО) обычно рекомендуется поддерживать в диапазоне 2-3, хотя еще нет специфических доказательств в поддержку данного утверждения.

Управление риска инфекции

Повышенная клиническая настороженность в отношении возникновения инфекции жизненно необходима для нефротических пациентов. Это особенно важно нефротическим детям с асцитом, у которых асцитическую жидкость следует изучить микроскопически и направлять на посев для исключения спонтанного бактериального перитонита. Бактериemia возможна, даже если клинические признаки локализованы в брюшной полости. Показатели СОЭ обычно не помогают, но подъемы концентрации С-реактивного протеина могут быть информативными. Парентерально антибиотики следует начинать после взятия посева на культуру и в схему надо включить бензилпенициллин (для лечения пневмококковой инфекции). При возникновении повторных инфекций, в сыворотке крови следует измерить иммуноглобулины. Поскольку имеются ограниченные доказательства в пользу того, что при значении сывороточного иммуноглобулина G менее чем 600 мг/дл (6 г/л) риск инфекции снижается при назначении ежемесячно интравенозно иммуноглобулина по 10-15 г для поддержания содержания иммуноглобулина G > 600 мг/дл (6 г/л) [17].

Лица с ГН и НС имеют повышенный риск инвазии пневмококковой инфекции и должны подвергаться пневмококковой вакцинации гептавалентной конъюгированной вакциной (7vPCV) и 23-валентной полисахаридной вакциной (23vPCV), а также ежегодно - противогриппозной вакциной. Противоинфекционный ответ, кажется, не нарушается при конкурентной терапии кортикостероидами. Вакцинация живыми вакцинами (кори, эпидемического паротита, краснухи, ветряной оспы, ротавирусной инфекции) противопоказаны до тех пор пока иммуносупрессивные и цитотоксические агенты не будут отменены или доза преднизолона станет < 20 мг/сут. и/или срок воздержания от иммуносупрессивных средств по крайней мере не превысит 1-3 месяцев. Контакты с ветряной оспой потенциально опасны для жизни, особенно у детей. Для лечения необходимо давать иммуноглобулин от опоясывающего лишая в случае контакта и начинать противовирусную терапию ацикловиром или валацикловиром при первых признаках ветряной оспы [18].

Применение кортикостероидов и иммуносупрессивной терапии

Терапевтические решения врача должны постоянно строиться с учетом риска и пользы от лечения. Врач в идеале стремится к режиму лечения, который снижает риск до минимума иммуносупрессивной терапии, минимизирует непосредственную морбидность (например, вызов ремиссии НС) и предотвращает прогрессирование заболевания. В то же время врач также должен понимать, что может потребоваться более пролонгированное иммуносупрессивное лечение из-за известной долгосрочной угрозы, для предупреждения ТПН, сокращающей продолжительность жизни, и которое будет особенно необходимо после трансплантации почки. Фокус при лечении хронических ГН изменяется от лечения к контролю, например, знание краткой и долгосрочной пользы при редукции протеинурии (в дополнение к положительным сдвигам с полной ремиссией). Данная парадигма по возможности распространяется более широко (или повторно) на дополнительные режимы лечения, не исключающие контакта с токсическими агентами.

Побочные эффекты

Потенциальные нежелательные эффекты иммуносупрессивной терапии всегда должны быть обсуждены с пациентом и членами семьи перед началом лечения. Риск лечения многими агентами является существенным и может иметь большой латентный период (например, циклофосфамид). Необходим баланс наносимого удара между потенциальным риском иммуносупрессивного лечения для ГН, и серьезностью состояния пациента. Однако, известно, что продвинутая ХБП – и, особенно, ТПН – сопровождаются со значительным укорочением продолжительности жизни даже на диализе или после трансплантации, баланс риска и пользы со временем должна быть рассмотрена. Однако, учитывая, что далеко зашедшей ХБП — и, в частности, ТПН — ассоциируется со значительным сокращением продолжительности жизни даже на диализе или трансплантации, должны своевременно быть рассмотрены балансы риска и пользы. Врач должен знать данную проблему и доказательства для лечения слабого

(но потенциально изменяющего жизнь) и риски сильного вреда. Их полное раскрытие является оправданным. Индивидуальные восприятия больного, в том числе приемлемость любых неблагоприятных воздействий, могут сильно влиять на решение (например, возможность появления гирсутизма при терапии циклоспоринами является мало приемлемой для молодых женщин, чем старым мужчинам). То, что может рассматриваться как возможный компромисс для врача, не будет устраивать пациента, поскольку ведет к проблеме за соблюдением режима терапии

При более интенсивной иммуно-супрессивной схеме может возникать потребность в профилактике возможных негативных последствий. Типичными примерами являются использования профилактических антибиотиков для сведения к минимуму оппортунистических инфекций и антагонистов H_2 -рецепторов или ингибиторов протонной помпы для предотвращения пептических язв. Два других важных примера касаются использования бисфосфонатов (исключение наличие почечной недостаточности) для сведения к минимуму потерю плотности костной ткани во время длительного лечения кортикостероидами и необходимости предоставления возможности для консервации спермы или яйцеклетки до лечения гонадотоксичными агентами (циклофосфамидом или хлорамбуцилом).

Мониторинг лекарств

К иммуносупрессивным агентам с узким терапевтическим индексом относятся ингибиторы кальцийнейрина (циклоспорин и такролимус) [19,20]. Нет РКИ, которые бы сравнивали ответ ГН на достижение различных концентраций данных препаратов. Дозы и целевые уровни основаны на сложившейся практике при трансплантации почки. Основная цель контроля является избегать токсичности из-за высокой концентрации медикаментов при сохранении эффективности. Последнюю можно часто оценить по снижению протеинурии, которое иногда может быть достигнуто при допустимо низком уровне в крови ингибиторов кальцийнейрина, что можно рассматривать субтерапевтической дозой для трансплантации солидного органа. Нет никаких доказательств по значениям, полученным при мониторинге уровня микофеноловой кислоты при лечении ГН.

Беременность у женщин с гломерулонефритами

У женщин детородного возраста должны рассматриваться риски беременности. Эти вопросы включают токсичность, особенно в первом триместре, иммуносупрессивных агентов, иАПФ и блокаторов рецепторов ангиотензина II, а также опасность для матери и плода, исхода беременности при неконтролируемом протеинурическом состоянии. Существует также риск рецидива волчаночного нефрита, как во время, так и после беременности.

Расходы на лечение и связанные с этим вопросы

Данные принципы ведения ГН, научно обоснованы и могут использоваться врачами разных специальностей. Большинство рекомендованных препаратов доступно по относительно низким ценам. К ним относятся преднизолон, азатиоприн и циклофосфамид в таблетках. Мониторинг

(например, путем регулярных проверок в крови) также является дешевым и должны быть внедрены.

Стоимость некоторых агентов (например, ингибиторов кальциейрина и микофенолата) остается высокой, но разработка и маркетинг генерических агентов и биосимиляров теперь быстро сокращает затраты. Тем не менее, необходимо позаботиться о том, чтобы обеспечить, что вариации в биодоступности этих менее дорогих универсальных агентов не снижали эффективность или безопасность.

Плазмаферез остается недоступной широкому кругу пациентов, что обусловлено не только высокой стоимостью, но и ограничениями в возможности замены жидкостей (включая человеческий альбумин и свежезамороженную плазму), а также расходами на оборудование и персонал.

Некоторые виды лечения, как потенциальной терапии «спасения» (например, ритуксимаб) остаются слишком дорогими [21]. Это является еще одним свидетельством настоятельной необходимости исследовательских процессов, которые будут обеспечивать надежными доказательствами их эффективности. Неопределенность относительно значения таких дорогостоящих агентов также будет смягчаться при наличии всеобъемлющих национальных или международных реестров, корректного сбора полноценных данных об использовании подобных агентов, но, к сожалению их пока нет.

Рецидив гломерулонефритов после трансплантации

Эволюция всех гистологических вариантов ГН (за исключением БМИ) после трансплантации обсуждались периодически различными исследователями. Они не исключали рецидивы в пересаженном органе. ГН являются одним из частых причин пересадки почек. В настоящее время есть не проверенные стратегии для предотвращения повторных ГН среди реципиентов почки. Несмотря на высокий уровень рецидива исходных заболеваний в пересаженной почке долгосрочная выживаемость пациентов остается хорошей. Поэтому трансплантация считается лучшим вариантом лечения у пациентов с ТПН, вызванных ГН.

Литература

1. Мухин Н.А. Концепция персонифицированной медицины и клиническая нефрология. *Клин Нефрология* 2013; 1: 9-13.
2. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis (GN). *Kidney Int.* 2012; 2 (2): V-274.
3. Corwin H.L., Schwartz M.M., Lewis E.J. The importance of sample size in the interpretation of the renal biopsy. *Am J Nephrol.* 1988; 8 (2): 85-89.
4. Price C.P., Newall R., Boyd J.C. Use of protein:creatinine ratio measurements on random urine samples for prediction of significant proteinuria: a systematic review. *Clin Chem* 2005; 51: 1577-1586.
5. Fine D.M., Ziegenbein M., Petri M. et al. A prospective study of protein excretion using short-interval timed urine collections in patients with lupus nephritis. *Kidney Int.* 2009 Dec; 76 (12): 1284-1288.

6. Branten A.J., Vervoort G., Wetzels J.F. Serum creatinine is a poor marker of GFR in nephrotic syndrome. *Nephrol Dial Transplant.* 2005; 20 (4): 707-711.

7. Botev R., Mallié J.P., Couchoud C. et al. Estimating glomerular filtration rate: Cockcroft-Gault and Modification of Diet in Renal Disease formulas compared to renal inulin clearance. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009; 4 (5): 899-906.

8. Rovin B.H., McKinley A.M., Birmingham D.J. Can we personalize treatment for kidney diseases? *Clin J Am Soc Nephrol.* 2009; 4 (10):1670-1676.

9. Ермоленко В.М. Филатова Н.Н. О целевых значениях артериального давления у больных ХБП. *Нефрология и диализ* 2010; 12 (4): 238-241.

10. Haddad N., Brown C., Hebert L.A: Retarding Progression of Kidney Disease. In Johnson R., Fehally J. (Eds). *Comprehensive Clinical Nephrology, 3rd Ed. Philadelphia, Elsevier, 2007, pp 823-830.*

11. Николаев А.Ю., Ермоленко В.М. Место блокаторов РАС в нефропротективной стратегии при хронической болезни почек. *Нефрология и диализ* 2010; 12 (1): 8-12.

12. Agarwal A., Haddad N., Hebert L.A: Progression of kidney disease: diagnosis and management, In: Molony D., Craig J. (Eds) *Evidence-Based Nephrology, Hoboken N.J., John Wiley & Sons, 2008, pp 311-322.*

13. National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. Pediatrics* 2004; 114 (2 Suppl 4th Report): 555-576.

14. ESCAPE Trial Group, Wuhl E., Trivelli A. et al. Strict blood-pressure control and progression of renal failure in children. *New Engl J of Med* 2009; 361 (17): 1639-1650.

15. KDIGO Clinical Practice Guideline for Management of Blood Pressure in CKD. *Kidney Int.* 2012; 2 (5): 343-414.

16. Мухин Н.А., Фомин В.В. Нефропротективная стратегия // *Нефрология: Учебное пособие для послевузовского образования / Под ред. Е.М. Шилова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. С. 629-644.*

17. Ogi M., Yokoyama H., Tomosui N., et al: Risk factors for infection and immunoglobulin replacement therapy in adult nephrotic syndrome. *Am J Kidney Dis* 1994; 24: 427-436.

18. Furth S.L., Arbus G.S., Hogg R. et al. Varicella vaccination in children with nephrotic syndrome: a report of the Southwest Pediatric Nephrology Study Group. *J of Pediatrics* 2003; 142 (2): 145-148.

19. Захарова Е.В., Бирюкова Л.С. Роль циклоспорина в лечении идиопатического гломерулонефрита и волчаночного нефрита. *Нефрология и диализ* 2010; 12 (2): 126-141.

20. Горяйнов В.А., Каабак М.М., Бабенко Н.Н. и соавт. Влияние такролимуса на результаты операции пересадки почек от живого родственного донора. *Тер Арх.* 2014; 6: 70-73.

21. Новиков П.И., Кривошеев О.Г., Семенкова Е.Н. Опыт использования моноклональных антител к рецепторам CD20 В-лимфоцитов (ритуксимаба) у больных с поражением почек при гранулематозе Вегенера. *Тер. Арх.* 2011; 12:70-75.

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, АНОНИМНО ОБСЛЕДОВАННЫХ НА ИППП/ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

Акышбаева К.С., Трумова Ж.З., Джумабаева С.М.

Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан

Резюме. В статье приведены результаты анонимного опроса 93 респондентов, обратившихся в СПИД-центр г.Алматы. Анкетирование показало, что данный контингент можно рассматривать как типичную «эпидемиологическую когорту» общества на данном этапе. Главным фактором, определяющим данную группу как один из возможных резервуаров ИППП/ВИЧ, является рискованное сексуальное поведение, недооценка опасности и низкая информированность об ИППП/ВИЧ.

Ключевые слова: анкетирование, лица, обращающиеся в СПИД-центр; социально-медицинская характеристика.

SOCIO-MEDICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS ANONYMOUSLY TESTED FOR STIS / HIV INFECTION

Akyshbaeva K.S., Trumova J.Z., Dzhumabaeva S.M.

Kazakh National Medical University im.S.D.Asfendiyarova
Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. The article presents the results of an anonymous survey of 93 respondents who applied to the AIDS Center of Almaty. Questioning revealed that the troops can be seen as typical of «epidemiological cohort» of society at this stage. The main determinant of this group as a possible reservoir of STI / HIV is risky sexual behavior, underestimating the dangers and lack of awareness of STI / HIV.

Keywords: Questioning, the person applying the AIDS Center; social and medical characteristics.

Введение.

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД являются одной из важных медико-социальных проблем, обусловленных их эпидемиологическим распространением, опасностью развития тяжелых осложнений, влияющих на репродуктивное здоровье населения, огромным социальным и экономическим ущербом государству [1, 2, 3, 4]. Вызывает серьезную озабоченность рост половой трансмиссии ВИЧ [Croce F, Piconi S, Atzeni F, et al., 2008; Perez S, Fernandez-Verdugo A, Perez F, Vazquez F., 2001]. Одним из ИППП, наиболее часто встречающихся у пациентов с ВИЧ-инфекцией является трихомонадная инфекция. Трихомонады в 3-4 раза повышают риск заражения ВИЧ [11, 12, 13]. Актуальность темы очевидна – все большее количество людей сталкивается с проблемой ИППП/ВИЧ/СПИДа, и это необязательно люди из так называемых «групп риска».

Материал и методы.

С целью изучения информированности по проблеме ИППП/ВИЧ/СПИД и оценке риска сексуального поведения был проведен анонимный опрос респондентов, обратившихся в центр СПИД г.Алматы и Областной центр. Использована анкета, включающая 15 блоков вопросов по различным аспектам: возрастные данные, гендерное различие, национальность, семейный статус, образование, количество сексуальных партнеров, наличие в анамнезе болезней, передающихся половым путем (ИППП), информированность об ИППП/ВИЧ, знание связи между ИППП и ВИЧ, использование методов безопасного секса.

Результаты.

Всего проанкетировано 93 респондента, из которых 44 (47,3%) составили мужчины, 49 (52,7%) – женщины. В таблице 1 представлены возрастные группы, из которой видно, что наибольшее число обратившихся анонимно в СПИД- центр составили группы 21-30 лет (40/43,0%) и 31-40 лет (26/27,9%) (табл. 1). Такое же соотношение установлено в зависимости от пола (21/47,7% и 10 /22,7%

среди мужчин и 19/38,8% и 16/32,7% среди женщин).

При распределении по национальной принадлежности основную группу составили лица казахской национальности – 54,8% и русской – 23,7%, другой (уйгуры, корейцы, курды, татары и др.) – 21,5% (табл.2). Эти показатели в зависимости от пола были равнозначны общей популяции: 56,8%; 20,4%; 22,7%-мужчины и 53,1%; 26,5%; 20,4% - женщины.

Данные опроса социального положения респондентов показали, что 2/3 опрошенных находились в стабильных семейных отношениях: зарегистрированный брак - у 44/47,3% (20/45,4% и 24/49,0% соответственно мужчины и женщины); или гражданский брак – 19,3% (22,7% и 16,3% соответственно). Только 1/3 - были разведены или холост/незамужем. Отмечен высокий образовательный уровень респондентов: среднее специальное/неоконченное высшее и высшее образование имели 79,6%; в зависимости от пола данный показатель был равнозначен общей выборке: 79,5% - мужчины и 79,6%- женщины.

На перенесенные ранее ИППП указали лишь 7 (7,5%) респондентов: гонорея- 3, из них в сочетании с трихомонозом- 1, хламидиоз- 2, трихомоноз - 2. Эти данные указывают на неполноценное обследование пациентов на ИППП, в частности на трихомонадную инфекцию, если учесть данные последних лет о росте полового пути передачи ВИЧ-инфекции и высокой частоте смешанных инфекций, включая трихомонадную и ВИЧ-инфекцию.

Из 93 респондентов использовали всегда безопасный секс только 1/3 - 28(30,8%), в группе мужчин- 16(38,1%), женщин- в 1,5 раза реже- 12(24,5%). О некорректности ответов показывают данные о числе сексуальных партнеров: 1/3 респондентов ответили, что за последние месяцы не было сексуальных отношений; среди женщин- 19 (42,2%) и мужчин – 6 (14,6%). Более 5 сексуальных партнеров отметили 22% мужчин, женщины только в 4,4%.

Таблица 1. Распределение респондентов по возрастным группам (n=93)

Возрастные группы	Всего (n=93)		Мужчины (n=44)		Женщины (n=49)	
	абс	%	абс	%	абс	%
16-20	4	4,3	2	4,5	2	4,1
21-30	40	43,0	21	47,7	19	38,8
31-40	26	27,9	10	22,7	16	32,7
41-50	17	18,3	8	18,2	9	18,4
51-60	4	4,3	1	2,3	3	6,1
>60	2	2,2	2	4,5	-	-
Всего	93	100,0	44	100,0	49	100,0

Таблица 2. Распределение по национальному составу.

Национальность	абс.	%
Казахи	51	54,8
Русские	22	23,7
Другие (уйгуры, корейцы, курды, татары и др.)	20	21,5

На вопрос «Относите ли вы себя к группе риска по ИППП/ВИЧ/СПИД» - положительно ответили лишь 5 (5,4%); среди мужчин- 3(6,8%), женщин- 2(4,1%). Тем не менее на вопрос «Как часто вы задумываетесь о риске заражения ИППП/ВИЧ/СПИД» положительно ответили 23 (24,7%), мужчины- 15(34,1%), женщины – 8(16,3%). Настораживает частота ответа «никогда» на данный вопрос среди женщин- 30 (61,2%), что в 1,6 раз выше показателя у мужчин- 17(38,6%).

Результаты анкетирования показали, что опрошенные недостаточно информированы о путях заражения и профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции, что коррелируется с вышеуказанными данными о частоте рискованного сексуального поведения (65/70,0%). Проблема риска инфицирования ИППП/ВИЧ лиц данной социальной категории нуждается в дальнейшем изучении.

На связь между ИППП и ВИЧ/СПИД положительно смогли ответить лишь 1/3 респондентов- 27 (29%), независимо от пола (13/29,5% и 14 (28,6% соответственно). Основная масса респондентов - 66 (71%) на момент опроса не знали, что ИППП и ВИЧ/СПИД взаимосвязанные заболевания с общностью путей и факторов передачи инфекций. Эти данные коррелируются с частотой низкой информированности о ИППП/ВИЧ/СПИД: 47 (50,5%), мужчины – 22 (50%) и женщины – 25 (51%). Информацию о ИППП/ВИЧ/СПИД в 45,5% респонденты получили из СМИ (газеты, телевидение, брошюры, листовки и др.) и в 45,5% - от друзей, 9,1% - в учебных заведениях.

В СПИД-центре прошли клинико-лабораторное обследование на ИППП - 37 (39,8%) респондентов, среди мужчин – 17 (38,6%), женщин - 20 (40,8%); на ВИЧ/СПИД- 54(58,1%); 21(47,8%) мужчины; 33(67,3% - женщины.

Обсуждение.

Мировая практика свидетельствует о ведущей роли сексуального поведения в поддержании эпидемического процесса не только при ИППП (инфекции, передаваемые половым путем), но и при ВИЧ-инфекции (Ташкинова И.П., 2002). Учитывая ведущую роль образа жизни и

поведения в распространении ИППП/ВИЧ актуально выявление социально-медицинских особенностей у пациентов, обращающихся в центры СПИД [Улюкин И.М., 2000, Тухтарова И.В., 2003; Марценюк М.В., 2005].

Результаты нашего исследования показали, что лица, обращающиеся в СПИД-центр, представляют определенную когорту со следующими характеристиками: основная масса - лица наиболее репродуктивного возраста- 21-30 лет (43,0%), независимо от пола (47,7% и 38,8%); с рискованным сексуальным поведением (безопасный секс используют только 1/3, мужчины - 38,1%, но женщины в 1,5 раза реже 24,5%; на связь между ИППП и ВИЧ/СПИД положительно ответили лишь 1/3 респондентов, 71% на момент опроса не знали, что ИППП и ВИЧ/СПИД взаимосвязанные заболевания с общностью путей и факторов передачи инфекций. Эти вопросы становятся актуальными, учитывая, что происходит эволюция путей передачи ВИЧ с возрастом полового пути передачи ВИЧ-инфекции [Покровский В.В.,2005]. Эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией предусматривает обследование на ИППП, консультирование в отношении более безопасного секса/снижения риска, пропаганда использования презервативов; всестороннее просвещение по ИППП и ВИЧ. Меры, должны быть ориентированы на основные и уязвимые группы населения, к которым можно отнести и лиц, обращающихся в СПИД-центры.

Выводы.

На основании проведенного исследования можно сделать следующее:

1. Респондентов, обращающихся в СПИД-центр, принявших участие в исследовании, можно рассматривать как типичную «когорту населения с рискованным поведением и низким процентом информированности об ИППП/ВИЧ».

2. Важным приоритетом в противодействии эпидемии ИППП/ВИЧ-инфекции является постоянно действующая информационная пропагандистская пропаганда, направленная на повышение уровня знаний среди населения о мерах профилактики ИППП/ВИЧ-

инфекции, о последствиях этих заболеваний для личности и общества.

Литература.

1. Беляева В.В., Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей / В.В. Беляева, В.В. Покровский, А.В. Кравченко. М., 2003. - 77 с.
2. Ведмедь Е.М. Консультирование до и после теста на ВИЧ / Е.М. Ведмедь, Е.Е. Воронин, А.Г. Рахманова. Методические рекомендации. — СПб., 2000, 40 с.
3. Кольцова В.А. ВИЧ и сифилис / В.А.Кольцова, Н.В. Львова // Русский журн. ВИЧ/СПИД и родственные проблемы. 2003.- Т.4 - №2. - С. 59.
4. Трумова Ж.З. Перинатальная ВИЧ-трансмиссия и методологические подходы к диспансеризации детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин. // Автореферат, Алматы 2010.-С.34
5. Ташикинова И.П. Характеристика эпидемического процесса и ведущих факторов риска распространения ВИЧ-инфекции среди потребителей наркотиков в Калининградской области: Автореф. дис. канд. мед. наук. -СПб., 2002.-24 с.
6. Улюкин И.М. Клинико-лабораторное обследование больных ВИЧ-инфекцией // Медлайн-экспресс. — 2005. №8. - С.39-41
7. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 2003. - 23 с.
8. Марценюк М.В. Взаимосвязь уровня тревожности с уровнем самооценки у лиц с ВИЧ позитивным статусом / М.В. Марценюк // «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе»: Мат. Национ. И/ практ. конф., Москва, 7-8 сентября 2005. -М., 2005. С. 34-35.
9. Покровский В.В. ВИЧ-инфекция в России в 2004 г.: Информационный бюллетень / В.В. Покровский. // ВИЧ-инфекция. М., 2005. -№27-37 с.
10. Perez S, Fernandez-Verdugo A, Perez F, Vazquez F. Prevalence of 5-nitroimidazole-resistant trichomonas vaginalis in Oviedo, Spain. Sex Transm Dis 2001; 28:115-6;
11. Guenther PC, Secor WE, Dezzutti CS. Trichomonas vaginalis-induced epithelial monolayer disruption and human immunodeficiency virus type 1 (HIV-1) replication: implications for the sexual transmission of HIV-1. Infect Immun 2005;73:4155-60.
12. Kissinger P, Amedee A, Clark RA, et al. Trichomonas vaginalis treatment reduces vaginal HIV-1 shedding. Sex Transm Dis 2009;36:11-6.
13. Shafir SC, Sorvillo FJ, Smith L. Current issues and considerations regarding trichomoniasis and human immunodeficiency virus in African-Americans. Clin Microbiol Rev 2009;22:37-45.
14. Croce F, Piconi S, Atzeni F, et al. HIV/AIDS: epidemic update, new treatment strategies and impact on autoimmunity. Clin Exp Rheumatol 2008;26:S48-52.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ СОБЕННОСТИ КОРИ У ВЗРОСЛЫХ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПОДЪЕМА 2014-2015 ГГ.

**Джумагулова А.Ш., Саркина А.К., Фесенко Н.В.,
Ибраева Ж.Б., Багиева А.**

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

Резюме. В период эпидемического подъема заболеваемости корью 2014 – 2015 гг. в Кыргызской Республике среди больных преобладали подростки и взрослые. В данной статье проведен анализ историй болезни 112 взрослых больных корью, подтвержденных лабораторно методом ИФА. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности течения кори у взрослых в период эпидемического подъема 2014-2015 гг. В клинике кори наряду с типичными проявлениями отмечалось наличие геморрагического и кишечного синдромов. В эпидемиологии имело значение отсутствие вакцинации, внутренняя и внешняя миграция населения.

Ключевые слова: корь, взрослые, эпидемиология, клиника, вакцина

2014 – 2015-ЖЖ. ЭПИДЕМИЯЛЫК ООРУНУН КӨП КАТТАЛГАН МЕЗГИЛИНДЕГИ ЧОҢ КИШИЛЕРДЕГИ КЫЗЫЛЧАНЫН КЛИНИКАЛЫК-ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

**Джумагулова А.Ш., Саркина А.К., Фесенко Н.В.,
Ибраева Ж.Б., Багиева А.**

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

Корутунду. Кыргыз Республикасында 2014-2015-жылдары кызылчанын эпидемиологиялык көп катталган мезгилинде ооругандардын арасында чоң кишилер жана 10-19 жаштагы жаш өспүрүмдөр көп оорушкан. Бул макалада кызылча менен ооруган чоң кишилердеги 112 оорунун тарыхына баа берилген жана оорунун диагнозу иммундук-ферменттик ыкмасы (ИФА) менен такталган. 2014-2015-жж. Эпидемиялык мезгилиндеги чоң кишилердеги кызылчанын жүрүшүндөгү клиникалык-эпидемиологиялык өзгөчөлүктөрү берилген. Кызылчанын типтүү белгилери менен катар, диспепсиялык жана геморрагиялык синдромдор көбүрөөк кездешкен. Кызылчанын эпидемиологиялык көп катталышынын себеби, оорунун алдын-алууга кызылчага каршы эмдөө жүргүзүлгөн эмес, ошондой эле ички жана сырткы факторлордун негизинде алар ооруга түрткү болушкан.

Негизги сөздөр: кызылча, чоң кишилер, эпидемиологиясы, клиникасы, вакцина.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MEASLES IN ADULTS IN THE PERIOD 2014-2015, THE EPIDEMIC RISE

**Djumagulova A.Sh., Sarkina A.K., Fesenko N.V.,
Ibraeva J.B., Bagieva A.**

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

Resume. During the epidemic of measles in 2014 – 2015 years teenagers and adults were anymore ill. An analysis of 112 adult patients with measles confirmed by laboratory test (ELISA) is conducted in this article. The clinical and epidemiological features of the course of measles in adults identified in the period of the epidemic rise. There were hemorrhagic and dyspeptic syndromes in a clinic. It was important in epidemiology that migrating population has no vaccination.

Keywords: measles, adults, epidemiology, clinical features, vaccine.

Ситуация в мире по заболеваемости корью продолжает оставаться напряженной. В 2011 году были зарегистрированы крупные вспышки кори в Африканских странах (Конго, Нигерия, Эфиопия), в Индии, Пакистане. На всей территории европейского региона с 2011 года регистрировались крупные вспышки кори в 51 (96%) государствах-членах ЕРБ ВОЗ. С начала 2012 года случаи кори зарегистрированы на территории 47 субъектов Российской Федерации, в основном среди взрослого населения и удельный вес от числа заболевших составил 78,4 % [2,5,6].

По данным ВОЗ в 2013 году в 37 странах Европейского региона было выявлено более 26 тысяч

случаев коревой инфекции. К концу года ухудшилась эпидемическая обстановка в Турции, Индонезии, Таиланде и Китае. В 2013 году в мире произошло 145700 случаев смерти от кори [1,4].

В 2014 году в Кыргызстане, как следствие глобального эпидемиологического процесса и импортированием вируса кори с территории приграничных районов Казахстана, Узбекистана стало возникновение локальных вспышек главным образом среди непривитых лиц Чуйской области и мигрирующего населения в пригородах города Бишкек. Следует отметить что, за период 2014 года в Кыргызской Республике по данным официальной статистики зарегистрировано

более 180 случаев с подозрением на корь, из них лабораторно подтверждено 94 случаев. Показатель заболеваемости корью по сравнению с аналогичным периодом прошлого года вырос в 15 раз. На 09.02.2015 года уже зарегистрировано более 5736 случаев подозрения на корь.

Основная причина осложнения эпидемиологической ситуации в республике – увеличение среди населения неиммунной прослойки, отказ от прививок по религиозным убеждениям, внешняя и внутренняя миграция населения.

Цель исследования: изучить клинико-эпидемиологическое течение кори у взрослых в период эпидемического подъема.

Материалы и методы исследования.

Материалом для изучения явились официальные статистические данные Республиканского центра иммунопрофилактики Республиканской клинической инфекционной больницы по заболеваемости корью.

Проведен выборочный анализ 112 историй болезни взрослых с корью от 15 до 45 лет, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) за период декабрь 2014 - январь 2015 г.

Верификация диагноза осуществлялась на основании серологических реакций (ИФА) на выявление антител к вирусу кори иммуноглобулинов класса М.

Результаты и обсуждение.

По данным Республиканского центра иммунопрофилактики по республике с декабря 2014 года по 09.02.2015 года зарегистрировано 5736 подозрительных случаев кори.

Распространенность заболевания по регионам республики выглядела следующим образом: в г. Бишкеке зарегистрировано 3557 (62%), по Чуйской области -1448 (25,2%), в Жалалабатской области-189 (3.3%), в Таласской-135 (2,4%), в Баткенской – 119 (2,1%), в Иссык-Кульской – 97 (1,7%), в Нарынской области -85 (1,5%), в Ошской области - 106 (1,8%) (рис.1).

Причем, 3071(53,5%) больных с корью получили стационарное лечение. Подтверждено лабораторно 1043 (18,2%) случаев кори. Выделенные штаммы вирусов кори, принадлежат к генотипу D8, которые в настоящее время циркулируют в Казахстане, России, Турции, странах Европы.

В возрастной структуре дети до 1 года составили 1210 (21,1%) случаев, от 1 года до 4 лет – 712 (12,4%), от 5 до 9 лет – 332 (5.8%), от 10 до 19 лет – 1756 (30,6%), от 20 лет и выше 1726 (30,1%). Таким образом, заболеваемость встречается в более чем 60% случаев среди подросткового и взрослого населения.

На 01.02.2015 года в РКИБ обратилось 2963 больных с подозрением на корь, при этом 1035 (38,7%) больных обратилось без направления. Госпитализированы 1741 (58,8%) больных, из них жители г. Бишкек составили 77,8%, Чуйской области – 18,8%. Среди госпитализированных лиц, взрослые составили 37,9%.

Нами проведен клинико-эпидемиологический анализ 112 взрослых больных с корью, находившихся на лечении в РКИБ. Анализ в возрастном аспекте показал, что в основном среди больных преобладали лица в возрасте от 15 до 19 лет, что составило 67,9 % (76) от числа обследованных, от 20 до 30 лет –17,9% (20), от 31 до 45 лет – 14,3% (16).

Среди обследованных, жителей г. Бишкек было – 86 человек, что составило 76,8%, из Чуйской области – 24 (21,4%), Жалалабатской области – 2 (1,8%). Следует отметить, что среди жителей г. Бишкек 33(38,4%) проживают в новостройках (Ак-Босого, Ак-Бата, Келечек, Кок-Жар и др.).

По структурному составу больных корью следует отметить, что среди обследованных преобладали школьники и студенты, что составило 49,1%, 12,5% больных составили работающие лица, 3,6% - военнослужащие срочной службы, 34,8% - незанятых лиц. Таким образом, организованных и занятых было 73 чел. и удельный вес от числа больных составил 65,2%, что по всей вероятности, связано с большим риском инфицирования. Принимая во внимание, что неработающие (34,8%), представлены преимущественно возрастной группой 20-39 лет, очень мобильной, социально активной, что также увеличивает значимость этой группы населения в распространении инфекции.

Среди обследованных контакт с больным корью был установлен лишь в 36,6% случаев, из них 13 контактов - в школе, 7 - в средних и высших учебных заведениях, 4 - в воинской части, 17 - в семье. В 71 случае (73,4%) путь заражения отследить не удалось.

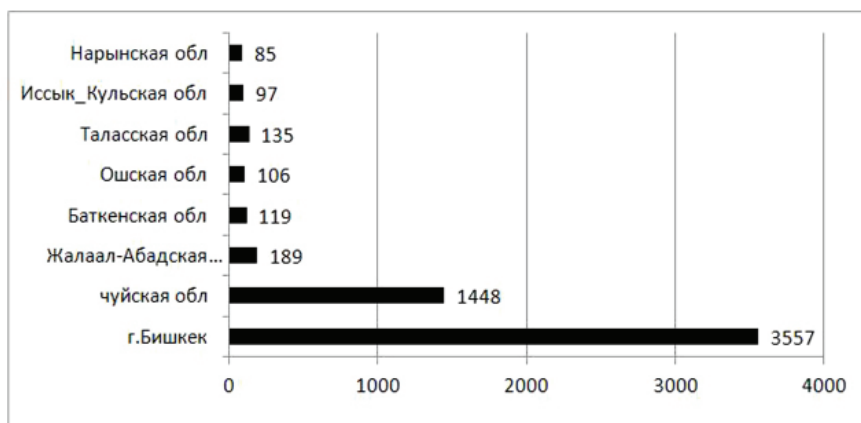


Рис. 1. Заболеваемость корью по регионам

В отношении прививочного статуса в 96 случаях он неизвестен, что составило 85,7%, и только 16 чел. (14,3%) больных получили прививки по календарю.

Состояние больных при поступлении расценивалось как среднетяжелое в 68,8% случаев, тяжелые формы наблюдались у 29,5 % больных, легкие – у 1,7%.

У подавляющего большинства взрослых больных (у 98, 2%) корь начинается остро с катаральных явлений и повышения температуры тела, причем у 84,8 % обследованных больных лихорадка достигала 39°C и выше, и лишь у 15,2% в пределах 37,5⁰ – 38,5°C. У 78,6 % больных повышенная температура тела держалась в течение 5-8 дней.

Катаральный период у 89,3% больных продолжался 2-4 дня и сопровождался такими симптомами, как общая слабость, одутловатость лица, конъюнктивит, светобоязнь, кашель, гиперемия зева (100%), боли в горле (71,5%), головная боль (90,2%), насморк (93,7%), слезотечение (61,6%). Пятна Бельского – Филатова – Коплика отмечались у 73,2% взрослых больных и сохранялись у большинства из них до 3-4-го дня высыпания на коже.

Высыпания на коже наблюдались у всех больных, при этом прослеживалась выраженная этапность появления сыпи и ее характерная локализация. У 100% взрослых больных сыпь была обильной, пятнисто-папулезной, носила сливной характер, а у 7,1% -элементы сыпи имели геморрагический компонент. Длительность высыпания у абсолютного большинства взрослых больных (93,7%) находилась в пределах 3-4 дней.

В клинике у 41 (36,6%) больного выявлен кишечный синдром, который проявлялся рвотой, жидким стулом и болями в животе. У 21 больного (18,7%) были симптомы ларингита, в 10 случаях(8,9%) геморрагический синдром в виде носового кровотечения, кровоизлияния в кожу, склеры глаз и слизистые полости рта.

У 5 (4,5%) обследованных больных течение кори осложнилось пневмонией в периоде высыпаний.

У большинства больных картина крови характеризовалась нормоцитозом (73,3%), в 21,4% случаев отмечалась лейкопения, в 6,3% случаев лейкоцитоз, а также наблюдалось лимфопения, анэозинофилия, высокое СОЭ отмечалось у 20,5% больных.

В 104 (92,9%) случаях диагноз кори был подтвержден лабораторным исследованием сыворотки крови методом ИФА на антитела класса IgM к вирусу кори, а в 8 случаях диагноз выставлен клинико - эпидемиологически.

Среднее пребывание в стационаре больных с корью со среднетяжелой формой составило –5,8 дней, с тяжелой формой – 6,5 дней.

Таким образом, эпидемическая ситуация по кори, еще раз подтвердила, что корь является вакцинозависимой инфекцией. Для ликвидации и предупреждения распространения инфекции есть только один надёжный способ - достижение стабильно высокого охвата населения прививками против кори на всей территории страны и своевременное проведение широких противоэпидемических мероприятий.

Выводы:

1. Установлены основные проявления эпидемического подъема кори 2014 – 2015 гг: завоз из-за рубежа и занос инфекции при активной внешней и внутренней миграции населения, о чем свидетельствуют выделенные штаммы, принадлежащие к генотипу D8; наличие восприимчивого контингента; преобладание в возрастной структуре заболеваемости взрослых, в основном 15-25 лет, преимущественно не привитых против кори.

2. Увеличение значимости в эпидемическом процессе определенных социальных групп среди взрослого населения (студенты, работники, мигранты, переселенцы).

3. Корь у взрослых протекает преимущественно в среднетяжелой и тяжелой форме. Особенности течения были короткий продромальный период, наличие кишечного и геморрагического синдромов.

4. Разработка и внедрение дополнительных профилактических мероприятий по иммунизации взрослого населения до 25 лет, что приведет к достижению высокого уровня иммунной прослойки к кори в целом по стране.

Литература:

1. Айдыралиева Ч. К. Программа элиминации кори и краснухи и профилактики врожденной краснушной инфекции в Европейском регионе ВОЗ // *Педиатрическая фармакология*. - 2009. - № 2. - С. 7.

2. Цвиркун О.В., Лыткина И.Н., и др. Влияние специфической профилактики кори на уровень и структуру годовой заболеваемости в Российской Федерации // *Инфекционные болезни*. - 2011. - № 1. - С. 19-23.

3. Жаров. С.Н. «Детские инфекции» у взрослых // *Российский медицинский журнал* - 2008. - № 4. - С. 51-53.

4. Мазанкова Л.Н., Горбунов С.Г., Нестерина С.В. Клинические особенности течения кори на современном этапе // *Педиатрия*. - 2013. - № 1. - С. 18-22.

5. Лыткина И.Н. Совр. особенности эпидемиологии коревой инфекции в условиях мегаполиса // *Педиатрия*. - 2013. - № 1. - С. 15-17.

6. Тихонова Н.Т., Герасимова А.Г., Цвиркун О.В. и др. Причины роста заболеваемости корью в России в период элиминации инфекции // *Педиатрия*. - 2013. - № 1. - С. 9-14.

7. Цвиркун О.В., Герасимова А.Г., Тихонова Н.Т. и др. Структура заболевших корью в период элиминации // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. - 2012. - № 2. - С. 21-25.

8. Шамшева О.В. Вакцинопрофилактика кори на современном этапе // *Педиатрия*. - 2013. - № 1. - С. 22-26.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОРТОДОНТИЧЕСКОГО ЗВЕНА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (НА ПРИМЕРЕ ЗУБОТЕХНИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ)

Жумабеков А.И.

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

Резюме. В статье изучено состояние деятельности зуботехнических лабораторий ортодонтической службы в условиях стоматологических учреждений различных форм собственности. Объектами исследования были зуботехнические лаборатории, имеющие в своем составе зубных техников-ортодонтот. Приводятся данные об уровне материально-технической оснащенности, санитарно-гигиенического состояния зуботехнических лабораторий. На основе полученных результатов исследования была дана оценка уровню профессиональной подготовки кадров по специальности «ортодонтия».

Ключевые слова: зубной техник, ортодонтические аппараты, зуботехническая лаборатория.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫ БОЮНЧА СТОМАТОЛОГИЯЛЫК КЫЗМАТЫНДАГЫ ОРТОДОНТИЯ ТАРАБЫНЫН ЗАМАНБАП АБАЛЫ (ТИШ-ТЕХНИКАЛЫК ЛАБОРАТОРИЯЛАРДЫН МИСАЛЫНДА)

Жумабеков А.И.

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

Корутунду. Макалада артүрдүү менчиктеги эмканаларда ортодонтиялык кызматынын тиш-техникалык лабораториясынын иш жүргүзүүсү боюнча изилдөө жүргүзүлгөн. Изилдөөнүн объектиси тиш-техникалык лабораторияларда эмгектенген тиш-техник-ортодонттор болду. Тиш-техникалык лабораториялардын материалдык-техникалык жабдууларынын абалы, санитар-гигиеналык деңгээлдери жөнүндө маалымат берилди. Алган изилдөөлөрдүн жыйынтыгында адистик кадрларды профессионалдуу “ортодонтия” боюнча даярдоолорунун деңгээлине баа берилди.

Негизги сөздөр: тиш-жөндөгүч, ортодонтиялык аппараттар, тиш-техникалык лабораториясы.

THE MODERN STATE OF ORTHODONTICS OF DENTAL SERVICE IN THE KYRGYZ REPUBLIC (FOR EXAMPLE DENTAL-TECHNICAL LABORATORIES)

Zhumabekov A.I.

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

Resume. This article presents an analysis of dental laboratories of orthodontic service in the conditions of medical institutions of different forms of ownership. The objects of investigations were the dental laboratories, have in their composition of dental technicians-orthodontists. Also presents data about the level of material-technical equipment, sanitary-hygienic characteristics of dental laboratories. On the base of obtained study results assessed the level of professional quality of personal in the specialty «orthodontic».

Keywords: dental technician, orthodontic appliances, dental-technical laboratory.

Введение.

Развитие науки, и, в частности, подтверждение взаимосвязи аномалий окклюзии и системных нарушений в организме с каждым годом увеличивает вклад ортодонтии в развитие стоматологии, так как своевременная коррекция патологического роста челюстей и развития зубов в дальнейшем способствует снижению риска развития многих патологических состояний, как зубочелюстной системы, так и организма в целом [1].

По мнению А.В. Алимского с соавторами, в современных экономических условиях для совершенствования ортодонтической помощи необходим качественно новый подход к вопросам ее организации с учетом действительной потребности в ортодонтическом лечении различных возрастных групп населения [2]. Актуальность улучшения организации ортодонтической помощи в современных условиях возрастает в связи со стремительным ростом распространенности

зубочелюстных аномалий. В структуре стоматологических заболеваний у детей зубочелюстные аномалии занимают третье место, после кариеса и заболеваний пародонта [3].

Работа ортодонтического отделения или кабинета непосредственно связана с работой зуботехнической лаборатории. Стремясь улучшить и ускорить процесс лечения, врачи-ортодонты нередко применяют сложные конструкции ортодонтических аппаратов механического и функционального действия. Их изготовление занимает более длительное время и требует высокой квалификации зубного техника-ортодонта [4,5].

Перспективы развития зуботехнического дела в значительной степени зависят от состояния материально-технической базы и профессионального уровня подготовки кадров как главного ресурса здравоохранения.

Целью настоящей работы явилось изучить современное состояние организации ортодонтического

звена зуботехнических лабораторий.

Материалы и методы исследования.

На основании полученных данных из республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, Департамента здравоохранения г. Бишкек (отчетные формы «30 здрав»), реестра базы данных лицензированных частных организаций здравоохранения (отдел лицензирования МЗ КР) нами были изучены и проанализированы деятельность 21 зуботехнических лабораторий. Кроме того, было проведено анкетирование 39 зубных техников-ортодонтов, работающих в зуботехнических лабораториях различных форм собственности.

Единицей наблюдения в зуботехнических лабораториях являлись: зубные техники; учетно-отчетная документация; комплектность помещений и материально-технического оснащения; виды изготавливаемой аппаратуры.

Применялись социологические, ретроспективные методы исследования, а также произведена статистическая обработка полученных результатов.

Результаты и их обсуждение.

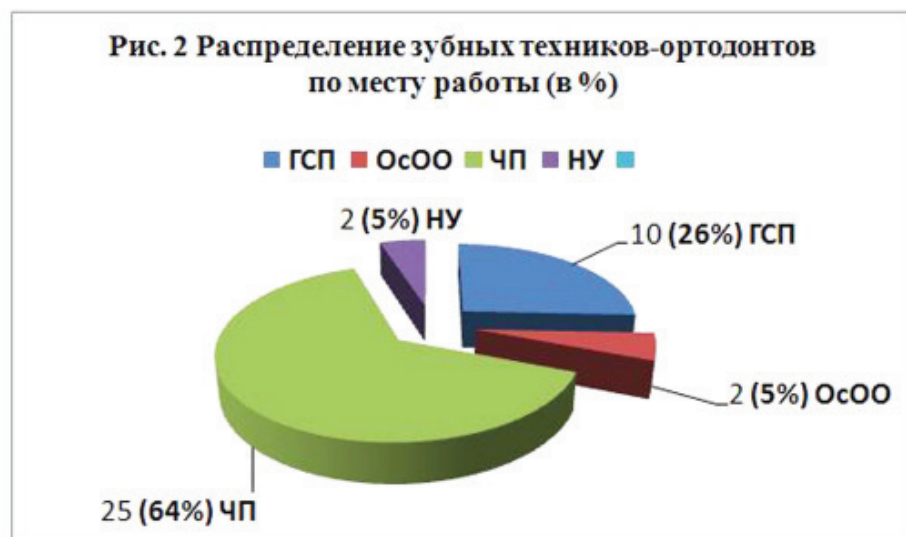
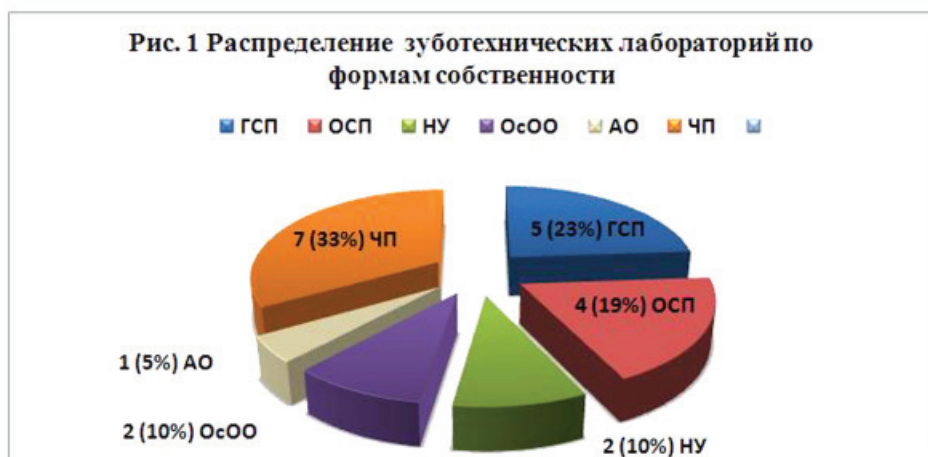
Большинство обследованных зуботехнических лабораторий – 5 (28,5%) находятся в составе городских

стоматологических поликлиник г. Бишкек (ГСП), 4 (19,1%) – в составе областных стоматологических поликлиник (ОСП), 2 (9,5%) – в составе научных учреждений (НУ), 2 (9,5%) – в обществах с ограниченной ответственностью (ОсОО), 1 (4,7%) в составе акционерного общества (АО) и 7 (28,5%) – в частных предприятиях (ЧП) (рис. 1).

Необходимо отметить, что из числа изученных зуботехнических лабораторий только в 16 стоматологических учреждениях работают зубные техники-ортодонты, имеющие специальную подготовку в области ортодонтии, из них 5 в городских стоматологических поликлиниках г. Бишкек, 2 в обществах с ограниченной ответственностью и в научных учреждениях, 7 в частных предприятиях.

На рис. 2 изображено распределение опрошенных зубных техников-ортодонтов по месту работы. В городских стоматологических поликлиниках г. Бишкек (ГСП) работают 10 (26%) специалистов; 2 (5%) - в обществах с ограниченной ответственностью (ОсОО); в научных учреждениях (НУ) 2 (5%); в частных предприятиях насчитывается 25 (64%) (ЧП) специалистов-техников из общего числа опрошенных (39).

Отметим главное, что врачи-ортодонты работают в тесном взаимодействии с зубными техниками. Показатель





обеспеченности зубными техниками-ортодонтами составляет 0,1 на 10 000 населения. Всего к 2014 году в государственных стоматологических поликлиниках было зарегистрировано 10 штатных должностей зубного техника-ортодонта на 11,5 должности врача-ортодонта, что показывает не соответствие нормативам организации ортодонтической службы. Тогда как, в норме должен быть соблюден принцип «один к одному», т.е. один зубной техник-ортодонт на одного врача-ортодонта.

Данный факт обусловлен тем, что (по данным опроса) зубные техники-ортодонты, работающие в государственных поликлиниках заинтересованы в повышении денежно-материальной части своей деятельности (так заявили 63,4% опрошенных), в улучшении материально-технического обеспечения (16,7%), условий труда (14,3%), внедрение новых технологий – 6,2%.

В частных зуботехнических лабораториях (ОсОО, ЧП) к 2014 году было зарегистрировано 27 зубных техников, показатель составил 0,3 на 10 000 населения. Динамика развития частной стоматологической службы с 2012-2014 гг. составила +300% (темп прироста), с каждым годом наблюдается тенденция к увеличению. Данный факт связан с тем, что частные зуботехнические лаборатории за счет собственных инвестиций оснащены и укомплектованы необходимой техникой и оборудованием на 83,9 %.

Эффективное функционирование зуботехнической лаборатории невозможно без ее хорошего оснащения. Рабочие места всех сотрудников должны быть оборудованы и оснащены также с учетом требований эргономики. Каждая лаборатория должна иметь не менее 6 рабочих комнат, не считая вспомогательных помещений. На рис. 3 изображено фактическое обеспечение помещениями обследованных учреждений и организаций.

В результате исследования установлено, что в государственных зуботехнических лабораториях имеются не все необходимые рабочие помещения. Некоторые виды работ совмещаются в одном помещении.

Основные рабочие помещения (гипсовочная и полировочная) имеются во всех зуботехнических лабораториях, паяльная – в 48,2%, полимеризационная – в 64,3%; литейная – в 46,4%. Во многих госучреждениях отмечен недостаток производственных помещений, а

также отсутствуют помещения для стерилизации оттисков и изготовленных ортодонтических аппаратов. Кроме того, в ряде случаев отсутствуют помещения для отдыха и личной гигиены сотрудников.

В то же время в зуботехнических лабораториях частных клиник (ОсОО, ЧП), имеются все необходимые помещения, кроме стерилизационной.

Также, по мнению опрошенных сотрудников, большинство рабочих помещений лабораторий оценивается ими как хорошее (48,2%), удовлетворительно оцениваются 32,1% помещений; неудовлетворительно – 10,7%. Качество проведенного в них ремонта, по их мнению, соответствует следующим параметрам: хорошему уровню (евроремонту) в 8,9% зуботехнических лабораторий; стандартному ремонту – в 67,9%, косметическому ремонту – в 23,2%.

Отличная оценка состояний помещений дана лишь 8,9% зубными техниками, работающими в зуботехнических лабораториях частных предприятий (ОсОО, ЧП). В тоже время при анализе ответов респондентов о состоянии помещений, качестве ремонта и других параметрах учитывали их возраст, образование, стаж работы, организационно-правовую форму стоматологического учреждения.

По возрастному составу опрошенных зубных техников, наибольшую часть из них составляют лица в возрасте 45-61 год (32%), т.е. находящиеся в предпенсионном и пенсионном возрасте. Если рассмотреть гендерный аспект, то во всех возрастных группах преобладают мужчины. В целом они составили (37) 94,8%, а женщины (2) 5,1%. В ходе исследования также установлено, мужчины в основном находятся в возрасте от 40 до 60 лет и старше, что косвенно свидетельствует о низком уровне их мотивации к повышению квалификации и внедрению современных технологий при изготовлении аппаратов.

Наибольшее количество зубных техников со стажем работы свыше 30 лет работает в государственных стоматологических поликлиниках, со стажем работы от 4 до 15 лет в частных структурах.

В ходе исследования установлено, что все опрошенные имеют среднее специальное образование. Основной базой подготовки зубных техников-ортодентов, работающих в зуботехнических лабораториях является

Таблица 1
Виды изготавливаемых съемных ортодонтических аппаратов
стоматологическими учреждениями

№ п/п	Виды аппаратов	ГСП	ОсОО	ЧП	НУ
1.	Съемные пластинки	+	+	+	+
1.1	с винтом	+	+	+	+
1.2	с вестибулярной дугой	+	+	+	+
1.3	с наклонной плоскостью	+	+	+	+
1.4	с накусочной площадкой	+	+	+	+
1.5	с пружиной	+	+	+	+
1.6	с петлей для диастемы	-	+	+	+
1.7	с упором для языка	-	-	-	+
2.	Каппы (пластмассовые)	+	+	+	-
2.1	Эластичные каппы	-	+	+	-
3	Аппарат Андрейзена-Хойпля	-	+	+	+
4	Аппарат «Бионатор»	-	-	+	-
5	Аппарат Френкеля 1	+	+	+	+
6	позиционеры	-	-	+	-

Примечание к таблице: «+» - изготавливаются, «-» - не изготавливаются

Бишкекское медицинское училище (75,9% специалистов), только 24,1 % опрошенных обучались на коммерческой основе в негосударственных структурах.

Состояние и материально-техническое оснащение изученных зуботехнических лабораторий оценивались по следующим критериям: санитарно-гигиеническое состояние; наличие вентиляции; комплектность и состояние оборудования, инструментария, приспособлений, аппаратов и мебели.

Уровень оснащения материально-техническими средствами зуботехнических лабораторий респонденты оценивают следующим образом: хорошо – 44,1% опрошенных, удовлетворительно – 47,7%, неудовлетворительно – 8,2%. Интересно, что неудовлетворительную оценку дали сотрудники государственных стоматологических поликлиник, отличную оценку – сотрудники лабораторий частной формы собственности (общества с ограниченной ответственностью и ЧП).

По результатам исследования определен уровень соблюдения требований к вентиляции: приточно-вытяжная вентиляция имеется в 87,5% зуботехнических лабораторий; вытяжные шкафы в паяльной – в 71,4% из них; местные отсосы пыли на рабочих местах – в 85,7%; кондиционеры установлены в основном в частных лабораториях.

Уровень оснащенности обследованных частных зуботехнических лабораторий современными аппаратами: аппарат «Биостар» имеется в 6,1%; «Министар» - в 6,8%; аппарат точечной сварки – в 16,8%, аппарат «UF» - 2,1%; аппарат «Триад» в 3,4%; вакуумный миксер – в 8,9%; аппарат «Термофакс» в 4,3% из них.

Таким образом, во многих зуботехнических лабораториях государственных учреждений не имеется возможности использовать новые технологии

изготовления ортодонтических конструкций, в том числе современные капповые аппараты. По результатам установлено, что в основном для изгибания различных проволочных элементов ортодонтических конструкций зубные техники-ортодонты до сих пор используют крампонные щипцы. Специальными щипцами оснащены только 8,9% зуботехнических лабораторий. Исключение составляют щипцы для формирования кламмеров Адамса, но и они имеются лишь в 13,2% зуботехнических лабораторий.

Обеспеченность зуботехнических лабораторий специальными винтами значительно варьирует: трехмерные винты (Бертони) применяются зубными техниками в 5,4% из них; расширяющие «Leone» (micro) в 53,6%; приспособления для расширения небного шва (maxi) в 52,1%; для сагиттального перемещения и перемещения одного зуба – 46,8%; стягивающие – 41%; секционные – 17,9%; дугообразные – 8,9%. Недостаточная укомплектованность специальными винтами не дает возможности индивидуализировать изготавливаемые ортодонтические аппараты.

Также отмечена недостаточная обеспеченность разновидностями стандартных проволочных элементов: кламмера Адамса и вестибулярные дуги имеются в 86,4% обследованных зуботехнических лабораторий; небный бюгель в 26% из них; пуговчатые кламмера – только в 23,2%.

Цветной мономер для изготовления базиса пластинок и аппаратов применяется лишь 28% зуботехнических лабораторий; цветные аппликации и блески в 23,2% из них. Это свидетельствует о том, что в лечебно-профилактических учреждениях в основном изготавливаются традиционные конструкции с розовыми базисами без различных дополнений.

В табл. 1 представлены виды изготавливаемых

в зуботехнических лабораториях ортодонтических аппаратов. В негосударственных клиниках (ЧП, ОсОО), научных учреждениях изготавливаются почти все виды современных съемных аппаратов. Тогда как, в городских стоматологических поликлиниках используются только некоторые виды пластиночных аппаратов.

Наиболее сложные конструкции аппаратов и протезов изготавливаются в частных зуботехнических лабораториях и в научных учреждениях. В остальных изученных лечебно-профилактических учреждениях изготавливается только 35,7% видов съемных ортодонтических аппаратов из числа современных, подлежащих обязательному исполнению в учреждениях 1-3 категории.

Это объясняется различным и не всегда высоким уровнем квалификации зубных техников, состоянием материально-технического оснащения бюджетных стоматологических учреждений, а также нестимулирующим уровнем заработной платы зубных техников-ортодонтотв.

Наиболее часто используемым методом изготовления ортодонтических аппаратов в изученных зуботехнических лабораториях является горячая полимеризация: она используется в 100% зуботехнических лабораторий, метод холодной полимеризации применяется в 67,9%.

Таким образом, внесенные предложения зубными техниками-ортодонтами государственных поликлиник по улучшению организации и деятельности зуботехнических лабораторий оказались вполне оправданными. Большое значение респонденты придают обучению на специализированных краткосрочных курсах по специальности «ортодонтия» с накопительной системой зачета часов обучения.

Выводы.

1. Специалисты-техники зуботехнических лабораторий частной формы собственности, повышают свою квалификацию за счет финансирования частной клиникой или собственных средств каждые три года в коммерческих образовательных центрах стран Ближнего зарубежья и Европы, по специальности «ортодонтия», «современные технологии в ортодонтии», тогда как зубные техники из государственных стоматологических учреждений, повышают свою квалификацию один раз в пять лет на государственных базах обучения, но не по ортодонтии, а по специальности «ортопедическая стоматология».

2. Оснащенность и укомплектованность материально-техническими средствами (аппараты: Vacuum Plast, Ministar, BioStar, Triad, аппарат точечной сварки; специальные щипцы для изгибания кламмеров, дуг, пружин; применение цветного мономера «Ortoseryl», трехмерные винты «Бертони», «Leone» и др.), в зуботехнических лабораториях частных стоматологических учреждений на должном уровне, чем в государственных поликлиниках.

3. Ассортимент изготовления ортодонтических аппаратов гораздо шире в частных зуботехнических лабораториях (ортодонтические аппараты: Андресена-Хойпля, Бионаторы, Френкеля, Брюкля, позиционеры,

эластичные-пластмассовые каппы, все виды съемных пластинок), чем в государственных учреждениях, которые заняты изготовлением съемных пластинок со стандартной конфигурацией и механизмом действия, что не способствует качественному оказанию ортодонтической помощи населению.

Литературы:

1. *Оспанова, Г.Б. Ортодонтия – структурная часть концепции «здоровые зубы и качество жизни» / Г.Б. Оспанова // Маэстро: клин. журн. для стоматологов-профессионалов. – 2000. – №3. – С. 85-88.*

2. *Алимский, А.В. Основные направления и перспективы развития научных исследований по организации стоматологической помощи / А.В. Алимский // Перспективы развития современной стоматологии: проблемы Уральского региона. – Екатеринбург, 1997. – С. 3-5.*

3. *Анохина, А.В. Значение исследования распространенности нарушений роста и развития зубочелюстной системы для планирования ортодонтической помощи детям и подросткам / А.В. Анохина // Материалы X, XI Всероссийской научно-практической конференции и труды VIII съезда Стоматологической Ассоциации России. – М., 2003. – С. 257-259.*

4. *Гуненкова, И.В. Состояние ортодонтической помощи в России и перспективы ее развития: автореф. дис... канд.мед.наук / И.В. Гуненкова. Москва, 2005. – 41.*

5. *Антипова, Н.В. Разработка принципов регулирования деятельности современной ортодонтической зуботехнической лаборатории / Н.В. Антипова // Ортодонтия. – М., 2007. – №4.*

ВНЕДРЕНИЕ МЕТОДА ХЕЛИК-ТЕСТА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОСТИ НР ИНФЕКЦИЕЙ У СТУДЕНТОВ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кулушова А. Н., Акбарова Г.М., Молдобаева М.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Диспепсический синдром имеют 30-40% людей в странах Западной Европы и 61% в некоторых странах Азии, преимущественно в молодом и среднем возрасте. 4-5% из всех обращений к врачам общей практики имеют признаки диспепсии. При неустановлении причины возможен термин «необследованная диспепсия» (Римские критерии III, 2006). Роль инфекции Нр в происхождении диспепсии дискуссионна. Цель исследования: внедрение метода Хелик-теста для изучения инфицированности Нр инфекцией у студентов КГМА. Все обследованные проживали в общежитии, с примерно одинаковым образом жизни и питания. Для диагностики Нр инфекции применили дыхательный Хелик-тест, который относится к неинвазивным методам (Маастрихт IV, 2012), чувствительность - 95%, специфичность - 96%. Обследовано 105 студентов КГМА, 2-3-4 курсов: возраст молодых людей варьировал от 18 до 27 лет, средний возраст составил $22,1 \pm 0,2$ лет. Обследованные ранее не обращались за медицинской помощью по поводу диспепсии.

Впервые в Кыргызстане нами применен метод Хелик –теста в качестве метода диагностики Нр. При «необследованной диспепсии» у студентов КГМА выявлена высокая инфицированность Нр инфекцией (68,5%).

Ключевые слова: «необследованная диспепсия», инфицированность, Нр.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН СТУДЕНТТЕРИНИН ИЧИНДЕ НР ИНФЕКЦИЯСЫНЫН ЖУКТУРУУСУН ИЗИЛДӨӨ ҮЧҮН ХЕЛИК ТЕСТ МЕТОДУН КИРГИЗҮҮ

Кулушова А. Н., Акбарова Г.М., Молдобаева М.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Диспепсия синдрому көбүнчө Батыш Европа 30-40% жана ошондой эле, кээ бир Азия өлкөлөрүндө 61% элдеринде жолугат, айрыкча жаш жана орто жаштагы элдердин кайрылуусун 4-5% тинтүзөт. Синдромдун себеби изилдөөлөнбөс «изилденбеген диспепсия» термини колдонулат (Римский критерии III, 2006). Нр инфекциясы диспепсияга алып келүүсү талкуланууда. Изилдөө максаты: КММА студенттеринин ичинде Нр инфекциясынын жуктуруусун изилдөө үчүн Хелик-тест методун киргизүү. Жатаканада жашаган жашоо-шарттары жана тамак-аштары окшош студенттер изилденген. Нр инфекциясын табу үчүн биз дем алуу Хелик-тестин колдондук, инвазиялык эмес ыкмалардын бири болуп эсептелет (Маастрихт IV, 2012), сезгичтиги - 95%, специфичтиги - 96%. 105 КММАнын студенттери изилденген, 2-3-4 курстарда окуган, 18ден 27 жаштагы жаштар, орто эсеп менен $22,1 \pm 0,2$ жаш. Изилденген студенттер буга чейин диспепсия боюнча кайрылган эмес. Биринчи жолу биз тараптан Кыргызстанда Нр инфекцияны аныктоо үчүн Хелик-тест колдондук. КММА студенттеринин ичинде «изилденбеген диспепсиянын» натыйжасында Нр инфекциясы кеңири (68,5%) жуктурулгандыгы аныкталды.

Негизги сөздөр: «изилденбеген диспепсия», Нр, жуктуруу.

TO STUDY INFECTION WITH HP UNEXPLORED DYSPEPSIA AMONG THE STUDENTS OF KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY

Kulushova A.N., Akbarova G.M., Moldobaeva M.S.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Syndrome of dyspepsia is common among the population: about 30-40% of people in Western Europe and in some Asian countries are 61%, mainly in young and middle age, and 4-5% of all visits to general practitioners. When not possible to determine the cause, the term “unexplored dyspepsia” (Rome criteria III, 2006). The role of H. pylori infection in the origin of dyspepsia disputable. Objective: to study infection with Hp «unexplored dyspepsia» among the students of KGMA. All surveyed lived-in a student dormitory, with the same lifestyle and nutrition. For the diagnosis of Hp infection used Helix breathing test, which relates to non-invasive methods (Maastricht IV, 2012), sensitivity - 95%, specificity 96%. Examined 105 students KGMA of 2-3-4 courses: young people age ranged from 18 to 27 years, the average age was $22,1 \pm 0,2$ years. Respondents had not sought medical care for dyspepsia. First in Kyrgyzstan we are apply the method of Helic of test as a method of diagnostics of Hp.

At the «unexplored dyspepsia» students KGMA revealed a high Hp infection (68.5 %).

Keywords: «unexplored dyspepsia», prevalence of infection, Hp.

Введение.

Диспепсический синдром имеют 30-40% людей в странах Западной Европы и 61% в некоторых странах Азии, преимущественно в молодом и среднем возрасте. 4-5% из всех обращений к врачам общей практики имеют признаки диспепсии. В соответствии с Римским Консенсусом III, (2006), синдром диспепсии - это дискомфорт или чувство переполнения в подложечной области, связанное или не связанное с приемом пищи или физическими упражнениями, раннее насыщение, вздутие живота, тошнота, срыгивание, непереносимость жирной пищи [1].

В настоящее время обсуждается возможная связь развития симптомов диспепсии с инфицированностью Hр, так как она выявляется у 50-70% больных с этим синдромом для обоснования проведения стратегии «тест-лечение».

Распространенность Hр инфекции очень вариабельна в зависимости от географического расположения страны, этнической принадлежности, возраста и социальноэкономических факторов. Она высока в развивающихся странах и ниже в развитых, значительно более выражена у лиц молодого возраста: у 80-90% жителей развивающихся стран Азии и Африки, у 40-70% жителей Восточной Европы, Южной Америки и у 25-30% населения развитых стран Европы и Северной Америки [2].

В КР масштабные эпидемиологические исследования по распространенности Hр инфекции не проводились. По результатам совместных работ сотрудников кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии и кафедры микробиологии, вирусологии и иммунологии КГМА им. И.К.Ахунбаева выявлено, что в КР инфицированность больных язвенной болезнью Hр достигает 74% а по данным Национального центра кардиологии и терапии им. академика М.М. Миррахимова за 2007 год - 100% [3,4].

Цель исследования: Внедрение метода Хелик-теста для изучения инфицированности Hр инфекцией у студентов КГМА.

Материалы и методы.

Критерии включения пациентов в группу: признаки диспепсии выявляли у обследуемых согласно

Римским критериям III(2006).

До установления причины диспепсических расстройств мы применяли понятие «необследованная диспепсия» [5].

Все обследованные проживали в общежитии, с примерно одинаковым образом жизни и питания.

Соглашение Маастрихт IV (2012) рекомендует для диагностики (В) Hр инфекции и оценки эффективности (А) эрадикационной терапии применять неинвазивные методы [6]. Из-за дороговизны уреазный дыхательный тест (УДТ) малодоступен, в связи с чем и был разработан сходный метод – дыхательный Хелик-тест [7,8]. Сравнительные исследования продемонстрировали достаточно высокую чувствительность и специфичность Хелик-теста (Хелик-аппарат и Хелик-трубки), не уступающие УДТ [7-12].

Обследовано 105 студентов КГМА, 2-3-4 курсов: возраст молодых людей варьировал от 18 до 27 лет средний возраст которых составил $22,1 \pm 0,2$ лет.

Использована методика одномоментного среза.

Обследованные ранее не обращались за медицинской помощью по поводу диспепсии.

Результаты исследования.

Клинические проявления синдрома диспепсии (жалобы) были выявлены у 100% обследованных.

Совместное проживание с другими студентами в одной комнате, наличие вероятности общего пользования посудой и предметами личной гигиены выявлено у всех 105 (100%) студентов.

При «необследованной диспепсии» у студентов КГМА выявлена высокая инфицированность Hр (72 студента, 68,5%) (Диаграмма 1).

31,5% студентов с «необследованной диспепсией» имели отрицательный Hр результат. При определенных ситуациях (при соединении факторов риска развития диспепсии) вероятность проявления признаков диспепсии у них повышена.

Все таки совместное проживание с другими студентами в одной комнате, увеличивает (100%) инфицирование Hр инфекцией.

Выявление инфекции Hр является обязательным при ведении больного с диспепсией как функциональной,

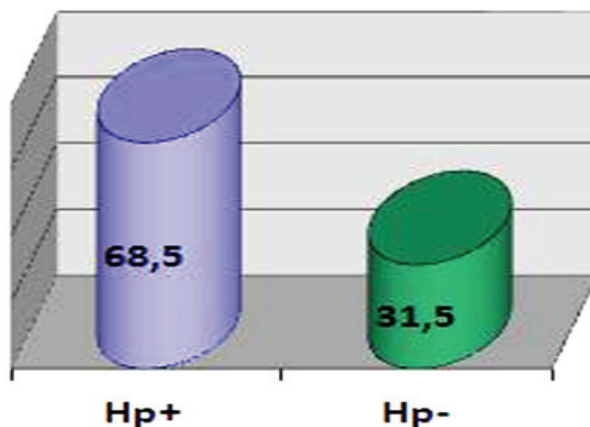


Диаграмма 1.

Инфицированность Hр (методом Хелик теста) у студентов КГМА при диспепсическом синдроме

так и органической для обоснования и проведения стратегии «тест-лечение» (Маастрихт IV, 2012).

В нашей стране из неинвазивных методов диагностики и контроля динамики лечения Нр инфекции рекомендуем Хелик - тест, как быстрый и высокоточный метод, имеющий достаточно высокую чувствительность и специфичность, не уступающая уреазному дыхательному тесту [8-13].

Метод отличается быстротой, безболезненностью, возможностью неинвазивного обследования у постели больного, в кабинете врача-гастроэнтеролога, терапевта, педиатра и семейного врача.

Заключение.

Нами впервые в Кыргызстане применен неинвазивный диагностический дыхательный тест для определения инфицированности Нр.

Неинвазивные методы диагностики Нр инфекции рекомендуются для обоснования проведения стратегии «тест-лечение» (Маастрихт IV, 2012).

Наши исследования показывают, что у студентов КГМА с диспепсическим синдромом выявлена высокая инфицированность Нр инфекцией (68,5%).

Учитывая достаточно высокую специфичность и чувствительность дыхательного Хелик теста целесообразно его применять в практике в качестве метода диагностики Нр, как одного из этапов ведения больных с диспепсическим синдромом.

Литература:

1. Tack, J. [et al.] // *Gastroenterology*. 2006. Vol. 130. P. 1466–1479.
2. Hunt R.H., Xiao S.D., Maraud F. *Helicobacter pylori в развивающихся странах. Всеобщие Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации 2010*. http://www.worldgastroenterology.org/assets/downloads/ru/pdf/guidelines/g_data15_ru.pdf.
3. *Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики*. Б.: Минздрав КР, 2010: 76.
4. *Отчет по проекту: «Изучить в Кыргызстане резистентность Helicobacter pylori к кларитромицину и метронидазолу для адаптации рекомендаций Консенсуса Маастрихт-3, 2005 по лечению язвенной болезни»/ Под ред. Молдобаевой М.С. Б.: КГМА, 2010: 50.6.*
5. Drossman D. *The functional gastro intestinal disorders and the Rome-III process // Gastroenterology*. -2006. - Vol. 130, N 5.- P 1377 – 1390.
6. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ *European Helicobacter Study Group. Management of H. pylori infection-the Maastricht IV. Florence Consensus Report. Gut*. 2012; 61(5):646–664.
7. Корниенко ЕА, Милейко ВЕ, Самокин ВА, Нажиганов ОН *Неинвазивные методы диагностики инфекции, вызванной H. pylori. Педиатрия*. 1999; 1: 37-41.
8. Корниенко ЕА, Поролова НИ *Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия. Проблема диагностики и лечения инфекции H. pylori у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. Вестник практического врача* 2012: 38-43.
9. Корниенко ЕА, *Инфекция H. pylori у детей. – М., ГЭОТАР – Медиа*. 2011:272.
10. Конорев МР, Комлева ЕН, Кухарев АВ, Матвеев МЕ, Мастыкова ЕК, Катина ЕЛ *Витебский государственный медицинский университет, Беларусь*.
11. Корниенко ЕА, Эмануэль ВЛ, Дмитриенко МА *Хелик-тест и Хелик-тест для диагностики хеликобактериоза. Пособие для врачей*, 2005:7.
12. Ценева ГЯ, Рухляда НВ и др. *Патогенез, диагностика и лечение инфекций, обусловленной H. pylori*. СПб., 2003:57–70.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ПРОЦЕСС АДАПТАЦИИ К УЧЕБНОМУ ПРОЦЕССУ У СТУДЕНТОВ 1 И 2 КУРСОВ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Кушубеков Д.К., Асанбаева Э.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучены факторы, влияющие на процесс адаптации к обучению у студентов 1-го, 2-го и 5-го курсов Кыргызской государственной медицинской академии. В исследовании приняли участие 108 студентов. Определены 5 групп факторов, затрудняющих их привыкание к ВУЗу. Показано, что процесс адаптации к обучению у большинства студентов КГМА достаточно сложный и длительный и не заканчивается к концу второго года обучения.

Выявлено, что основными причинами, затрудняющими адаптацию к обучению в медицинской академии, у студентов 1 и 2 курсов являются: неумение рационально использовать свое время, социально-психологические проблемы, насыщенные и сложные программы обучения.

Определено наличие почти у каждого третьего студента высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, у некоторых – наличие депрессии.

Ключевые слова: адаптация, тревожность, общение, студенты КГМА, учебный процесс, преподаватель.

КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН 1 ЧИ ЖАНА 2 ЧИ КУРСУНУН СТУДЕНТТЕРИНИН ОКУУ ПРОЦЕССИНЕ ЫЛАЙЫКТАШУУСУНА ТААСИР КЫЛГАН ФАКТОРЛОР

Кушубеков Д.К., Асанбаева Э.М.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын 1чи, 2чи жана 5чи курсунун студенттеринин окутууга ылайыкташуу процессине таасирин тийгизген факторлор изилденди. Изилдөө 108 студентти камтыды. Алардан ЖОЖ на көнүшүнө тоскоолдук кылган факторлордун 5 тобу аныкталган. КММАнын көпчүлүк студенттеринин окууга ылайыкташуу процесси татаал жана узак болуп, эки жыл окуу мөөнөтүндө дагы бүтпөгөнү көрсөтүлгөн. Медициналык академиянын 1чи жана 2чи курсунун студенттеринин окууга ылайыкташуу процессине тоскоолдук кылган негизги себептери катары булар аныкталды: өзүнүн убактысын туура пайдаланууну билбестиги, социалдык-психологиялык проблемалар, окутуу программаларынын татаалдыгы жана терең мазмундуулугу. Дээрлик ар бир үч студенттин бирөөсү ситуативдик жана инсандык чочулоо сезимдерине дуушар, кээ бирлери депрессия абалында экендиги аныкталды.

Негизги сөздөр: ылайыкташтыруу, чочулоо сезими, мамилелешүү, КММАнын студенттери, окуу процесси, окутуучу.

FACTORS INFLUENCING THE ADAPTATION TO THE EDUCATIONAL PROCESS OF THE FIRST AND SECOND YEAR STUDENTS OF KSMA

Kushubekov D.K., Asanbaeva E.M.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The aim of this study is to identify factors influencing the adaptation to the educational process of the first, second and fifth year university students of the Kyrgyz State Medical Academy. 108 students took part in the research. The study identified five groups of factors complicating their adaptation to the institute of higher education. It is shown that the process of adaptation for most of the students of KSMA is rather difficult and long-lasting as it doesn't come to an end by the end of the second year of education. The study revealed that the main reasons complicating the adaptation process of the first and second year students are the irrational use of time, social and psychological problems and a demanding academic curriculum. Every third student has a high level of situational and personal difficulty; some were diagnosed with depression.

Keywords: adaptation, anxiety, communication, student of KSMA, learning process, professor.

Введение.

Своевременная адаптация к условиям обучения в вузе является одной из важнейших предпосылок успешной учебной деятельности студентов младших курсов. Адаптация - преодоление трудностей вхождения в новую социальную среду, установление внутригрупповых отношений, приспособление к новым формам обучения [1].

Успешная адаптация студентов положительно влияет

на учебный процесс, на их психическое и физическое здоровье.

Цель данного исследования: выявить факторы, влияющие на процесс адаптации к обучению у студентов 1 и 2 курсов Кыргызской государственной медицинской академии (КГМА) для разработки мер, препятствующих дезадаптации.

Материалы и методы исследования.

В качестве инструмента исследования использовалось

анкетирование, направленное на выявление факторов, влияющих на процесс адаптации к обучению в ВУЗе, включающее 42 вопроса. Также применялись шкалы Цунга и Спилберга-Ханина. Было обследовано 108 студентов: по 36 обучающихся 1-го, 2-го и 5-го курсов.

Данные исследований были проанализированы с использованием статистической программы IBM-SPSS для Windows, версии 20. Использовался критерий достоверности Фишера (F).

Результаты исследования.

При исследовании анкет студентов 1 и 2 курсов были выявлены факторы, препятствующие их успешной адаптации. Эти факторы были нами сгруппированы в 5 основных групп.

I. Трудности в учебной адаптации.

Больше половины студентов обоих курсов отметили, что испытывают трудности в обучении (53% и 56%)*; что им с трудом даются некоторые предметы (67% и 61%), они выразили недовольство качеством преподавания на некоторых кафедрах.

*Примечание - далее по тексту 1-ый показатель – это процент ответов студентов 1 курса; 2-й показатель – процент ответов студентов 2 курса; 3-й показатель – процент ответов студентов 5 курса.

Такого рода затруднения студентов 1-го и 2-го курсов могут быть связаны с трудностями адаптации к новой системе обучения, которая на 50% носит самостоятельный характер. Особенно это относится к студентам, которые приехали из дальних регионов и не имеют навыков самостоятельной работы и работы с интернетом.

II. Вторую группу по частоте встречаемости составили ответы, раскрывающие трудности в межличностной коммуникации.

Около одной трети студентов обоих курсов в первую очередь испытывают трудности в общении с группой (33% и 36%). Они отмечают, что группы у них «недружные» (22% и 36%). Некоторые студенты считают, что «часто возникают конфликты с одногруппниками» (17% и 11%). Достаточно большое количество студентов отметили, что у них имеются трудности в общении с преподавателями (39% и 22%). Встречались также ответы, в которых подчеркивалось негативное отношение преподавателей к ним. Эти данные вызывают сожаление, т.к. именно доброжелательные отношения с одногруппниками и преподавателями способствуют созданию чувства защищенности и безопасности, которые так важны для успешной адаптации. Небольшая часть студентов поделились, что у них также имеются проблемы в семье, бывают конфликты с родственниками (13% и 17%).

Отмеченные выше факторы мешают успешной социально-психологической адаптации студентов, вследствие чего затрудняется процесс их вхождения в новый коллектив [2,3,4,5]. Эти трудности могут вызывать негативные переживания, приводить к депрессии, тревожным состояниям, и даже к суицидальному поведению.

Часть студентов 1 и 2 курсов (25% и 36%) указали на необходимость кураторства. Скорее всего, это обусловлено их желанием иметь в лице кураторов поддержку, заменяющую поддержку родителей и

бывших учителей. Такое желание может быть связано с наличием у студентов первых курсов чувства одиночества, низкой самооценки, тоски по дому.

При проведении исследований по шкале Спилберга-Ханина было выявлено, как представлено в таблице № 1, что около половины студентов 1 курса и более одной трети студентов 2 курса имеют высокий уровень ситуативной и личностной тревожности. Наличие высокого уровня тревожности, само по себе, является мощным дезадаптирующим фактором, а пролонгированная тревога вызывает развитие невротических расстройств. Кроме того, выраженная тревожность часто способствует появлению у человека нарушений сна, что приводит к дезорганизации психологического состояния, и соответственно, к снижению успеваемости и нарушению межличностных отношений.

Особую озабоченность вызывают результаты, которые показывают наличие депрессии у студентов 1 и 2 курсов (6% и 9%), что представлено в таблице № 2.

Исследование показало, что почти такое же количество студентов 5 курса (6%) находятся в депрессивном состоянии. Депрессия так же, как и тревога, может влиять на затруднение адаптации к учебе студентов, способствовать снижению их самооценки, что, конечно же, вызовет у них сложности межличностного взаимодействия.

III. Социальный фактор.

Около половины студентов являются приезжими из сельской местности, они отметили, что «долго адаптировались к городу» (58 % и 47%). Часть из них указали, что «испытывают трудности при обучении на русском языке» (25% и 11%).

У этих студентов затруднено приспособление к городскому образу жизни, к проживанию в общежитии и формированию отношений не только с одногруппниками, но и со студентами, совместно проживающими с ними в общежитии. Несомненно, эти факторы вызывают нарушение социальной адаптации.

IV. Нерациональное использование времени.

Многие студенты КГМА не умеют правильно распределять свое время. Большая часть студентов обоих курсов отвлекаются на социальные сети, интернет - игры, развлечения (69% и 81%). Каждый пятый студент 1 курса и каждый третий 2 курса много времени тратят на общение с друзьями (19% и 31%). Это приводит к недосыпанию (86% и 61%), невозможности отдохнуть в выходные дни (56% и 61%), что вызывает снижение качества их подготовки к занятиям, развитие невротических и психосоматических расстройств.

V. Другие факторы.

Не исключено, что часть студентов представляли учебу в медицинской академии по-другому, они не ожидали столкнуться с трудностями, связанными с насыщенной программой обучения. У них возникает реакция разочарования, когда они начинают осознавать, что надо много трудиться для того, чтобы стать хорошим специалистом. Проведенное исследование показало, что чаще такое состояние возникает у студентов, которые поступили в ВУЗ не по собственному желанию, а под давлением родителей и у студентов, которые

Таблица № 1.
Соотношение уровней ситуативной и личностной тревожности у студентов по шкале Спилберга - Ханина (%)

Курс	Ситуативная тревожность		Личностная тревожность	
	Кол-во и % студентов со средним уровнем	Кол-во и % студентов с высоким уровнем	Кол-во и % студентов со средним уровнем	Кол-во и % студентов с высоким уровнем
1 курс	18 (50%)	16 (44%)	18 (50%)	16 (44%)
2 курс	17(47%)	14 (39%)	20(56%)	13 (36%)
5 курс	18 (50%)	11 (31%)	18 (50%)	16 (44%)

Таблица № 2
Соотношение уровней депрессии у студентов по шкале Цунга (%)
Соотношение уровней депрессии у студентов по шкале Цунга (%)

Курс	Уровни депрессии		
	Количество и % студентов, у которых отсутствует депрессия	Кол-во и % студентов с легким уровнем депрессии	Кол-во и % студентов с умеренным уровнем депрессии
1 курс	34(94%)	2 (6%)	0
2 курс	33(91%)	3 (9%)	0
5 курс	34(94%)	1 (3%)	1 (3%)

Таблица № 3
Соотношение ответов анкетирования студентов 1-го и 5-го курсов

	Вопросы	1 курс	5 курс	P
1.	Успевают подготовиться к занятиям	36%	69%	p<0,005
2.	Есть трудные предметы	66%	39%	p<0,020
3.	Отвлекаются на социальные сети, развлечения, интернет - игры	69%	33%	p< 0,002
4.	Имеют друзей помимо одногруппников	88%	22%	p<0,001
5.	Есть чувство недосыпания	86 %	66 %	p<0,050
6.	Отдыхают в выходные дни	55 %	81%	p<0,020

не справляются с учебой из-за низкого уровня общей школьной подготовки. Было выявлено, что половина студентов 1 курса и четверть студентов 2 курса поступили в медицинскую академию по совету родителей (50% и 25%).

Около половины студентов испытывают разочарование в учебе (53% и 44%). Они не довольны системой обучения, и примерно у половины из них временами появляется желание бросить учебу (31% и 22%), но только определенная часть из них смогла бы сделать это (17% и 13,5%). Результаты анкетирования показали, что сравнительно небольшое количество студентов всех трех курсов (17%, 14%, 19%) работают и учатся, содержат себя сами.

При сравнении результатов анкетирования студентов 2 и 5 курсов, так же, как и при сравнении студентов 1 и 2 курсов, по многим параметрам не было выявлено достоверных различий. Для нас это не было неожиданностью. Отсутствие различий, на наш взгляд, следует рассматривать не как отсутствие адаптации к

обучению в ВУЗе, а как замедленный процесс, который не сразу заметен и дает свои результаты отсрочено. На это указывает наличие одного лишь достоверного различия между студентами 1 и 2 курса. Это проявляется лишь в том, что меньшее количество студентов 2 курса, по сравнению с первокурсниками стало испытывать чувство недосыпания (86% и 61% p<0,020). Таким образом, у одной трети второкурсников появилась возможность высыпаться, что является немаловажным успехом в процессе адаптации (16% и 39%p<0,050). Они стали лучше планировать свое время, соответственно стали больше успевать.

В таблице №3 приводятся вопросы анкетирования, ответы на которые дали достоверные различия у студентов 1-го и 5-го курсов.

Показано, что большинство старшекурс-ников успевают готовиться к занятиям, уже меньшее количество предметов у них вызывают трудности.

Соотношение ответов анкетирования студентов 1-го и 5-го курсов, по которым были получены достоверные различия (в %)

К 5-му курсу студенты стали более собранными и организованными, меньше отвлекаются на социальные сети, развлечения, интернет - игры. У них появилась возможность лучше выспаться, а в выходные дни они стали больше отдыхать. Студенты 5 курса также стали психологически ближе с однокурсниками, у них не возникает особой необходимости искать друзей на стороне. Данные результаты можно расценивать как тенденцию к формированию корпоративной солидарности, чувство понимания друг друга, поддержки, чувство «локтя», что немаловажно в профессии врача.

При анализе анкет мы обратили внимание, что 36% пятикурсников отметили, что в процессе обучения у них имеются проблемы с русским языком, тогда как только 11% студентов 2-го курса указали на это. Возможно, такие данные можно объяснить тем, что в последние годы в медицинскую академию из-за большого конкурса поступают в основном абитуриенты, имеющие более высокие баллы по общему республиканскому тестированию, то есть - с более высоким уровнем подготовки, и, чаще всего это - студенты, хорошо владеющие русским языком.

Таким образом, наше исследование позволяет сделать следующие выводы

1. Процесс адаптации к обучению у студентов КГМА достаточно сложный и длительный.

2. Основными причинами, затрудняющими адаптацию к обучению в медицинской академии, у студентов 1 и 2 курсов являются: неумение рационально использовать свое время, социально-психологические проблемы, насыщенные и сложные программы обучения.

3. Важным фактором, замедляющим процесс адаптации к ВУЗу, является психоэмоциональный фактор – наличие почти у каждого третьего студента высокого уровня ситуативной и личностной тревожности, у некоторых – наличие депрессии.

4. Основными факторами, способствующими ускорению адаптации к обучению, являются: рациональное использование времени, психологический фактор, а именно - улучшение взаимоотношений в группе; пересмотр образовательных программ.

5. Выявленные факторы необходимо учитывать при разработке мер, направленных на улучшение адаптации к обучению у студентов первых курсов.

Литература:

1. Сиомичев, А.В. *Психологические особенности адаптации студентов в сфере познания и общения в вузе / А.В. Сиомичев. // Автореф. канд. психол. н. – Л., 1985. – 17 с.*

2. Бисалиев Р.В., Куц О.А. *Психологические аспекты адаптации студентов медицинского вуза // Современные наукоемкие технологии. 2007. № 4. С. 97-98.*

3. Чернышова Л.А. *Социально-психологическая адаптация студентов в медицинском вузе. // В мире научных открытий: матер. науч. конф. Самара: СГМУ. 2010. С. 119-120.*

4. Терёшкина И.Б. *Межличностные отношения как фактор учебной мотивации студентов. // Гуманитаризация и гуманизация обучения в вузе. -Л., 1991.*

5. Слободчиков И. М. *Переживание одиночества в контексте проблем психологической адаптации студентов психолого-педагогических вузов // Психологическая наука и образование. 2005. № 4.*

6. Гаранян Н.Г., Щукин Д.А. *Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 182-206.*

7. Краснова В.В. *Социальная тревожность как фактор эмоционального неблагополучия у студентов: тез. докл. // Сб. материалов науч. конф. «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии» (Самара, 19-21 сентября 2013 г.) / Министерство здравоохранения Российской Федерации и др. Самара, 2013. С. 420-421.*

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ НА ЗАНЯТИЯХ ПО РУССКОМУ ЯЗЫКУ (МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ) Разаева У.М., Кульбаева Г.Б.

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

Резюме. Данная статья посвящена сообщению о профессиональной направленности на занятиях по русскому языку. Материалом послужили медицинские термины. Для решения поставленной задачи были рассмотрены медицинские термины и показана работа с ними.

Ключевые слова: медицинские термины, лексика языка, неоклассицизмы, русская медицинская терминология, синонимы, паронимы, омонимы, речевая избыточность, тавтология, плеоназмы, практические занятия.

ОРУС ТИЛИ САБАГЫНДА КЕСИПКЕ БАГЫТТОО (МЕДИЦИНАЛЫК ТЕРМИНДЕР) Разаева У.М., Кульбаева Г.Б.

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

Корутунду. Макала адистик багыттарга орус тили сабагын кандай окутуу керектигине арналган. Медициналык терминдер материал катары пайдаланды. Алдыга коюлган милдеттерди чечүүдө медициналык терминдер менен кантип иштөө керектиги, алардын чечмелениши көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: Медициналык терминдер, тилдин лексикасы, неоклассицизмдер, орус медициналык терминологиясы, синонимдер, паронимдер, омонимдер, тавтология, плеоназмдар, практикалык сабактар.

PROFESSIONAL ORIENTATION ON THE RUSSIAN LANGUAGE CLASSES (MEDICAL TERMS) Razaeva U.M., Kulbaeva G.B.

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

Resume. This article is devoted on the report of a professional orientation on the Russian language classes. Medical terms are the basis of the material. Medical terms were reviewed to solve the problem and the work with these terms has been shown.

Keywords: Medical terms, language vocabulary, neoclassicisms, Russian medical terminology, connotation of the word, synonyms, paronyms, homonyms, tautology, pleonasm, practical classes.

Одной из главных задач обучения русскому языку нерусских студентов является подготовка студентов к овладению специальности на базе русского языка. Профессиональная направленность занятий по русскому языку позволяет преподавателю глубже раскрыть содержание изучаемого предмета, способствует повышению интереса студентов к русскому языку.

С первых занятий студент включается в учебный процесс по своей специальности. Перед преподавателем возникают вопросы: что должна представлять собой работа по специальности на занятиях по русскому языку, как проводить эту работу, следует ли использовать специальную литературу?

Безусловно, читать литературу по учебной программе необходимо, поскольку каждый текст служит основой для изучения грамматических норм русского языка. Более того, в нем должны содержаться формы и конструкции, надлежащие усвоению. Студенты должны уметь определять главную мысль, выделять основные положения текста, выделять и запоминать научные гипотезы, факты и определять значение новых понятий и терминов. Чтобы знать термины, студенту, окончившему кыргызскую школу, недостаточно иметь информацию о его значении. К сожалению, в имеющихся словарях медицинские термины характеризуются исключительно

в статике, с точки зрения их понятийного смысла. Обучающемуся необходимо иметь информацию и о способности термина вступать в синонимические и прочие связи, с одной стороны, и сочетаться с определенным кругом слов – с другой, так как адекватное восприятие и употребление термина во многом зависит от правильного окружения (контекста).

Как известно, термины (от лат. Terminus – предел, граница) – это слова, дающие точное обозначение предметов, явлений, процессов в какой – либо специфической области, например, в медицине. С его помощью формулируются научные теории, концепции, положения. Термин часто является вестником нового научного открытия, феномена [1/2]. В разных языках можно подобрать синонимы к терминам. Но в науке они используются без перевода, так как специалисты, исследуя те или иные объекты в науке, обозначают их одним термином (интернационализмы), что позволяет им продвигать науку быстрее и лучше, не прибегая к переводам. Основную часть медицинской лексики составляют слова, вошедшие из греческого и латинского языков, также из западноевропейских языков.

История возникновения медицинских слов (терминов) параллельно с возникновением врачевания насчитывает несколько тысячелетий. Так, например,

более ста медицинских сочинений древнегреческих врачей, собранных в «Гиппократовом сборнике» содержат медицинские термины, позже унаследованные научной медициной: апофиз, амблиопия, бронх, герпес, кахексия, кифоз, кома, лордоз, нефрит, полип, тиф, уретра, холера, эпидемия и др. [1/2]

Греческий философ и ученый Аристотель (384 – 322 г. до н.э.) внес значительный вклад в медико – биологическую лексику. Это, например, такие наименования, как аорта, глаукома, диафрагма, лейкома, трахея, фаланга и др. [2/2]

Герофилу (около 300–250 г. до н.э.) приписывается авторство таких дошедших до наших дней терминов, как простата, диастола и систола и др. Эразистрату (умер около 250 г. до н.э.) принадлежит авторство терминов – неологизмов: паренхима, булимия и др. [3/2]

Со временем часть медицинских терминов (латинских и греческих) устаревает и выходит из употребления (миазм, уринг, меланхолия, истерия и др.), другие меняют свое значение, а для выражения новых научных понятий возникают новые термины, так называемые неоклассицизмы (неогрецизмы, неолатинизмы), искусственно созданные учеными разных стран на основе лексического и словообразовательного материала классических языков.

Большая заслуга в языковом оформлении неоклассицизмов принадлежит римскому ученому и врачу Авл Корнелию Цельсу (ок. 30 г. до н.э. – 50 г. до н.э.). Он широко использовал греческие наименования как самые авторитетные и точные: ортопедия, цирроз, гормон, аллергия и т.д. [1/3]

Заслуга создания русской научной медицинской терминологии принадлежит русским врачам – переводчикам 18 века. В течение всего 19 века русская медицинская лексика продолжала активно пополняться интернациональными терминами. Эти термины активно используются уже более двух столетий и понятны не только медикам. Например, это такие слова, как:

альвеола – ячейка, лунка; бацилла – бактерия; вакцина – прививка; галлюцинация – видение; дентин – костное вещество зуба; иммунитет – невосприимчивость; инфаркт – прекращение тока крови; инфекция – заражение; лимфа – жидкость; рефлекс – реакция; аборт – выкидыш.

В современной русской медицинской терминологии интернационализмы и их русские эквиваленты выступают в качестве синонимов. При этом в одних случаях предпочтительно используется, например, вшивость вместо педикулез, окостенение вместо оссификация, понос вместо диарея и др. В других случаях предпочитают интернационализмы, например, пункция, а не прокол, пальпация, а не ощупывание, гинекофобия, а не женоненавистничество.

Во многих из приведенных случаев применение именно заимствованного слова объясняется тем, что его русский эквивалент обладает многозначностью. Например, прокол – медицинский термин, а его переносное значение – (что-то совершенно не так, как хотелось бы). Иногда русский эквивалент уступает интернационализмам, поскольку от последнего легче образовать производные слова, например, плацента (плацентарный) – детское

место. Нередко такие синонимы являются практически равноправными: кровотечение, кровоизлияние – геморрагия (геморрагический), близорукость – миопия (миопический), *поджелудочная железа* – панкреас (панкреатический), переливание крови – гемотрансфузия (гемотрансфузионный). [1/4]++

Эти и другие языковые явления вызывают трудности при усвоении терминов, поэтому на занятиях по русскому языку терминам уделяется внимание при изучении лексики, словообразовании, стилистики и т.д.

Как же снять эти языковые трудности? Как добиться того, чтобы студенты правильно произносили термины и использовали в определенных ситуациях. Возможны различные пути. Мы же предпочитаем работу со словарями и методически обоснованной системой заданий и упражнений. Проиллюстрируем на примерах:

Акцентологическая работа.

Ударение является самой болевой точкой при изучении русского языка. Разноместность его делает ударение индивидуальным признаком каждого отдельно взятого слова. Целый ряд вариантов ударения связан с профессиональной сферой употребления: шприцы – литературное произношение (у медиков – шприцы); фобия – литературное произношение, (у медиков – фобия) и т.д.. Поэтому при работе с медицинскими терминами мы (по мере их использования) называем литературный вариант.

1. Составьте словосочетания и предложения со следующими терминами. Запомните место ударения.

Заворот кишок, недуг, светобоязнь, паралич, пластырь, средства, генезис, диспансер, аналог, коклюш, диагноз, анамнез, диоптрия.

2. Расставьте ударение в терминах. За справкой обращайтесь к словарю.

Амнезия, гипофиз, панкреас, суставной, травмированный, кровохарканье.

Лексическая работа и словообразование.

Упражнения, связанные с лексической работой и словообразованием направлены на усвоение правильного выбора слов для наиболее точного выражения мысли, на образование терминов с указанием их специфической словообразовательной модели. Поскольку языковые единицы находятся между собой в различных отношениях, мы рассматриваем связь терминов с синонимами, антонимами, многозначностью, паронимами, лексической сочетаемостью.

1. Проверьте по словарю медицинских терминов и запомните правописание следующих слов и словосочетаний.

Трехчле...ый ритм сердца, преждевре...ые роды, вакци...ция, шок кардиоге...ый, эндокрит язве...ый, синдром бараба...ых палочек.

2. К следующим словам и словосочетаниям подберите их интернациональные эквиваленты. Составьте с ними словосочетания.

Прививка, удаление, невосприимчивость, воспаление слизистой оболочки гайморовой полости.

3. Подберите русские эквиваленты к интернациональным терминам.

Интоксикация, инъекция, пункция, пальпация, плацента, диарея, анестезия, трансплантация, симптомы,

иммунитет.

4. Являются ли синонимами термины «ампутация» и «эктомия»? Приведите свои примеры.

5. Выполните задания по образцу.

Образец: пластический (хирург, операция) – пластичный (гибкий, изящный).

Пластический хирург осмотрел пациентку. У балерины пластичный взмах руки.

- болевой – болезненный...
- трубчатый – трубочный...
- токсический – токсичный...
- аритмичный – аритмический...

6. Употребите данные сочетания в контексте. Следите за тем, чтобы не возникла двусмысленность.

Вынести операцию, боль, мебель. Прослушать курс лекций, сердце, вопрос пациента.

Небрежное отношение к языку может привести к речевой избыточности.

7. Найдите речевые ошибки и устраните их. Ответ аргументируйте.

1. Причины детского суицида в значительной степени отличаются от причин, по которым уходят из жизни взрослые люди. 2. Врач врачует не только тело, но и душу. 3. Кровообращение обеспечивает ритмическую и бесперебойную работу сердца.

8. Образуйте термины, которые представляют собой сочетание «имя прилагательное, имеющее значение «похожий на что – либо» + имя существительное. Такие прилагательные образуются с помощью части слова – **видный**.

Образец: клин (кость) – клиновидная кость.

Крючок (отросток), горох (кость), меч (отросток), шар (сустав), груша (звездчатая форма клетки).

9. Как образовались следующие термины – прилагательные?

Решетчатая кость, губчатое вещество пластинчатая структура, решетчатая борозда, звездчатая форма.

10. Продолжите слова – термины на–ние, –ие, –ость, –ка, –ция со значением признака, действия, состояния, изменения.

Вскрытие, фиксация, всасывание, дезинфекция, диагностика, растяжимость.

11. Дополните ряды терминами, в состав которых входят интернациональные словообразовательные элементы

А -/ АН- (отрицание, отсутствие какого – либо качества): античный,...

АНТИ- (противоположный): антигриппин,...

ГИПЕР – (превышение нормы, над, сверху): гипертония,...

ГИПО – (понижение против нормы, внизу, над: гиподинамия,...

РЕ – (возобновление, повторность действия): репродукция,...

Работа по морфологии.

Она включает в себя задания, связанные с наиболее сложными вопросами русской морфологии для студентов национальной аудитории. Это – определение рода, числа существительных и т.д.

1. Подберите к существительным женского рода

существительные мужского и наоборот. Отметьте случаи, когда соответствия нет.

Акушерка, пешеход, психолог, профессор, эксперт, санитарка, сиделка, провизор, нейрохирург, массажистка.

2. Определите род терминов. Укажите их родовые признаки.

Анальгин, вакцинация, диетотерапия, систола, бандаж, зондирование, донор, инсулин.

3. Образуйте форму множественного числа от слов глаз, бактерия, вирус, уретра, бок, череп, аффект, рука, сустав, сосуд, фаланга, герпес, кома. Все ли термины могут иметь форму множественного числа? Ответ обоснуйте.

Задания, связанные с изучением синтаксиса на материале учебных текстов.

Это упражнения на правильное использование предлогов, союзов, вводных слов, однородных членов предложения. На взаимозамену причастного оборота и придаточного определительного и наоборот; упражнения, связанные с обучением трансформации предложений.

1. Прочитайте предложения. Обратите внимание на изменение значения слова в зависимости от приставки.

Сухожилия проходят через фиброзные и костно-фиброзные каналы. Волокна переходят в широкий амневроз.

2. Замените подчеркнутые глаголы деепричастием или причастием.

Ножки диафрагмы поднимаются кверху и сходятся друг с другом. – Ножки диафрагмы, поднимаясь кверху, сходятся друг с другом.

3. Преобразуйте активную конструкцию в пассивную и, наоборот.

Фасция покрывает поверхность. – Поверхность накрыта факцией.

4. Составьте словосочетания из слов. Все слова, кроме первого слова, должны быть в родительном падеже. Мутирование + часть + ген.

Думается, что предложенные задания позволяют развить речь, познавательную деятельность студентов и выработают навыки адекватного восприятия и употребления терминов.

Литература:

1. Словари и справочная литература.
2. Малая медицинская энциклопедия. – М.: Медицинская энциклопедия. 1991 - 96 г.г.
3. Абрамова Г.А. Медицинская лексика: основные свойства и тенденции развития: диссер. докт. филолог. наук / Г.А. Абрамова. – Краснодар, 2003г.
4. Татаринев В.А. Теория терминоведения и современное состояние / В.А. Татаринев. – М.: Московский лицей, 1996 г.
5. Кульбаева Г.Б. Совершенствуем русскую речь. Учебное пособие по русскому языку для студентов - медиков / Г.Б. Кульбаева. – Бишкек, 2014 г.

ПРОБЛЕМНО-ОРИЕНТИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Хожаев А.А.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан

Резюме. Настоящее исследование посвящено внедрению в практику метода проблемно-ориентированного обучения по дисциплине «Онкология». Использование инновационного метода на практических занятиях позволило улучшить как выживаемость знаний, так и заинтересованность студентов в процессе обучения, их активную роль в учебном процессе. Учащиеся отметили, что применение данного метода обучения способствует реализации их знаний и умений, полученных в учебной аудитории, на практике; учащиеся лучше представляют, как использовать в своей работе приобретенные навыки и полученную образовательную информацию.

Ключевые слова: медицинское образование, онкология, проблемно-ориентированное обучение.

PROBLEM-BASED LEARNING IN MEDICAL EDUCATION ON THE SUBJECT «ONCOLOGY»

Khozhayev A.A.

Kazakh national medical university of S.D.Asfendiyarov
Almaty, Republic of Kazakhstan

Resume. The present study focuses on the implementation in practice of the method of problem-based learning on the subject «Oncology». Using an innovative method for practical training has improved both survival knowledge and interest of students in the learning process and their active role in the learning process. Students noted that the use of this method of training contributes to the realization of their knowledge and skills acquired in the classroom, in practice; students better idea of how to draw on the skills acquired and the resulting educational information.

Keywords: medical education, oncology, problem-based learning.

Введение.

На сегодняшний день внедрение в учебный процесс инновационных методов обучения стало обязательным условием формирования конкурентно-способного специалиста [1,2]. В медицинском образовании этот вопрос стоит особо остро, так как врачебная специальность подразумевает профессионализм в полном понимании этого понятия. Проблемно-ориентированное обучение (ПОО) позволяет ориентироваться в различных клинических ситуациях, формировать и закреплять полученные навыки [3]. Одним из важнейших условий в ПОО является активное сотрудничество обучающихся с целью более разностороннего изучения проблемы и формирования правильных решений [4]. В отличие от традиционных занятий, изучение материала в процессе ПОО обычно проходит в аудитории, в небольших по численности группах студентов, обычно в форме дискуссии, направляемой преподавателем (тьютором). Вследствие того что объем прямых инструкций тьютора при ПОО сводится к минимуму, студенты берут на себя большую ответственность за собственное обучение [5,6,7]. При этом роль преподавателя сводится к роли эксперта по обсуждаемой проблеме, консультанта в выполнении группового задания и руководителя по использованию информационных источников. Поиск самостоятельного решения поставленной задачи развивает чувство ответственности, делает обучающихся инициативными, заинтересованными в процессе обучения [8,9].

Материал и методы.

Метод ПОО был использован при проведении практических занятий на цикле «Основы онкогинекологии» у студентов 4 курса факультета «Общая медицина».

С целью оценки мнения обучающихся о внедряемом инновационном методе обучения был применен разработанный опросник с пятью вариантами ответов

по шкале Ликерта, ранжированными от «Совсем не нравится» до «Очень нравится». Вместе с этим, для выяснения эффективности данного метода обучения в усвоении материала, были проанализированы в сравнительном аспекте конечные результаты обучения в группах с традиционным методом (контрольная группа, n=102) и инновационным (основная группа, n=111). При этом группы были сопоставимы по основным показателям (когнитивный уровень и др.).

Критерии оценки студента (участие в процессе обучения):

1. Активно участвует в обсуждении случая и проблемных вопросов.
2. Дает возможность другим участвовать в работе группы.
3. Эффективно общается с участниками учебного процесса.
4. Определяет достоинства и недостатки в учебном процессе у себя и у других, демонстрирует собственный прогресс в преодолении слабых сторон.
5. Как лидер эффективно участвует в учебном процессе.

Метод ПОО включал 27 этапов (шагов).

Занятие № 1:

1. Знакомство: раздавались бейджики для студентов и преподавателя (тьютора). Студентам задавались различного рода личные вопросы, такие как: «С какой погодой (временем года) ассоциируете свое состояние?», «Какие свои качества (положительные и отрицательные) можете назвать?», «С каким цветом ассоциируете свое состояние?», «Сравнение себя с животным», «Хобби» и т.п. Каждый должен был представиться.

2. Обсуждался план занятия и повестки дня: коротко объяснялось, что такое ПОО, чем отличается от традиционных занятий, какое поведение требуется от студента, какова роль преподавателя.

3. Согласование расписания занятий: подготовлено расписание занятий заранее, роздано студентам с объяснением - когда будет проводиться внеаудиторная работа и почему должно быть такое расписание.

4. Обсуждение плана оценки: показаны все оценочные формы, рассказано подробно о системе оценивания знаний - в конце каждого занятия, в конце случая, устно, письменно, методы оценки, критерии оценки.

5. Установка правил работы в малой группе: объяснено, зачем нужны правила; для примера озвучено одно правило; установлено 6-7 правил (в список правил обязательно включалась конфиденциальность); все это студенты, обсуждая самостоятельно и активно предлагая варианты, записывали на флип-чарте.

6. Представление клинического случая: роздан блок №1 всем по экземпляру, который зачитывался вслух, затем узнавалось - все ли понятно, коротко пояснялись непонятные термины.

7. Определение основных проблем: студентам предлагалось записать их кратко и четко на флип-чарте с использованием только имеющейся достоверной информации; при этом, все студенты активно вовлекались в процесс обсуждения обращениями типа «Кто хочет добавить?», «Все согласны?», «Вы согласны с тем, что это проблема пациента?».

8. Выявление сопутствующих факторов: учащимся предлагалось обосновать и записать на флип-чарте дополнительные факторы - факторы риска с объяснением, почему они считают это важным; все студенты активно вовлекались в процесс обсуждения обращениями типа «Кто хочет добавить?», «Все согласны?», «Вы согласны с тем, что это может быть важным при решении проблемы пациента?».

9. Выдвижение гипотез: студентам разъяснялось, какими должны быть гипотезы - широкими (не отдельный диагноз), по системам органов; при этом, студенты обосновывали выдвинутые гипотезы и записывали их на флип-чарте.

10. Ранжирование гипотез: учащимся предлагалось кратко объяснять, почему данная гипотеза наиболее вероятная и пронумеровать их в порядке важности.

11. Описание основных механизмов и формулирование проблемных вопросов: выполнение данного этапа занятия начиналось с самой первой по важности гипотезе, стимулировалось развернутое углубленное объяснение механизмов развития проблемы пациента с зарисовкой студентами схем, диаграмм и рисунков с акцентированием на основных жалобах пациента, направлением обсуждения с учетом целей и задач темы, привлечением внимания на реплики в «правильном» направлении, вовлечением каждого члена группы постоянно мониторить понимание хода обсуждения группой; при этом, задачами тьютора было: а) помогать выйти группе из затруднительных ситуаций обращениями типа «Я вижу вы зашли в тупик, может быть сделаем резюме на данном этапе?», «К чему вы пришли?», «Что вас смущает?», «Почему вас это смущает?», «Может быть сделаем таблицу и напишем, что есть, а чего не

хватает?»; б) способствовать определению границ знаний такими вопросами, как «Вы уверены, что это так?», «У вас достоверные сведения?», «Вы можете более подробно рассказать это? Или вам нужно посмотреть дополнительную информацию?»; в) помогать сформулировать проблемные вопросы, такие как «Если вы не уверены, может вам нужно это почитать, изучить более подробно?», «Вы хотите это записать для дополнительного изучения дома?»; г) помочь сформулировать сфокусированные четкие проблемные вопросы, с акцентом на механизм - «Как влияет...?», «Как образуется...?», «Почему...?», «Что происходит в ... при...?»; д) записать проблемные вопросы на флип-чарте и в тетрадах, напомнить студентам, что они должны их изучить самостоятельно во внеаудиторное время.

12. Задание на дом: проводилось обсуждение - где и как учащиеся будут находить информацию для ответа на вопросы (интернет, учебники, статьи, врач-родственники); оговаривалось, что на следующем занятии при обсуждении нужно будет делать ссылку на источник; записывалось задание на дом.

13. Обратная связь: студентам объяснялась важность умения адекватно оценивать себя и коллег, что такое конструктивная обратная связь; напоминались критерии оценки, обсуждался ход занятия, успехи, достижения и неудачи группы в целом и каждого; заслушивались ответы (в том числе и самого тьютора) на такие вопросы, как «Что вам удалось?», «Что не удалось?», «Что вы сделаете по-другому в следующий раз?»; каждый студент оценивал как свою работу (самооценка), так и давал обратную связь каждому участнику (взаимооценка), в том числе и тьютору, с приведением примеров и советами по улучшению учебного процесса.

14. Завершение занятия: уточнялась дата следующего занятия.

Занятие № 2:

15. Введение: напоминались правила; обсуждалось - как они выполняются, не нужно ли что-то добавить; учащимся напоминалось, что приверженность правилам является частью профессионального поведения; студенты вспоминали, на каком этапе остановилось обсуждение на прошлом занятии, какие проблемные вопросы возникли в ходе обсуждения и с чем они ушли на самостоятельную работу; обсуждалось, как они провели это время (внеаудиторная работа), где искали материал, как работали (в одиночку или группой), были ли проблемы с поиском информации.

16. Дальнейшее обсуждение случая с учетом проблемных вопросов: студенты продолжали обсуждать проблему пациента в свете полученных знаний, пытались представить полный механизм развития проблемы пациента. При этом преподаватель направлял учащихся такими обращениями, как «Изменились ли в свете новой информации ваши рабочие гипотезы?», «Как связаны ваши новые данные с нашим пациентом?», «Какую гипотезу вы рассматриваете?», «Может у вас появилась новая гипотеза или вы утвердились в какой-то гипотезе? Почему?», «Вы можете уверенно утверждать, что проблемы пациента связаны именно с этими причинами? В чем ваши основные сомнения?».

17. Переход на новую страницу случая: переход

происходил только после завершения тщательного разбора и обсуждения случая с учетом новых данных; при этом, вопросы при запросе новой порции информации по пациенту (анамнез, физикальные данные и т.д.) были следующими: «Какая дополнительная информация вам необходима?», «Почему вам нужна эта информация? Что это вам даст?», «Какие вопросы вы хотите задать? Что надеетесь увидеть?», «Какую информацию вы надеетесь получить?», «Какую гипотезу вы хотите подтвердить/опровергнуть?»; обсуждалось - какие данные анамнеза предположительно подтвердят рабочую гипотезу, а какие, наоборот, опровергнут.

18. Предоставление новой информации по случаю: роздан блок №2, который зачитывался вслух с последующим обсуждением, после чего выяснялось, понятны ли новые термины; учащимся задавались наводящие вопросы типа «Изменились ли в свете новой информации ваши рабочие гипотезы?», «Как связаны ваши новые данные с нашим пациентом?», «Какую гипотезу вы рассматриваете?», «Может у вас появилась новая гипотеза? Или вы утвердились в какой-то гипотезе? Почему?», «Вы можете уверенно утверждать, что проблемы пациента связаны именно с этими причинами? В чем ваши основные сомнения?»; при этом, задачами преподавателя было: а) продвигать группу вперед, помогать выйти из затруднений следующими обращениями: «Я вижу вы зашли в тупик, может сделаем резюме на каком этапе мы находимся?», «К чему вы пришли?», «Что вас смущает? Почему вас это смущает?», «Может сделаем таблицу и напишем что есть, чего не хватает?»; б) способствовать определению границ знаний обращениями типа «Вы уверены что это так?», «У вас достоверные сведения?», «Вы можете более подробно рассказать это? Или вам нужно посмотреть дополнительную информацию?»; в) помогать сформулировать такие проблемные вопросы, как «Если вы не уверены, может вам нужно это почитать, изучить более подробно?», «Вы хотите это записать для дополнительного изучения дома?», г) помочь сформулировать сфокусированные четкие проблемные вопросы, с акцентом на механизм, такие, как «Как влияет...?», «Как образуется...?», «Почему...?», «Что происходит в ... при...?».

19. Поэтапное развертывание случая: повторялись шаги 17-18.

20. Задание на дом: смотреть шаг 12.

21. Обратная связь: смотреть шаг 13.

22. Завершение занятия: смотреть шаг 14.

Занятие № 3 (завершающее):

23. Введение: смотреть шаг 15.

24. Дальнейшее обсуждение случая: по необходимости повторялись шаги 16-19.

25. Завершение случая: задачами тьютора было: а) помочь сформулировать окончательное решение (диагноз, опции лечения, рекомендации и т.д. в зависимости от задачи); б) помочь сделать заключение (суммировать), сделать выводы, вывести закономерности, рассмотреть другие вариации наводящими вопросами типа «Что вы узнали?», «Какие общие закономерности вы можете здесь проследить?», «Что было бы, если бы у пациента было бы...? Как бы это отразилось на вашем ходе рассуждения?»; в) в заключении озвучивались цели и задачи данного занятия,

какие принципы и закономерности студенты должны были усвоить.

26. Обратная связь: смотреть шаг 13.

27. Завершение занятия.

Полученные результаты и их обсуждение.

При проведении анкетирования по выявлению мнения студентов о методе ПОО из 111 человек по шкале Ликерта получены следующие результаты: «Очень нравится» - 24 человека (21,6±3,9%), «Нравится» - 71 человек (64,0±4,6%), «Затрудняюсь ответить» - 14 человек (12,6±3,2%), «Не нравится» - 2 человека (1,8±1,3%), «Совсем не нравится» - 0 человек. Как свидетельствуют полученные данные, подавляющему числу студентов - 95 учащихся из 111, что составило 85,6±3,3%, метод ПОО понравился. Кроме того, ответ «Совсем не нравится» не встретился ни разу; при этом, неудовлетворенны новым методом обучения остались только двое студентов. Эти данные являются неотъемлемой частью инновационных идей, так как известно, что около 10-15% респондентов обладают консервативными взглядами и всегда относятся скептически к любым новым методам обучения, кажущимся им сложным и непонятным.

Сравнительный анализ конечных результатов обучения (результаты тестирования) в группах с традиционным методом (контрольная группа, n=102) и инновационным (основная группа, n=111) показал, что в контрольной группе средний балл оценки знаний составил 81,7±3,9%, в основной - 94,3±2,3% (p<0,05).

Вывод. Таким образом, на основании полученных данных по внедрению в учебный процесс проблемно-ориентированного обучения можно сделать вывод, что применение данного метода способствует развитию у студентов-медиков сознательного, мотивационного подхода к обучению, лучшему осмыслению, усвоению и грамотному применению учебного материала, приводит к формированию навыков самоорганизации, самообучения и самоконтроля. При этом, повышается рейтинг занятий, посещаемость, процент положительных оценок по сравнению с аналогичными параметрами при традиционном обучении, уровень сознательного отношения к приобретению профессиональных знаний и личностных качеств будущего врача.

Литература:

1. Joule J. Li *Problem-based learning and undergraduate research: another student's perspective // Perspectives on Medical Education.* – 2013. – Vol. 2, Issue 5-6. – P. 360-361.

2. Cindy E. Hmelo-Silver, Catherine Eberbach *Learning Theories and Problem-Based Learning // Problem-Based Learning in Clinical Education. Innovation and Change in Professional Education.* – 2012. – Vol. 8. – P. 3-17.

3. William K Lim *Dysfunctional problem-based learning curricula: resolving the problem // BMC Medical Education.* – 2012. – Vol. 12. – P. 89.

4. Srinivasan M., Wilkes M., Stevenson F. et al. *Comparing problem-based learning with case-based learning: effects of a major curricular shift at Two institutions // Acad. Med.* – 2007. – Vol. 82. – P.74-82.

5. Martinez W., Azzam A., Mack K. *Student near-peer co-tutors in PBL groups* // *Med. Educ.* – 2009. – Vol. 43. – P. 475-476.

6. Parmelee D., Michaelsen L., Cook S. et al. *Team-based learning: a practical guide: AMEE guide No. 65* // *Med. Teach.* - 2012. – Vol. 34. – P.275-287.

7. Abdelkhalek N., Hussein A., Gibbs T. et al. *Using team-based learning to prepare medical students for future problem-based learning* // *Med. Teach.* – 2010. – Vol. 32. – P. 123-129.

8. Elaine H. J. Yew, Henk G. Schmidt *What students learn in problem-based learning: a process analysis* // *Instructional Science.* – 2012. – Vol. 40, N 2. - P. 371-395.

9. Abdulhadi A. AlAmodi *Problem-based learning sessions and undergraduate research: a medical student's perspective and experience* // *Perspectives on Medical Education.* – 2014. – Vol. 3, N 1. - P. 56-60.



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

МЕДИКО–СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАК ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖИТЕЛЕЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шаяхметов Д.Б., Альжанова А.М.

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

Резюме. В результате анкетирования жителей регионов КР отмечено большое количество (452 – 36,4% от всех опрошенных) людей со скрытыми или не диагностированными заболеваниями слюнных желез. Отмечено, что прослеживается связь заболеваний слюнных желез с имеющимися у опрошенных сопутствующими заболеваниями.

Сухость полости рта, периодически возникающая у 63,4% опрошенных, 13% которых отмечали частую и, даже ежедневную сухость, говорит о развивающихся дистрофических процессах в слюнных железах.

Высокий процент (30,8%) заболеваемости лимфатических узлов указывает на снижение компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

Характер питания и количество употребляемой жидкости, также как и сопутствующие заболевания играют важную роль в этиопатогенезе воспалительных заболеваний слюнных желез.

Ключевые слова: слюнные железы, скрыто протекающие заболевания слюнных желез, этиопатогенез, сиалоаденит.

МЕДИКО-СОЦИАЛДЫК ФАКТОРЛОРГО БАЙЛАНЫШТУУ, КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ЖАРАНДАРЫНДА, ШИЛЕКЕЙ БЕЗ ООРУЛАРЫНЫН ПАЙДА БОЛУШУ

Шаяхметов Д.Б., Альжанова А.М.

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

Корутунду. КР аймактарындагы жарандарды сурамжылоодо көпчүлүк адамдардын (452 синде - 36,4%) шилекей бездеринин байкалбаган жана такталбаган оорулары белгиленген. Алардын көпчүлүгүндө шилекей бездеринин дарттары алардын башка өнөкөт оорулары бар экендиги такталган.

Сурамжылоодо 63,4% жарандар өздөрүнүн кез-кезде ооругандыгын алардын 13% тез-тез жана күндөлүк курчагандыгын белгилешкен. Бул алардын шилекей бездеринин дистрофикалык өзгөрүүлөр кайра болгондугун билдирген.

Лимфатикалык түйүндөрүнүн (30,8%) жарандардын иммундук абалынын азайып кетишинен байкалат.

Тамактануунун түрлөрү, суюктуктарды ичүүнүн өлчөмү жана өнөкөт оорулардын коштоосунда шилекей бездеринин сезгенүүсүнүн негизги этиопатогенези болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: шилекей бездери, шилекей бездеринин ооруларынын билинбей өтүшү, этиопатогенез, сиалоаденит.

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS AS RISK FACTORS FOR THE EMERGENCE DISEASES OF THE SALIVARY GLANDS IN RESIDENTS OF THE KYRGYZ REPUBLIC

Shayahmetov D.B., Aljanova A.M.

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

Resume. As a result of questioning residents of the regions of the Kyrgyz Republic noted a large number (452 – 36,4% of all respondents) of people with hidden or undiagnosed diseases of the salivary glands. It was noted that a correlation of diseases of the salivary glands with their existing comorbidities respondents.

Dryness of the mouth, recurring at 63,4% of the respondents, 13% of which have frequent and even daily dryness, says developing degenerative processes in the salivary glands.

A high percentage (30,8%), the incidence of lymph node indicates a decline of compensatory processes by the immune system.

The nature of power and the amount of fluids you drink, as well as comorbidities play an important role in the etiopathogenesis of inflammatory diseases of the salivary glands.

Key words: salivary glands, latent diseases of the salivary glands, etiopathogenesis, sialadenitis.

Введение.

Медико-социальное исследование населения при различных аспектах заболеваний органов и систем организма представляет собой научный интерес, как с точки зрения изучения характеристик и структуры заболеваний, так и с позиции обоснования системного подхода к интеграции окончательных выводов во взаимосвязи с отдельными социально-гигиеническими аспектами.

Актуальность.

Слюнные железы (СЖ) являются важной составной частью пищеварительной системы, они обеспечивают и поддерживают гомеостаз полости рта и верхних отделов желудочно–кишечного тракта. Удаление СЖ ведет к развитию различных заболеваний желудочно–кишечного тракта [4].

Диагностика заболеваний СЖ на ранних стадиях затруднительна, вследствие того, что эти заболевания

часто носят скрыто протекающий характер [6].

Целью настоящего исследования явилось определение состояния СЖ у жителей Кыргызской Республики (КР).

Материалы и методы исследования.

Нами проведено анкетирование населения КР (1241 респондент), проживающих в различных регионах страны.

Инструментом исследования служили разработанные нами анкеты – опросники.

Все опрошенные жители КР, были распределены по регионам проживания следующим образом:

1. г. Бишкек – 476 респондентов (мужчин – 237, женщин - 239).

2. Северный регион страны, куда вошли Чуйская, Иссык-Кульская, Нарынская, Таласская области – 475 респондентов (мужчин – 213, женщин - 262).

3. Южный регион страны, куда вошли Баткенская, Жалалабадская, Ошская области – 290 респондентов (мужчин – 127, женщин -163).

В процессе анкетирования мы акцентировали внимание на следующих вопросах: отмечались ли у опрошиваемых наиболее характерные проявления воспалительных заболеваний СЖ:

1. припухания в области СЖ (частота, сезонность их появления, с чем связывают опрошенные их возникновение);

2. изменение вкуса слюны;

3. ощущение сухости в полости рта;

4. анамнестические данные о наличии у респондентов:

- заболеваний лимфатических узлов

- сопутствующих заболеваний;

5. характер питания;

6. количество употребляемой жидкости в день.

Анализ полученных анкетных данных позволил обнаружить у большого количества людей скрыто протекающие (начальные) формы сиалоаденитов, уточнить некоторые аспекты этиопатогенеза воспалительных заболеваний слюнных желез, а, следовательно, возможности их реабилитации и профилактики.

Всего было опрошено 1241 жителей, из них мужчин – 577, женщин – 664. Все респонденты находились в трудоспособном возрасте от 18 до 65 лет. По социальному положению служащих – 396 (32%), рабочих – 307 (25,5%), других – (бизнесмены, студенты, домохозяйки, неработающие и др.) – 538 (42%).

В процессе дальнейшего изучения анкет, мы обращали внимание на частоту наиболее характерных проявлений воспалительных заболеваний слюнных желез.

452 опрошенных (36,4%) отметили более и или менее частые припухания в области слюнных желез. Из них в области околоушной железы 201 (44,5%); в области поднижнечелюстной железы – 160 (35,4%); в области подъязычной железы – 91 (20,1%). Отмечено, что только 145 (32,1%) из 452 человек отмечавших припухания в области слюнных желез лечились по этому поводу.

Появление припуханий СЖ они связывали со следующими факторами:

- переохлаждение – 253 (56%) от всех припуханий;

- алиментарный фактор – 73 (16,1%);

- травмы СЖ – 70 (15,5%);

- 56 опрошенных появление припуханий ни с чем не смогли связать – (12,4%).

По частоте появлений припуханий и их связи с сезоном:

- однократно и не связано с сезоном – 124 (27,9%);

- в холодный период года – 181 (40,0%);

- часто и не связано с сезоном – 46 (10,2%);

- редко и не связано с сезоном – 69 (15,3%);

- не смогли ответить – 30 (6,6%).

Одним из характерных признаков хронического сиалоаденита является выделение слюны с кислым или солоноватым привкусом. Это объясняется застойными явлениями в СЖ, когда, вследствие длительного нарушения слюнооттока и ее застоя, меняются ее вкусовые свойства. 294 опрошенных периодически отмечали появление слюны с кислым или солоноватым привкусом (23,7% от всех опрошенных по КР). Приведенные данные указывают слабую осведомленность как со стороны населения, так и со стороны медицинских работников по вопросам заболеваний СЖ.

Не смотря на такие большие цифровые показатели только 10,1% опрошенных обращались за медицинской помощью к специалистам.

Следующий характерный признак поражения СЖ это периодически отмечающаяся сухость в полости рта, она возникает как проявление нарушения функции СЖ вследствие воспалительных или дистрофических заболеваний, или как ответная реакция со стороны СЖ на воздействие внешних или внутренних факторов. Периодически возникающая сухость в полости рта отмечалась у 786 опрошенных (63,4%), из них 161 (13%) отмечали сухость часто, и даже ежедневно. Отмечено разница в цифровых показателях:

- северный регион соответственно – 67,8% и 14,4%

- южный регион соответственно – 58,3% и 12,8%.

В результате опроса нами получен весьма интересный показатель: 786 (63,4%) опрошенных отмечали периодически возникающую сухость в полости рта. Из них у 625 (50,4%) ощущение сухости в полости рта отмечалось изредка, а 161 (13%) отмечали частую и даже ежедневную сухость в полости рта, что говорит о развивающихся дистрофических процессах в СЖ.

Ощущение сухости в полости рта 13,9% отмечали с детства, а 15,7% с начала профессиональной деятельности.

При изучении патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики, воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ большое значение имеет состояние лимфатической системы и, в частности лимфатических узлов. Поэтому в анкету опросник мы включили вопросы о состоянии лимфоузлов, расположенных в области СЖ. При этом 382 (30,8%) опрошенных отметили, что у них периодически припухали лимфоузлы расположенные в области околоушных и поднижнечелюстных СЖ. Высокий процент заболеваний лимфатических узлов (30,8%) говорит о нарушении и снижении компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

По данным В.В. Афанасьева (1993) [1]

сопутствующие общие заболевания и хронический сиалоаденит имеют один этиологический фактор – слабое звено в целостном организме. Исследуя вероятность влияния сопутствующих заболеваний на развитие воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ, мы выяснили их наличие у наших респондентов. Со слов опрошенных нами жителей заболевания сердечно-сосудистой системы отмечены у 183 человек (14,7%), желудочно-кишечного тракта – 358 (28,8%), болезнь Боткина – 234 (18,9%), заболевания щитовидной железы – 114 (9,2%), поджелудочной железы, в том числе сахарный диабет – 119 (9,6%), эпидемический паротит – 75 (6%).

Можно предположить, что сопутствующие заболевания ослабляя защитные силы организма создают предпосылки возникновения заболеваний различных органов и систем в том числе и СЖ.

Большое значение в происхождении и развитии воспалительных и дистрофических заболеваний СЖ имеют характер питания и количество потребляемой жидкости. При анкетировании на эти вопросы опрошенные распределили свои пищевые предпочтения следующим образом:

- I. Мясная, жирная пища – 842 опрошенных (44,4%);
 - растительная пища – 562 (29,6%);
 - острая пища – 49,3 (2,6%).
- II. Количество выпиваемой жидкости:
 - до 1 литра – 192 опрошенных (15,5%)
 - до 2 литров – 741 (59,7%)
 - выше 2 литров – 308 (24,8%).

Влияние алиментарного фактора и количество выпиваемой жидкости снижает вязкость смешанной слюны, таким образом улучшая проходимость слюнных протоков. Это положение было изучено нами при определении влияния характера пищи на показатели вязкости слюны и кислотно-щелочного равновесия в полости рта в зависимости от характера принимаемой пищи. [5]

Вязкость смешанной слюны определяли по методике Т. Л. Рединовой [3].

Средняя вязкость смешанной слюны до приема пищи (контроль) равна $5,399907 \pm 0,3$ (5,39). Средняя вязкость смешанной слюны после приема острой пищи снижалась до $3,566402 \pm 0,2$ (3,57). Первоначальный показатель рН смешанной слюны до приема пищи равнялся $7,0 \pm 0,2$, после приема острой пищи увеличивался до $8,02 \pm 0,3$.

Достаточное количество (в пределах 2 литров) выпиваемой жидкости также снижает вязкость слюны.

Таким образом, прослеживается зависимость вязкости смешанной слюны от характера принимаемой пищи и количества выпиваемой жидкости. В то время как, чрезмерная вязкость слюны ухудшает её защитную функцию.

Выводы:

1. По результатам опроса жителей КР установлено; что у большого количества опрошенных имеются скрыто протекающие или не диагностированные заболевания слюнных желез.

Припухания (отек), в области СЖ были отмечены у 452 человек (36,4% от всех опрошенных);

Изменения вкуса слюны (появление слюны с кислым

или солоноватым привкусом у 294 (23,7%);

Это говорит о большом количестве носителей скрытой патологии СЖ.

2. Периодически возникающая сухость в полости рта отмечалась у 786 опрошенных (63,4%), из них 161 (13%) отмечали сухость часто, и даже ежедневно, что говорит о развивающихся дистрофических процессах в СЖ.

- северный регион соответственно – 67,8% и 14,4%
- южный регион соответственно – 58,3% и 12,8%

3. Высокий процент заболеваний лимфатических узлов (30,8%) говорит о нарушении и снижении компенсаторных процессов со стороны иммунной системы.

4. В этиопатогенезе воспалительных заболеваний СЖ большую роль играет характер питания и количество потребляемой жидкости, а также имеющиеся сопутствующие заболевания.

Литература:

1. Афанасьев В. В. Сиалоаденит [этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально – клиническое исследование]: Дисс. д-ра мед. наук. – М. 1993.
2. Григалашвили М. Н., Бригадзе А. А., Зумбулидзе А. Н. и др. // Разработка комплексного метода лечения заболеваний слюнных желез в разных возрастных группах // Сб. науч. трудов Тбилисского мед. инст-та. – 1979. – т. 29. – ч. 2. – с. 112 – 118.
3. Рединова Т. Л., Поздеев А. Р. Клинические методы исследования слюны при кариесе зубов: Метод., рекомендации для субординаторов, интернов и врачей – стоматологов. – Ижевск, - 1994. – 24 с.
4. Степаненко Р.С., Афанасьев В.В., Полякова М.А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма // Российский стоматологический журнал. – 2010. – №5. – с. 26 – 27.
5. Шаяхметов Д.Б., Филипченко Е. Г., Хайбулина Д. Р., и др., // Изменение свойств смешанной слюны человека в зависимости от характера пищи. // Научно практ. Журнал Здравоохранение Кыргызстана. – 2012. – №3. – с. 95 – 97.
6. Щипский А. В., Афанасьев В.В. диагностические признаки скрыто протекающего сиалоаденита// Российский стоматологический журнал. – 2000. – №5. – с. 40 – 41.

ОПЫТ УКРАИНЫ В СФЕРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ-СЕМЕЙНЫХ ВРАЧЕЙ ПО ВОПРОСАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Шекера О.Г., Царенко А.В.

Институт семейной медицины Национальной медицинской академии
последипломного образования имени П. Л. Шупика
Киев, Украина

Резюме. В статье обсуждается опыт Института семейной медицины Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика и представлены современные подходы к оптимизации последипломной подготовки врачей общей практики-семейных врачей для обеспечения доступности и высокого качества оказания амбулаторной паллиативной помощи населению, что имеет важное значение в условиях реформирования системы здравоохранения в Украине. Мультидисциплинарная профессиональная подготовка врачей общей практики-семейных врачей по вопросам паллиативной помощи требует в процессе непрерывного последипломного образования привлечение преподавателей различного, в том числе, немедицинского профиля, что доказало свою эффективность в работе кафедры паллиативной и хосписной медицины.

Ключевые слова: врач общей практики - семейный врач, семейная медицина, паллиативная помощь, паллиативная и хосписная медицина, непрерывное последипломное образование, мультидисциплинарная профессиональная подготовка, реформа системы здравоохранения.

EXPERIENCE UKRAINE IN THE FIELD OF POSTGRADUATE TRAINING OF GENERAL PRACTITIONERS, FAMILY DOCTORS IN PALLIATIVE CARE TO THE POPULATION

Shekera O.G., Carenko A.V.

Institute of Family Medicine of the National Medical Academy of Postgraduate
Education named P.L.Shupyk
Kiev, Ukraine

Resume. The article discusses the experience of the Institute of Family Medicine of the National Medical Academy of Postgraduate Education named P. L. Shupyk and modern approaches to the optimization of post-graduate training of general practitioners-family physicians to ensure the accessibility and quality of outpatient palliative care population, which is important in terms health care reform in Ukraine. Multidisciplinary trainings of general practitioners-family physicians on palliative care require attracting various teachers, including non-medical specialists into a process of continuous postgraduate education. It has proven its efficiency at the practice of the Department of Hospice and Palliative Medicine.

Keywords: general practitioner-family physician, family medicine, palliative care, palliative and hospice medicine, continuous post-graduate education, multidisciplinary postgraduate training, health care reform.

Актуальность проблемы.

Непрерывное медицинское образование является сегодня приоритетным направлением развития высшего образования Украины и рассматривается в процессе реформирования системы здравоохранения Украины как важная составляющая повышения качества медицинской помощи населению. Одним из принципов государственной политики Украины в области высшего образования является принцип интеграции системы высшего образования в мировую систему при сохранении и развитии достижений и традиций украинской высшей школы, что требует поиска эффективных путей повышения её качества и организации адекватно мировым тенденциям и требованиям рынка труда [1, 2].

Сегодня в мире умирают около 60 млн. человек ежегодно, из которых более половины завершают свою биологическую жизнь в страданиях и муках. Каждому из них в терминальной стадии заболеваний требуется медицинская и психологическая помощь, профессиональный уход, моральная и духовная поддержка. Поэтому, начиная с 60-х годов 20-го века, в большинстве стран мира, а в начале 21-го века – в Украине, проблема развития паллиативной и хосписной помощи (ПХП) населению становится одной из наиболее актуальных медико-социальных и гуманитарных проблем общества. Это обусловлено целым рядом как объективных, так

и субъективных факторов: политических, социально-экономических, демографических, медицинских и т.д. [3–5].

Мировой опыт убедительно свидетельствует, что именно ПХП, применяя комплексный мультидисциплинарный и межсекторальный подход, позволяет адекватно обеспечить потребности и соответствующее качество жизни инкурабельных больных и членов их семей [6–10].

Важное значение в повышении доступности и качества оказания ПХП на дому имеет участие врачей общей практики-семейных врачей (ВОП-СВ), которые должны получить соответствующую как додипломную, так и последипломную подготовку [3–5, 11, 12].

Цель исследования: на основании мирового и национального опыта разработать научно обоснованную модель последипломной подготовки врачей общей практики-семейных врачей по оказанию квалифицированной амбулаторной паллиативной помощи населению. Данная модель должна учитывать межведомственную координацию и сотрудничество медицинских подразделений первичного уровня медицинской помощи с учреждениями здравоохранения вторичного и третичного уровня, органами и учреждениями социальной защиты населения, общественными и религиозными организациями, что будет способствовать

созданию в Украине современной, доступной и эффективной системы ПХП.

Методы исследования.

Медико-статистический, системного подхода, информационно-аналитический, сравнительный контент-анализ.

Материалы научных исследований.

Отечественная и зарубежная литература, международные, национальные нормативно-правовые документы, медико-статистические отчёты Министерства здравоохранения Украины и региональных департаментов (управлений) здравоохранения, а также учебные программы до дипломной и последипломной подготовки медицинских специалистов Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика (НМАПО).

Результаты исследования и их обсуждение.

С каждым годом проблема ПХП инкурабельным пациентам приобретает всё большую остроту, что в первую очередь связано с увеличением смертности от онкологических и хронических неинфекционных заболеваний, туберкулёза, ВИЧ-инфекции/СПИДа и гепатитов «С» и «В». Большинство этих заболеваний в декомпенсированной и терминальной стадии сопровождаются интенсивным хроническим болевым синдромом и тяжелыми расстройствами функций органов и систем, что обуславливает необходимость обеспечения пациентам доступности профессионального симптоматического лечения и ухода.

О социальной значимости ПХП в современном мире свидетельствует:

- включение в повестку «Дня заседания Парламентской Ассамблеи Совета Европы» вопроса «Паллиативное лечение: модель инновационной политики в сфере здравоохранения и в обществе», которое состоялось 26 – 30 января 2010 г. в Страсбурге;

- обсуждение вопроса «Усиление паллиативной помощи как одного из компонентов комплексного лечения на протяжении всего жизненного цикла» на заседании Всемирной ассамблеи здравоохранения в Женеве 20 – 22 мая 2013 г., в котором принимала участие делегация МЗ Украины.

Проведенный анализ международных документов ВОЗ, рекомендаций Европейской Комиссии, деклараций, резолюций и хартий авторитетных европейских, всемирных организаций и форумов показал, что мировое сообщество определяет ПХП среди приоритетных направлений соблюдения прав человека [6–10]. В частности, в Рекомендациях Комитета Министров Совета Европы государствам-участникам (Rec (2003) 24) «Об организации паллиативной помощи», отмечается что: «...паллиативная помощь является неотъемлемой частью системы здравоохранения и неотъемлемым элементом права гражданина на охрану здоровья, поэтому правительства обязаны гарантировать доступность паллиативной помощи для всех, кто в ней нуждается...». Далее: «Комитет Министров Совета Европы рекомендует правительствам государств-участников принять политические, правовые и другие необходимые меры для проведения последовательной и всесторонней

национальной политики по паллиативной помощи...» [7].

Как уже отмечалось в наших предыдущих публикациях, актуальность повышения качества последипломной профессиональной подготовки ВОП-СВ значительно возрастает в процессе реформирования системы здравоохранения в Украине, что достигается оптимизацией системы непрерывного медицинского образования в соответствии с международными стандартами и подходами [1–2].

Актуальность исследуемой проблемы в Украине определяется следующими факторами:

- существенным увеличением роли ВОП-СВ и значительным объёмом их мультидисциплинарных функциональных обязанностей при оказании медицинской помощи всем категориям населения. ВОП-СВ, как ключевой специалист процесса реформирования первичной медицинской помощи (ПМП) должен ежедневно квалифицированно и эффективно решать различные медицинские, социальные, психолого-педагогические, юридические и др. задачи, касающиеся его пациентов от рождения до завершения биологической жизни;

- всё возрастающими требованиями к доступности и качеству оказания медицинской помощи населению, особенно на уровне ПМП;

- изменением нозологической структуры заболеваемости и смертности населения и недостаточными возможностями учреждений здравоохранения обеспечить стационарную ПХП пациентам и членам их семей, что определяет увеличение нагрузки на ВОП-СВ в плане оказания амбулаторной паллиативной помощи населению на дому;

- постарением населения Украины, что обусловило быстрое увеличение удельного объёма людей пожилого и старческого возраста в общей структуре населения и значительное увеличение профессиональной нагрузки на ВОП-СВ для оказания медицинской и, в том числе, паллиативной помощи гериатрическим пациентам.

Сегодня в соответствии с приказом МОЗ от 04.11.2011 г. №755 «Об утверждении Положения о центре первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и положений о его подразделениях» на ВОП-СВ возложен значительный комплекс мероприятий, который включает не только вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики и лечения заболеваний, а также оказание паллиативной помощи. Это обуславливает качественно новые требования к организации и осуществлению учебного процесса в высших медицинских учебных заведениях.

За последние годы в Украине количество пациентов и членов их семей, нуждающихся в ПХП, значительно выросло и составляет около 2 млн. человек. Вместе с тем, в системе здравоохранения недостаточно стационарных коек в лечебных учреждениях ПХП, а также практически отсутствует служба амбулаторной паллиативной помощи, что определяет необходимость участия ВОП-СВ в оказании ПХП на дому [4, 5].

Так, по данным Центра медицинской статистики МЗ Украины, на 1 января 2015 г. на учете в лечебно-профилактических учреждениях Украины находилось около 1 миллиона онкологических больных, в том числе

более 5,5 тыс. детей [13]. На протяжении 2010-2014 гг. в нашей стране ежегодно регистрируется около 160 тыс. новых случаев злокачественных новообразований и более 85 тыс. онкологических больных умирают, причем свыше 35 % умерших – лица трудоспособного возраста. Такая ситуация значительно актуализирует проблему оказания ВОП-СВ паллиативной помощи онкологическим больным на дому [14].

Наиболее распространенными симптомами и расстройствами жизнедеятельности у паллиативных пациентов, с которыми сталкиваются ВОП-СВ, являются:

- тяжелый хронический болевой синдром, для контроля которого, зачастую, необходимо применять наркотические и психотропные анальгетики;
- поражения кожи (например, пролежни и трофические язвы) и слизистых оболочек;
- поражения костной ткани (например, остеопороз, метастазы), что приводит к переломам костей, резко ограничивает двигательную активность и возможность самообслуживания пациентов;
- декомпенсированные нарушения функционирования жизненно важных органов и систем, что проявляется в последние месяцы или дни жизни паллиативных пациентов такими трудно контролируемые симптомами как тошнота, рвота, икота, запоры, одышка и сердечная недостаточность, отеки и лимфаденопатии, задержка или недержание мочи или кала, запоры или диарея, кровотечения и кровоизлияния, кахексия и тому подобное;
- психические и психоэмоциональные расстройства, в том числе, депрессивные состояния или аффекты, терминальный делирий, а у пациентов старческого возраста – когнитивные и сенильные нарушения и т. п.

Исходя из вышесказанного, основными задачами, которые должен обеспечить ВОП-СВ, который оказывает ПХП, являются следующие:

- утверждение жизни и отношение к смерти как к естественному процессу, соблюдение человеческого достоинства и права на достойную человека смерть;
- симптоматическое/паллиативное лечение, контроль боли и других тяжелых симптомов заболевания, психологическая, социальная и духовная поддержка паллиативных пациентов;
- обеспечение максимально достижимой полноценной активной жизни пациентов и надлежащего качества жизни паллиативных пациентов и их семей;
- медицинская помощь, психологическая, социальная и духовная поддержка семьи во время болезни пациента и в период траура после смерти больного;
- обучение членов семьи пациента навыкам ухода и облегчения страданий близкого человека;
- установление партнерских отношений между пациентом, его семьей и другими работниками и лицами, которые оказывают ПХП;
- обеспечение права паллиативных пациентов на автономию и принятие осознанного решения.

Таким образом, выполнение указанных задач требует от ВОП-СВ знаний и навыков не только по паллиативной медицине, но и умений по организации мультидисциплинарной и межсекторальной координации деятельности различных организаций при оказании ПХП.

Кроме того, члены семьи паллиативных пациентов также нуждаются в профессиональной помощи, как в период болезни паллиативного пациента, так и после его смерти, по уменьшению повреждающего действие стресса, горя и негативных эмоций, а также для профилактики развития психосоматических заболеваний.

Международный опыт свидетельствует о значительном внимании, которое уделяется вопросам подготовки медицинских кадров по оказанию ПХП, так во многих странах такая подготовка проводится на трех уровнях:

- базовый уровень – для всех медицинских работников,
- средний уровень – для повышения квалификации медицинских работников различных специальностей;
- высший (специализированный) уровень – для врачей и средних медицинских работников, которые получают специализацию или работают в учреждениях ПХП [15].

Таким образом, актуальной проблемой в Украине сегодня является создание системы подготовки медицинских специалистов по вопросам ПХП, что является важным условием изменения ситуации и подходов в сфере здравоохранения по оказанию доступной, квалифицированной и эффективной ПХП. Все указанное выше ставит перед системой высшего медицинского образования Украины особые требования к подготовке ВОП-СВ.

Исходя из этого, руководство НМАПО уделяет особое внимание вопросам профессиональной непрерывной подготовки ВОП-СВ. Так, в 2009 г. в НМАПО был создан Институт семейной медицины, в составе которого функционируют 13 кафедр, в том числе Государственный учебно-научно-методический центр паллиативной и хосписной медицины, кафедра ПХМ. Сегодня сотрудники кафедры ПХМ на основе лучшего современного международного и национального клинического и научно-педагогического опыта разработали 12 учебных программ тематического усовершенствования (ТУ) для последипломной подготовки врачей различных специальностей, прежде всего, онкологов, пульмонологов, кардиологов, гематологов, гериатров, инфекционистов, фтизиатров, педиатров, психиатров и др., а также руководителей здравоохранения и средних медицинских работников. В 2010–2014 гг. на циклах ТУ на кафедре ПХМ повысили свою квалификацию 1207 слушателей: 943 врачей и 264 средних медицинских работников.

Проведенный нами анализ учебных программ до- и последипломной подготовки врачей показал, что вопросы оказания медицинской помощи в терминальных состояниях заболеваний, лечения хронического болевого синдрома и расстройств функций жизнедеятельности терминальных больных рассматриваются при изучении курсов онкологии, хирургии, анестезиологии, неврологии, терапии, гериатрии, инфекционных болезней, кардиологии и других дисциплин. Но ни студенты во время учебы в высших медицинских учебных заведениях, ни интерны, ни врачи во время обучения в заведениях последипломного образования не изучают интегрированный курс ПХП. Согласно результатам опроса, проведенного нами в

2010 – 2014 годах, ВОП-СВ и врачи-специалисты остро нуждаются в знаниях и навыках по интегрированному курсу ПХП.

Сегодня на кафедре работают специалисты различных специальностей, в частности, онколог, терапевт, медицинский психолог, психотерапевт, клинический фармаколог, организатор здравоохранения, а также специалисты немедицинского профиля: социальный работник, юрист и биолог, что позволяет на высоком профессиональном уровне обеспечивать учебный процесс мультимедицинской подготовки слушателей.

Во всех учебных программах по ПХП кроме клинических вопросов большое внимание уделяется психологическим и морально-этическим проблемам паллиативных пациентов и членов их семей, а также психогигиеническим и психопрофилактическим аспектам деятельности ВОП-СВ. Важными темами, по мнению слушателей, являются овладение навыками эффективного общения с паллиативными пациентами и их близкими, изучение вопросов качества жизни, профилактики, ранней диагностики и лечения профессионального выгорания у медицинских работников. Диагностика и лечение психологических нарушений, таких как беспокойство, депрессия и спутанность сознания, а также расстройств когнитивных функций, в частности делирия, также является важной частью программы.

Анкетирование слушателей кафедры ПХМ, которое проводится в начале и в конце циклов ТУ, показало высокую заинтересованность и потребность ВОП-СВ в знаниях и навыках по вопросам оказания ПХП, а также эффективность и удовлетворённость слушателей теоретическими и клиническими занятиями на кафедре ПХМ.

Одной из наиболее важных учебных тем является изучение духовных и культурных аспектов ПХП. Слушатели циклов ТУ должны научиться понимать важность этих вопросов для пациента в последнюю фазу его биологической жизни и его близких, овладеть навыками определения их потребности и организации необходимой помощи. Например, если пациент хочет получать паллиативную помощь на дому, то ВОП-СВ должен уметь научить его родственников, опекунов или соседей, которые за ним ухаживают, правильно давать ему назначенные врачом препараты, а также предоставлять другие виды медицинской помощи и ухода.

Сегодня преподавание организационных вопросов включает овладение слушателями теоретических знаний по вопросам организации системы здравоохранения и интеграции службы ПХП, изучение нормативно-правовых документов, навыков работы в составе мультимедицинской команды, координации с учреждениями социальной защиты, благотворительными фондами и неправительственными организациями, в том числе, религиозными.

Важное значение в подготовке врачей общей практики – семейных врачей является преемственность додипломной и последипломной подготовки. Поэтому, в 2013 г. в Ивано-Франковском Национальном медицинском университете была разработана «Типовая сквозная учебная программа по вопросам паллиативной и хосписной

помощи» для додипломной подготовки студентов высших медицинских учебных заведений. Внедрение этой программы в учебные планы высших медицинских учебных заведений, безусловно, будет способствовать повышению уровня знаний и навыков врачей по различным вопросам оказания ПХП.

Подготовка кадров предполагает наличие учебно-методических изданий, в связи с этим, в январе 2015 г. учёный совет НМАПО имени П. Л. Шупика утвердил к изданию пособие «Актуальные вопросы паллиативной и хосписной помощи в практике семейного врача», к подготовке которого были привлечены сотрудники кафедры ПХМ и других кафедр Института семейной медицины. Сегодня все сотрудники кафедры ПХМ активно задействованы к подготовке национального учебника «Паллиативная и хосписная помощь», издание которого запланировано в конце 2015 г.

Выводы:

1. Учитывая крайне недостаточное количество стационарных учреждений ПХП и отсутствие службы ПХП на дому, в Украине существует острая необходимость широкого участия ВОП-СВ в оказании амбулаторной ПХП, в том числе, и на дому, что имеет важное значение для создания в Украине современной эффективной системы ПХП.

2. Важным условием качества и эффективности работы ВОП-СВ при оказании ПХП является специальная подготовка по ПХП студентов и врачей в высших медицинских учебных заведениях до- и последипломного уровней, что позволяет достичь главной цели ПХП – максимальное облегчение физических и моральных страданий, сохранение человеческого достоинства и обеспечение соответствующего качества жизни инкурабельным пациентам и членам их семей.

3. В Институте семейной медицины НМАПО имени П. Л. Шупика накоплен положительный опыт последипломной подготовки ВОП-СВ по вопросам оказания амбулаторной паллиативной помощи населению, в том числе и на дому. В учебных программах циклов ТУ кафедры паллиативной и хосписной медицины, кроме вопросов паллиативного лечения и контроля боли большое место отводится вопросам психологической, социальной и духовной составляющей ПХП.

4. Мультимедицинская профессиональная подготовка ВОП-СВ по вопросам ПХП позволяет реализовать целостный подход к паллиативному пациенту как к личности, исходя из его индивидуальных потребностей, возрастных и психо-эмоциональных, религиозных и культурных особенностей, обеспечить мультимедицинский и межсекторальный принцип оказания ПХП на уровне ПМП инкурабельным пациентам и членам их семей. Это требует участия в процессе преподавания специалистов различного (медицинского и немедицинского) профиля, что доказало свою эффективность на кафедре ПХМ НМАПО имени П. Л. Шупика.

Литература:

1. Шекера О.Г., Царенко А.В., Шекера О. О. Оптимизация системы здравоохранения как важнейшая составляющая государственной политики Украины //

- Sanatate Publica – (economie si management in medicina).* – 2013. – № 2 (47). – С. 21–25.
2. Вороненко Ю. В., Шекера О. Г., Медведовська Н. В. та інші. Міжсекторальна взаємодія освіти, науки та практики як запорука ефективної підготовки кадрів для первинної ланки охорони здоров'я // *Здоров'я общества.* – 2014. – Т. 3. – № 1-2. – С. 14 – 24.
3. Knyazevych V., Tsarenko A., Bratsyun' O. Palliative and hospice care on the right track in Ukraine // *European Journal of Palliative Care.* – 2013. – V. 20. – N 4. – P. 202–205.
4. Вороненко Ю. В., Губський Ю. І., Царенко А. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти. // *Наука і практика. Міжвідомчий медичний журнал.* – 2014. – №1 (2). – С. 63 – 75.
5. Гойда Н. Г., Губський Ю. І., Князевич В. М., Царенко А. В. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні // *Збірник НМАПО.* – 2014. – Вип. 23. – Книга 3. – С. 101–115.
6. WHO. Паллиативная помощь // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 32 с.
7. Council of Europe. Рекомендации Rec (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы к государствам-членам по организации паллиативного ухода (12 ноября 2003 г.). – Совет Европы. – 2004. – 89 с.
8. WHO. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям // Под ред. E. Davies, I. J. Higginson. – Европейское региональное бюро ВОЗ. – 2005. – 40 с.
9. Wodarg W. Palliative care: a model for innovative health and social policies. Report. Doc. 11758. // Council of Europe. Parliament Assembly. Social, Health and Family Affairs Committee. 4 November 2008. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc08/EDOC11758.htm>.
10. ЕАРС. Празька хартія «Отримання паліативної допомоги – право людини». – ЄАПД. – 2013. // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://eapcspeaksrussian.eu.aspx>.
11. Губський Ю. І., Царенко А. В. Оптимізація последипломної підготовки врача общей практики-семейного врача по вопросам паллиативной и хосписной помощи населению в Украине // *Журнал Казахстанско-Российского медицинского университета. Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины.* – 2013. – Т. 3. – № 3–4. – С. 5–9.
12. Tsarenko A., Gubsky Yu., Bratsyun' L. Experience of Ukraine to Educate Medical Professionals Involved in Palliative Care / 13-th World Congress of the European Association for Palliative Care (30 May – 2 June 2013, Prague). Abstracts. // *European Journal of Palliative Care.* – 2013. – P. 173.
13. Державний комітет статистики України // [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>.
14. Чайковська В. В., Хаджинова Н. А., Вялих Т. І., Величко Н. М. Медико-соціальна допомога населенню старшого віку України: аналіз ситуації і необхідність розробки стратегії попередження прискореного старіння // *Пробл. старения и долголетия.* – 2012. – Т. 21. – №3. – С. 396–400.
15. Interdisciplinary Certificate in Palliative Care // Lakehead University. – 2013. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.lakeheadu.ca/academics/other-programs/certificates/palliative-care>.

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ МОЛОДЕЖИ О СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (ВИЧ, ИППП И ТУБЕРКУЛЕЗ), РЕПРОДУКТИВНОМ ЗДОРОВЬЕ И ПОСЛЕДСТВИЯХ РИСКОВАННОГО ПОВЕДЕНИЯ В КРУПНЫХ ГОРОДАХ КЫРГЫЗСТАНА

Шумская Н.А., Мадыбаева Д.М.

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

Резюме. В ходе проведенного исследования установлено, что среднее школьное образование и родители не обеспечивают учеников полной и достоверной информацией о ВИЧ, ТБ, ИППП и репродуктивном здоровье. Подростки продемонстрировали низкие знания в вопросах социально значимых заболеваний, что приводит к снижению толерантности к людям, живущим с ВИЧ и больных ТБ. Отмечено повышение риска деструктивного поведения и снижение мотивации к обучению по ЗОЖ.

Ключевые слова: ЗОЖ, информированность, молодёжь, ВИЧ, инфекции передаваемые половым путем

КЫРГЫЗСТАНДЫН ИРИ ШААРЛАРЫНДАГЫ ЖАШТАРДЫН СОЦИАЛДЫК МААНИДЕГИ ЖУГУШТУУ ООРУЛАР (АДАМДЫН ИММУНДУК ЖЕТИШСИЗ ВИРУСУ, ЖЫНЫСТЫК ЖУГУШТУУ ООРУЛАР, КУРГАК УЧУК), РЕПРОДУКТИВДҮҮ САЛАМАТТЫК БИЛИМДЕРИН ЖАНА КООПТУУ ЖҮРҮШ-ТУРУШ КЕСЕПЕТТЕРИН БААЛОО

Шумская Н.А., Мадыбаева Д.М.

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

Корутунду. Изилдөөлөрдүн жыйынтыгында орто окуу жайларда жана ата-энелер тарабынан жаштарга АИВ, кургак учук, жыныстык жугуштуу оорулар жана репродуктивдүү саламаттык жөнүндө толук маалымат берилбегендиги аныкталды. Жаштар төмөнкү билимдерин көрсөттү. Бул жаштардын мындай жугуштуу оорулар менен ооруган адамдарга толеранттуу мамилесин жана дени сак жашоо билимин алуу кызыкчылыгы төмөндөп жаткандыгын көрсөтөт. **Негизги сөздөр:** Дени сак жашоо, маалыматтуулук, жаштар, АИВ, жыныстык жугуштуу оорулар.

ASSESSMENT: YOUTH AWARENESS OF SOCIALLY CONSIDERABLE DISEASES (HIV, STDS AND TUBERCULOSIS), REPRODUCTIVE HEALTH AND CONSEQUENCES OF RISKY BEHAVIOR IN LARGE CITIES OF KYRGYSTAN

Shumskaya N.A., Madybaeva D.M.

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

Resume. In the course of the conducted research it was stated that middle school education and parents do not assure full and true information about HIV, STDs and TB for pupils. Adolescents have demonstrated a low level of knowledge in questions of socially considerable diseases, which leads to reduction of tolerance towards people living with HIV and TB patients. Destructive behavior increase and decrease of motivation to study healthy lifestyle were registered.

Key words: Healthy lifestyle, awareness, youth, HIV, sexually transmitted diseases.

Актуальность.

Проблема здоровья и формирования здорового образа жизни среди подростков и молодежи является одной из ключевых проблем, лежащих в основе благополучия государства и общества. В Кыргызстане 30% от общего количества официально зарегистрированных случаев ВИЧ составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет – 1694 человек. Случаи ТБ среди молодежи 15-24 лет в Кыргызстане составили 1541, что соответствует 26% от общего количества новых случаев заболевания в год. Согласно данным экспертов и Национального статистического комитета Кыргызстана в республике участились случаи подростковой беременности и абортов. В 2006 году на 1000 девочек возрастной группы 15-17 лет приходилось 4,4 родов, тогда как в 2013 году эта цифра составила 7,2 на 1000, абортов - 1642 случаев.

49,5% сифилиса и 72,1% гонореи приходится на молодое поколение в возрасте от 15 до 29 лет; 43,1% официально зарегистрированных случаев наркомании составили молодые люди 15-34 лет, в том числе 23,5% впервые зарегистрированные случаи.

Цель: изучить уровень информированности и особенности системы отношений подростков (учащихся ПУ/ПЛ г. Бишкек и г. Ош) к ВИЧ, ИППП, туберкулезу, а также вопросам репродуктивного здоровья и рискованного поведения.

Задачи:

1. Определить уровень информированности учащихся ПУ/ПЛ г. Бишкек и г. Ош;
2. Изучить отношение подростков к социально-значимым заболеваниям, употреблению ПАВ, репродуктивному здоровью и оценить уровень

настороженности и/или стигматизации в подростковой среде;

3. Выявить источники и каналы распространения информации о ВИЧ, ИППП, туберкулезе, ПАВ, репродуктивном здоровье.

Дизайн исследования. Исследование являлось кросс-секционным.

Метод выборки и инструмент сбора данных.

Стандартизированная анкета (опросный лист), состоящий из 54 вопросов различного типа и направленности, сгруппированных по основным направлениям исследования.

В исследовании использована двухступенчатая выборка. На первом этапе случайным методом отобраны профтехнические лицеи г. Бишкек и г. Ош (всего 6 ПЛ г. Бишкек и 3 г. Ош), на втором этапе отбирались доступные на момент проведения интервью респонденты. Метод обработки данных и анализа. Для последующего анализа полученных данных использовался стандартный набор методов описательной статистики – частотный анализ и кросстабуляция. Для анализа данных использовался статистический пакет EpiInfo (CDC, USA).

Обзор ситуации.

Кыргызская Республика в рамках Государственной программы по стабилизации эпидемии ВИЧ-инфекции на 2012-2016гг. проводит комплекс профилактических мероприятий среди молодежи. Интеграция и институционализация обучающего компонента в систему обязательного образования профессиональных технических учреждений проведена в 2002 году и на данный момент охвачены все ПТУ страны. По данным Агентства профессионально - технического образования при Министерстве труда, миграции и молодежи КР всего на 1 ноября 2014 г. зарегистрировано 101 ПТУ, где обучаются 30.000 учащихся. В г. Бишкек – 18 ПУ/ПЛ и г.Ош -3 ПУ/ПЛ. Возрастной состав учащихся варьируется от 15 до 24 лет, но основной возраст 16-19 лет.

В системе профессионального образования внедрена образовательная программа - предмет Здоровый образ жизни (далее ЗОЖ), обеспечивающий базовые знания по вопросам сохранения здоровья, акцент делается на социально значимые заболевания. В профессиональных лицеях отсутствует психолог. Роль психолога важна в подростковом возрасте, в случае когда возникают неразрешимые на взгляд ребенка психологические вопросы, ему практически не к кому обратиться за помощью. Как показало исследование, в некоторых лицеях учащиеся приходят на консультацию к преподавателю ЗОЖ, либо к заместителю директора по воспитательной части, но чаще всего, подросток предоставлен сам себе и

вынужден решать вопросы самостоятельно.

Роль родителей в воспитании культуры сохранения здоровья у детей многими учителями было отмечено как крайне низкое.

Основные результаты исследования. В ходе проведенного исследования было опрошено 600 учащихся ПУ/ПЛ, принято к анализу 576 анкет, из них по г.Бишкек – 398 респондентов, что составляет 69,1% и по г.Ош-178 человек это 30,9%. В гендерном аспекте состав опрошенных распределился с небольшим преимуществом мальчиков (52,8% на 47,2% соответственно). Средний возраст респондентов составил 17 -18 лет.

Уровень информированности о ВИЧ, ТБ, ИППП. Для оценки общего уровня информированности респонденты были разделены на пять групп в соответствии с тем уровнем знаний, который они продемонстрировали. В первую группу были отнесены респонденты с самым высоким, отличным уровнем знаний (1 уровень) – это испытуемые, которые не давали неправильных ответов или совершали 1-2 незначительных ошибки при ответах на информационные вопросы о ВИЧ, туберкулезе, ИППП, репродуктивном здоровье, ПАВ. Вторую группу составили подростки с хорошим уровнем знаний, который позволял им в целом давать большее количество правильных и точных ответов на информационные вопросы. Третья группа – удовлетворительный уровень знаний. Четвертая группа – низкий уровень знаний. Пятая группа – опасно низкий уровень знаний, знания практически отсутствуют (очень низкий процент правильных ответов, множество ответов неточных, с добавлением или отсутствием значимых признаков). Результаты частотного распределения испытуемых по уровню знаний (информированности) представлены на рис.1.

Как видно из диаграммы, наиболее выраженной тенденцией в исследуемой совокупности является низкий уровень знаний о ВИЧ, туберкулезе, ИППП, репродуктивном здоровье, ПАВ. В четвертую группу вошли 47,4% юношей и 52,6% девушек. Второй по значимости тенденцией является опасно низкий уровень знаний – 47,4% юношей и 33,5% девушек. Удовлетворительные знания продемонстрировали лишь 5,3% юношей и 12,5% девушек. Из всех респондентов только 4 девушки (0,7% от общей выборки) показали хороший уровень знаний. Отличный уровень знаний не продемонстрировал ни один испытуемый. Показательным является сравнение самооценки подростками собственных знаний в вопросах сохранения здоровья и реального уровня информированности, продемонстрированного по результатам ответов на вопросы, включенные в настоящее исследование. Как показано на рис.2, прослеживается

Таблица 1.
Выборка исследования

Регион	Профессиональные лицеи (общее количество в регионе)	Профессиональные лицеи (выборка)
г. Бишкек	18	6 (ПЛ №94, 92, 18, 3, 10, 99)
г. Ош	3	3 (ПЛ №113, 16,12)
Итого	21	9 (600 человек)

тенденция обратной зависимости – в группе учащихся с высокой самооценкой собственных знаний (оценили свои знания как «отличные») наибольшее количество человек демонстрирует низкий и крайне низкий уровень информированности (44,2% и 48,2% соответственно). Небольшое количество респондентов, которые показали хороший уровень информированности, оценили свои знания сдержанно-адекватно – как хороший или средний уровень знаний (рис.2).

Тенденция подростков с низким уровнем реальной информированности переоценивать свои знания представляется довольно тревожной тенденцией, т.к. имеет негативные последствия – повышения риска деструктивного поведения и снижения мотивации к поиску/усвоению знаний (обучению). Основным источником информации респонденты отметили медицинских работников, их консультации (36,6%), вторым по популярности ответом является - родители и члены семьи (25,4%), телевидение – так же является бесспорным источником информации (24%). Лишь каждый пятый респондент отметил специальные занятия в школах, где он получает знания. Возрастает роль интернета в вопросах

самообразования, так 17,7% опрошенных упомянули в своих ответах интернет как основной источник информации (рис.3).

Одной из задач исследования является оценка уровня ответственности подростка по отношению к своему здоровью, а, следовательно, и степени его готовности предпринимать определенные усилия для сохранения своего здоровья (рис.4).

Результаты показывают значительное преобладание показателей интернальности в отношении своего здоровья (склонности принимать ответственность за свое здоровье на себя). Так показатель средней интернальности в группе учащихся ПУ/ПЛ составил 22,9%, а показатель высокой интернальности – 39,4%. Тогда как показатели экстернальности по отношению к своему здоровью (склонности приписывать ответственность за свое здоровье другим людям или обстоятельствам) – 9,0% средний уровень экстернальности, 6,4% высокий уровень экстернальности.

ВИЧ. Оценка информированности респондентов по вопросам ВИЧ основывалась на следующих параметрах: определение ВИЧ-инфекции (значимые



Рис. 1. Распределение респондентов в соответствии с демонстрируемым уровнем знаний (информированности).

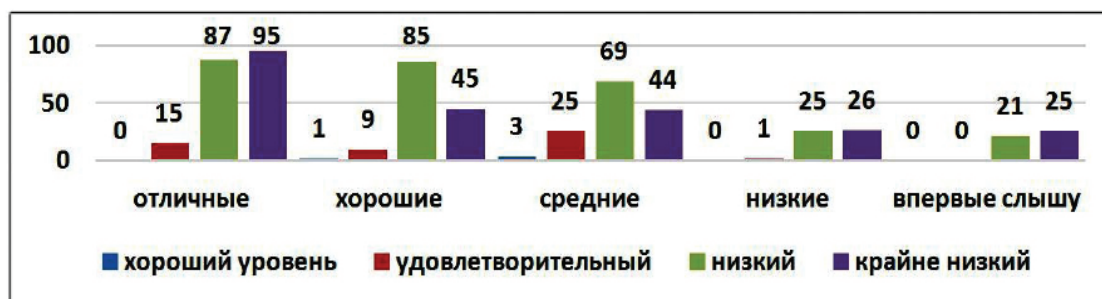


Рис. 2. Соотношение самооценки знаний и реального уровня информированности по результатам исследования.



Рис. 3. Источники информации по вопросам здоровья (N=576), %

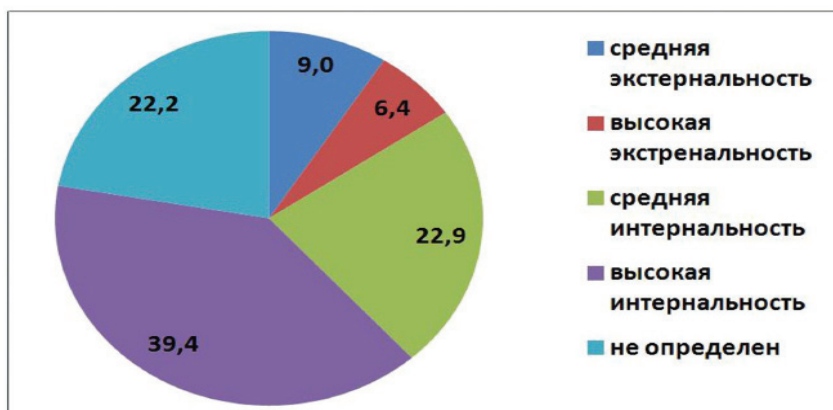


Рис. 4. Оценка уровня ответственности подростков по отношению к своему здоровью.

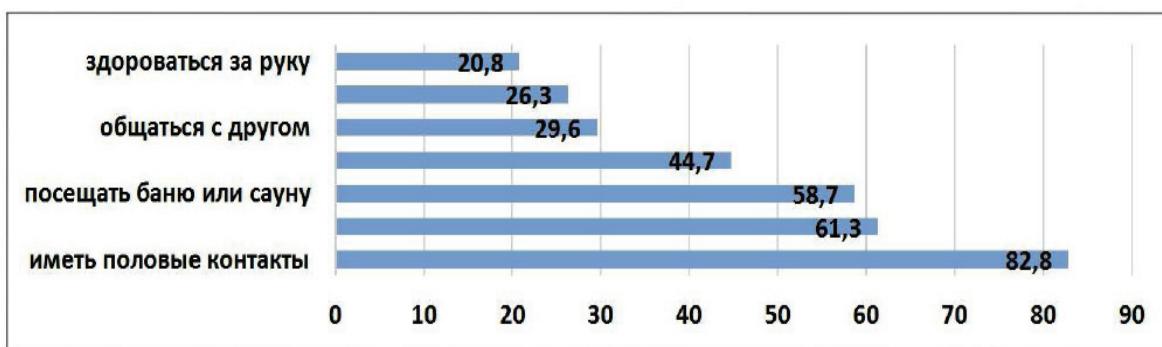


Рис. 5. Поведение в отношении ВИЧ-инфицированного человека, которое может быть опасным, N=564

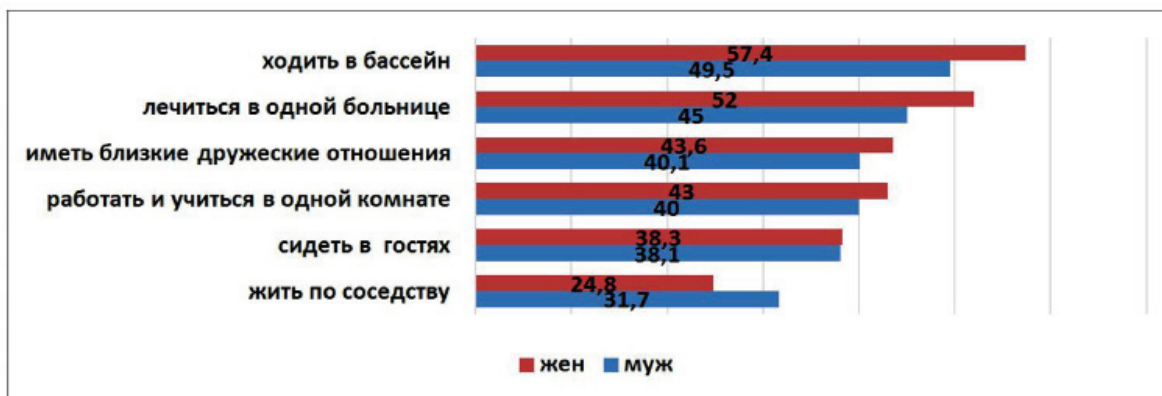


Рис. 6. Показатель неготовности демонстрировать определенное поведение в отношении ЛЖВ.

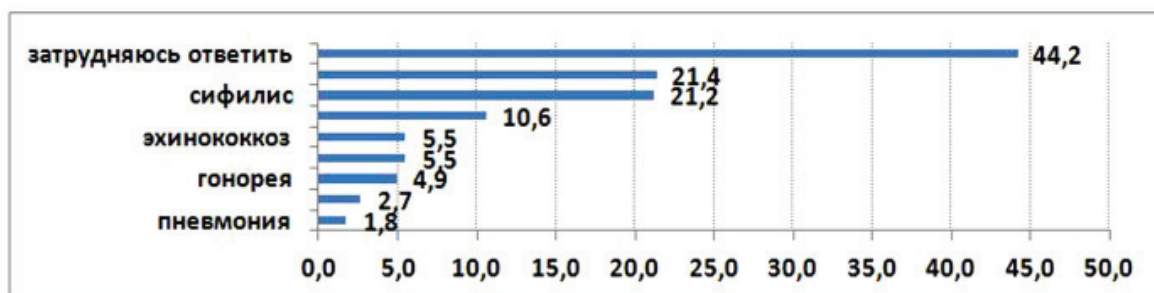


Рис. 7. Распределение ответов на вопрос «какие заболевания передаются половым путем?», %, N=566.

характеристики), симптомы ВИЧ, пути передачи и методы защиты. Результаты опроса показали крайне низкий уровень знаний подростков. Большинство респондентов (47,8%) затруднились ответить на вопрос о симптомах ВИЧ-инфекции, 20% считают, что первыми проявлениями ВИЧ-инфекции может быть высокая температура более 2-х недель и лишь 8% учеников дали полностью правильный ответ, что симптомов нет. Существующие тенденции в отношении к ВИЧ-инфекции и ее носителям наглядно показаны на рис. 5 на примере оценке риска заражения при определенных действиях, определенном поведении в отношении к ВИЧ-инфицированным. На диаграмме показан процент испытуемых, оценивших данное действие/поведение как опасное (рис.5).

Как видно из диаграммы, учащиеся правильно оценивают уровень опасности полового пути передачи инфекции (82,8%) и использование общего инструментария (61,3%). Однако, наряду с этим, тревогу вызывает высокий процент указавших на «мифические» пути передачи, такие как: использование совместной посуды (44,7%), общение с инфицированным (29,6%). Результаты исследования убедительно доказывают, что незнание путей передачи инфекции, степени риска заражения в тех или иных ситуациях приводит к высокому уровню стигматизации в обществе, чувство страха от возможного общения с ВИЧ-инфицированным, что приводит к снижению толерантности (независимо от пола и возраста) (рис.6).

Можно отметить несколько более высокий уровень стигмы более молодого поколения, т.е. чем моложе подросток, тем более настороженно он относится к людям с социально значимыми заболеваниями.

Туберкулез. В целом, согласно данным исследования, уровень информированности подростков по вопросам туберкулеза наиболее высокий в сравнении с информированностью о других социально значимых заболеваниях. Так, хороший уровень информированности показали 80,6% юношей и 86,4% девушек. 7,2% и 8,8% юношей и девушек соответственно составили группу с удовлетворительными знаниями. Оценка знаний основных симптомов туберкулеза показала, что более 50% участников опроса знают об основном симптоме – продолжающийся более 2-х недель кашель. На вопросе как можно себя защитить от туберкулеза, наиболее популярными ответами были не курить и не употреблять алкоголь, следующим по частоте ответом было занятие спортом и вакцинация. Как известно, основным методом профилактики туберкулеза является раннее выявление и лечение больных, ежегодная ревакцинация БЦЖ была отменена по причине отсутствия доказательной базы эффективности. Вторичная профилактика – это поддержка иммунной системы, частое проветривание и инсоляция помещений, особенно с большой концентрацией людей и, конечно же, отсутствие вредных привычек (таб.2).

Отношение к людям с диагнозом ТБ. У 65,5% учеников больные с диагнозом туберкулез вызывают сочувствие, однако на фоне гуманного отношения 40% респондентов предпочли бы изолировать людей с туберкулезом из общества и принудительно лечить их, а 45,5% опрошенных учащихся вовсе прекратили бы общаться с больными немедленно. Более 65% считают, что учиться, пользоваться одной посудой, посещать баню, иметь половые контакты, использовать одну бритву с пациентами туберкулеза опасно для здоровья.

Таблица 2.
Мнение подростков относительно возможных профилактических мер, направленных на снижение риска заболевания туберкулезом, N=563

Профилактические меры	Бишкек	Ош	муж	жен
хорошо питаться	32,0%	35,8%	33,00%	33,50%
не курить, не употреблять алкоголь	42,5%	42,0%	42,60%	42,10%
избегать прямого контакта с больными	29,7%	29,5%	30,60%	28,60%
часто проветривать помещение	22,3%	19,3%	18,60%	24,40%
заниматься спортом, закаливаться	38,1%	41,5%	38,80%	39,50%
часто быть на свежем воздухе	25,2%	25,6%	19,90%	31,20%
сделать прививку	34,6%	34,1%	33,00%	36,10%
невозможно защититься	2,9%	4,0%	4,80%	1,50%

Таблица №3.
Осведомленность о способах защиты от ИППП

	Бишкек		Ош		Итого	
	абс	%	абс	%	абс	%
верно	15	3,8%	11	6,2%	26	4,5
неверно	383	96,2%	167	93,8%	550	95,5
Итого	398	100,0%	178	100,0%	576	100,0

Таблица 4.

Распределение ответов на вопрос «какие методы контрацепции вам известны», N=562

	Бишкек	Ош	муж	жен
прерванный половой акт	3,9%	5,1%	5,4%	3,0%
химические контрацептивы	2,3%	5,7%	3,0%	3,8%
стерилизация	5,4%	7,4%	5,4%	6,8%
гормональные таблетки	6,0%	8,5%	6,0%	7,6%
календарный метод	4,7%	3,4%	0,7%	8,3%
внутриматочная спираль	6,7%	8,5%	6,0%	8,7%
презервативы	31,3%	19,3%	36,6%	17,4%
никакие	21,7%	14,9%	16,7%	22,7%
воздержание	23,8%	27,8%	25,5%	24,6%
затрудняюсь ответить	25,8%	43,0%	21,4%	25,0%

ИППП. Знания респондентов исследовались в контексте знаний о симптомах, путях передачи и методах профилактики ИППП. Основная часть респондентов сфокусировалась на двух группах: с удовлетворительным и низким уровнем знаний (группа 3 и 4). При вопросе на знание видов заболеваний, передающихся половым путем, большинство опрошенных затруднились ответить (44,2%), многие так же считают, что туберкулез наряду с сифилисом является инфекцией, передающейся половым путем (21,4%), что подтверждает опасения ребят, считающих, что половые отношения с туберкулезным больным являются наиболее опасным поведением (рис.7).

При анализе ответов о возможных способах защиты от ИППП, предлагалось два правильных ответа, то есть использование презерватива при каждом половом контакте и воздержание от половой жизни. Однако доля ребят, давших исключительно правильные ответы, составили 4,5%, с преимуществом учащихся лицеев г. Ош. Остальные 96,2% указывали на правильные ответы, но наряду с этим добавляли и другие варианты ответов (таб.3).

Репродуктивное здоровье.

Согласно данным исследования, уровень информированности подростков по вопросам репродуктивного здоровья так же не высокий. Так, наиболее распространённый уровень информированности - опасно низкий, его продемонстрировали 37,2% респондентов (45,4% юношей и 27,9% девушек). Схожие показатели по трем уровням – хорошим, удовлетворительным и низким знаниям (18,8%, 21,5% и 22,0% соответственно). Есть и показатель, достигнувший уровня отличных знаний - 1.1% (девочки). В целом девочки демонстрируют более высокий уровень информированности в вопросах репродуктивного здоровья. При опросе подростков об известных методах контрацепции ответ «не знаю» оказался самым популярным ответом, интересным остается факт, что 43% учеников лицеев г.Ош затруднились ответить на поставленный вопрос. Бишкекские ученики, равно как и мальчики, чаще отмечали презерватив, как известный метод контрацепции, тогда как другие подростки отметили, что им не известны какие – либо методы контрацепции. Если

объединить ответы «не знаю» и «никакие» что, по сути, имеет одинаковое значение, то мы имеем высокие цифры безграмотности молодых людей о видах контрацепции (таб.4).

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что мальчики более активны в сексуальных отношениях, чем девочки, по данным опроса 73,5% девочек не имеют подобного опыта, в том числе 60% в г.Ош, тогда как 63,1% мальчиков признались, что живут половой жизнью. Так же по данным опроса видно, что в целом сексуально активные подростки предпочитают безопасный секс, так практически каждый второй использует презерватив постоянно (41,2%), используют всегда за редким исключением 14,1% учеников, время от времени 12,6% и не используют презерватив 32,1% респондентов.

Психоактивные вещества (ПАВ).

Применение психотропных веществ (вещества, вызывающие изменение сознания) связано с поведением, которое может повышать риск передачи ВИЧ-инфекции и других инфекций, передающихся половым и парентеральным путем. Употребление наркотиков также влечет за собой рост числа изнасилований или секса по принуждению. Таким образом, важной задачей исследования стояло изучение практики употребления табака, алкоголя и наркотиков. Как показало исследование, 35,5% учеников курят, 41,5% употребляли алкоголь хотя бы раз в жизни, из них 3,5% на регулярной основе. Исследование показало, что 6,5% пробовали наркотик хотя бы раз в жизни, 5% воздержались от ответа. Большинство учеников (62%) категорично и еще 17% отрицательно относятся к употреблению наркотиков, что позволяет утверждать о неактуальности в потребности попробовать ПАВ. Нормально к этому относятся 2% респондентов, можно предположить, что это учащиеся, которые имеют опыт регулярного употребления.

В заключении сделаны следующие выводы:

- Среднее школьное образование наряду с родителями не обеспечивает учеников полной и достоверной информацией о ВИЧ, ТБ, ИППП и репродуктивном здоровье. Базовые знания о здоровом

образе жизни учащиеся лицеев получают непосредственно в профессиональных учебных заведениях.

- Участники опроса продемонстрировали низкие и крайне низкие знания в вопросах социально значимых заболеваний. Это приводит к снижению толерантности к людям, живущим с ВИЧ и больных ТБ. Вместе с этим отмечается и низкий уровень настороженности подростков при появлении первых симптомах ТБ, ИППП.

- Отсутствует психологическая помощь в проф.тех лицеях и училищах, учащиеся вынуждены решать возникающие вопросы самостоятельно без квалифицированной поддержки специалистов.

- Большинство респондентов указали, что являются противниками употребления спиртных напитков, курения и наркотиков. Наряду с этим большинство опрошенных отметили, что в регионе проживания есть проблемы среди молодежи с курением и употреблением насвая.

- Большинство респондентов переоценивают свой потенциал в вопросах сохранения здоровья. Тенденция подростковнизкимуровнемреальнойинформированности переоценивать свои знания представляется довольно тревожной тенденцией, ведь разрыв между реальными знаниями и «уверенностью» в своей правоте имеет как минимум два негативных последствия – повышения риска деструктивного поведения и снижения мотивации к поиску/усвоению знаний (обучению).

Литература:

1. *Поведенческие нормы и знания молодежи в возрасте 15-24 лет в контексте распространения эпидемии ВИЧ/СПИД в республике Беларусь, отчет об исследовании/Вардомацкий и др-Минск: Тесей, 2006*

2. *Выявление знаний, отношения и поведения молодежи г.Асинов отношении ВИЧ/СПИД, отчет об исследовании/Кондинская – Томск, 2002*

3. *Отношения, знания и навыки подростков к вопросам здорового образа жизни, исследовательское агентство СИАР, Кыргызстан, 2005*

4. *Ориентационная программа «Здоровье подростков», для мед.работников Кыргызстана, пособие для преподавателя*

5. *Сексуальное и репродуктивное здоровье и права молодежи в Европе, европейская сеть МФПР, 2007*

6. *Отчет по результатам экспресс оценки связей в области сексуального и репродуктивного здоровья и ВИЧ в Кыргызстане, АРЗ, 2010*

7. *Национальное исследование уровня информированности, практики поведения и мер противодействия ВИЧ/СПИД среди населения в возрасте 15-49 лет в республике Таджикистан, отчет об исследовании/Саидов Ф. и др-Душанбе, 2012*

ОЦЕНКА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРЕПАРАТАМИ ИНСУЛИНОВ В УКРАИНЕ

Яковлева Л.В., Кириченко О.Н., Кириченко А.А.

Национальный фармацевтический университет
Харьков, Украина

Резюме. Проведен анализ потребления препаратов инсулинов на фармацевтическом рынке Украины по данным 2008 - 2012 г.г. с использованием АТС/DDD методологии по показателю $DDD_s/1000$ жителей/день. Определен низкий уровень потребления по сравнению с европейскими странами и его снижение по сравнению с показателями 2008 г. По данным структурного анализа показано недостаточное применение современных высокоэффективных препаратов инсулинов ультракороткого и длительного действия. Обеспеченность препаратами инсулинов больных СД 1-го типа, без учета их потребления больными СД 2-го типа, составила в 2012 г. 289,68 дня лечения в год на одного больного и свидетельствует о несоответствии объема потребления уровню заболеваемости.

Ключевые слова: анализ потребления, препараты инсулинов, сахарный диабет.

ASSESSMENT OF INSULIN PROVISION OF PATIENTS WITH DIABETES IN UKRAINE

Iakovlieva L.V., Kyrychenko O. N., Kyrychenko A. A.

National University of Pharmacy
Kharkov, Ukraine

Resume. The analysis of the consumption of insulin preparations in the pharmaceutical market of Ukraine according to the 2008 - 2012 year using ATC / DDD methodology in terms $DDDS/1000$ inhabitants /day. Defined low level of consumption compared with European countries and its decline as compared with the 2008 According to the structural analysis shown insufficient use of modern high-performance insulin preparations ultra-short and long-acting. Security insulin diabetics type 1, without regard to their consumption of patients with diabetes type 2, in 2012 amounted to 289,68 days of treatment per year per patient and evidence of lack of consumption of morbidity.

Keywords: analysis of consumption, insulin preparations, diabetes.

Исследование объемов и структуры потребления сахароснижающих препаратов, как в розничном, так и в госпитальном сегменте, позволяет оценить степень использования каждого лекарственного препарата (ЛП) этой группы, установить соответствие их применения международным и национальным стандартам. Кроме того, данные такого анализа отображают применение в реальной терапии сахарного диабета (СД) современных методов лечения и обосновывают необходимость пересмотра использования нерациональных (менее клинически и экономически эффективных) схем терапии СД.

Учитывая увеличивающуюся с каждым годом потребность в инсулиновых препаратах, бесплатное обеспечение в рамках государственной программы, необходимость проведения пожизненной заместительной инсулинотерапии у больных СД 1-го типа и применения ее со временем у части пациентов с СД 2-го типа, изучение объемов потребления препаратов инсулинов и сопоставление их с распространенностью в Украине представляется весьма актуальным.

Появившиеся на рынке современные генно-инженерные инсулины по сравнению со стандартными препаратами инсулинов существенно повысили возможность достижения основной терапевтической цели СД – обеспечения и поддержания целевых значений гликированного гемоглобина (HbA1c), повышения комплаентности пациентов, снижения риска развития гипогликемических реакций. В конечном итоге, переход на клинически эффективные стратегии лечения позволит повысить качество жизни больных СД, снизить преждевременное развитие осложнений, инвалидизацию и смертность больных СД, а следовательно, и связанные с ними затраты как государства, так и больного. В настоящий момент на долю сахароснижающих препаратов приходится

10% от всех затрат на лечение СД, а большая часть затрат связана с расходами на ЛП для лечения осложнений и госпитализацию в связи с осложнениями (около 75%) [1].

Наряду с данными о клинической эффективности различных схем инсулинотерапии внедрение в широкую клиническую практику современных аналогов инсулинов должно быть обосновано и фармакоэкономическими исследованиями, т.е. доказательствами экономической целесообразности.

Цель работы заключалась в изучении объемов и структуры потребления препаратов группы инсулинов на основе данных госпитального и розничного сегмента фармацевтического рынка Украины.

Материалы и методы исследования.

Объектом исследования были данные потребления препаратов группы инсулинов аналитической системы исследования рынка “PharmXplorer/Фармстандарт” компании “Proxima Research”, а также реестра оптово-отпускных цен на лекарственные средства, опубликованного на сайте МОЗ Украины. Объем потребления ЛС оценивали с помощью АТС/DDD методологии по показателю $DDD_s/1000$ жителей/день. Данный показатель дает представление о доле населения, которое получает определенный вид лечения. Сравнительный анализ потребления инсулинов проводился по данным 2008 - 2012 годов.

Полученные результаты и их обсуждение.

Результаты исследования показали, что на украинском фармацевтическом рынке представлены 5 видов инсулинов: инсулины ультракороткого действия (аналоги инсулина человека); короткого действия (инсулин растворимый человеческий генно-инженерный и инсулин свиной); средней продолжительности действия и их аналоги (инсулин человеческий генно-инженерный и

инсулин свиной); средней продолжительности действия в комбинации с инсулинами короткого действия; длительного действия (аналоги инсулина человека).

Динамика потребления инсулинов за период 2008 - 2012 г.г. по показателю $DDD_s/1000$ жителей/день представлена в таблице 1.

По итогам 2012 года лидерами по объему потребления среди инсулинов короткого и ультракороткого действия, применяющихся для контроля постпрандиальной гликемии, являются инсулины короткого действия. В абсолютных значениях объем потребления составил 1,10 $DDD_s/1000$ жителей/день и снизился на 36,05% по сравнению с 2008 годом. Доля потребления инсулинов ультракороткого действия значительно меньше - 0,1 $DDD_s/1000$ жителей/день, т.е. всего 9,01%. При этом долевое участие этой группы по сравнению с 2008 годом увеличилось на 3,23%.

Среди инсулинов, применяющихся для заместительной базальной инсулинотерапии (инсулины средней продолжительности и длительного действия), наибольший объем потребления по данным 2012 года приходится на группу инсулинов средней продолжительности действия. Их доля в группе базальных инсулинов достигает 92,7%, а в абсолютном выражении - 1,27 $DDD_s/1000$ жителей/день. Однако потребление в 2012 г. по сравнению с данными 2008 г. уменьшилось на 35,53%. Доля инсулинов длительного действия незначительна и составляет 7,3%, а в абсолютном выражении - 0,1 $DDD_s/1000$ жителей/день. Доля группы инсулинов комбинированного действия в структуре инсулинотерапии по сравнению с общим объемом потребления составляет 25,29%.

Сравнительный анализ потребления препаратов инсулинов по итогам 2008 - 2012 г.г. показал, что общий объем потребления препаратов инсулинов в 2012 г. снизился на 29,65% по сравнению с 2008 г. При сопоставлении с другими странами потребление инсулинов в Украине находится на очень низком уровне. Например, общий объем потребления во Франции, Германии,

Великобритании в 2011 году составил соответственно 13,84, 29,15, 19,09 $DDD_s/1000$ жителей/день в сравнении с 3,44 $DDD_s/1000$ жителей/день в нашей стране в 2012 г. [2]. При сопоставлении данных потребления с уровнем заболеваемости установлено, что обеспеченность инсулиновыми препаратами больных СД 1-го типа, без учета их применения у больных СД 2-го типа, в 2012 г. составила 289,68 дня лечения в год на одного больного и свидетельствует о несоответствии объема потребления уровню заболеваемости.

В исследованиях последних лет показано, что быстрое и значительное повышение показателей глюкозы крови после еды (постпрандиальная гипергликемия), а не гликемия натощак, является прямым фактором, способствующим прогрессированию атеросклероза и развитию осложнений диабета. Поэтому контроль пиков постпрандиальной гликемии (ППГ), наряду с гликемией натощак и $HbA1c$, включен в рекомендации по лечению СД в качестве важного показателя, отражающего состояние метаболического контроля [3,4].

Применяющаяся для контроля ППГ группа современных быстродействующих инсулинов, в отличие от инсулинов короткого действия, обеспечивает быстрое начало действия, совпадение пиков концентрации инсулина в крови с пиком ППГ, а более активная элиминация позволяет избежать эффекта наложения и, таким образом, предотвращать развитие гипогликемических состояний. В отличие от быстродействующих инсулинов человеческий инсулин короткого действия оказывает максимальный эффект только после всасывания основной части углеводов после приема пищи, и, следовательно, действие инсулина настигает ту гипергликемию, которая уже возникла. Кроме того, уровень инсулина в плазме остается повышенным до 6 часов, что увеличивает риск развития гипогликемий перед следующими приемами пищи. Также, у препаратов этой группы значительно выражена вариабельность ежедневных профилей действия инсулинов [5,6].

Проведенный структурный анализ потребления инсулинов, применяющихся для контроля

Таблица 1.

Динамика потребления инсулинов за период 2008 - 2012 г.г. по показателю $DDD_s/1000$ жителей /день

Код АТС	Вид инсулина	$DDD_s/1000$ жителей/день	
		2008 г.	2012 г.
1	2	3	4
A10A B04, A10A B05, A10A B06	ультракороткого действия	0,1	0,1
A10A B01, A10A B03	короткого действия	1,69	1,10
A10A C01, A10A C03	средней продолжительности действия и аналоги	1,97	1,27
A10A D01, A10A D04, A10A D05	средней продолжительности действия в комбинации с инсулинами короткого действия	0,97	0,87
A10A E04, A10A E05	длительного действия	0,16	0,1
	Всего:	4,89	3,44

ППГ, свидетельствует о незначительных объемах потребления более эффективных современных инсулинов ультракороткого действия.

Основная роль заместительной базальной инсулинотерапии заключается в обеспечении нормального уровня сахара в крови вне приема пищи и во время сна. Использование для этой цели стандартных препаратов инсулина (средней продолжительности действия) предполагает многократное введение препарата в течение суток, координацию инъекций с приемом пищи и физическими нагрузками, регулярный контроль гликемии. Такие ограничения отрицательно сказываются на качестве жизни, нередко приводят к нарушениям режима терапии и не обеспечивают достижения относительно равномерного уровня базальной инсулинемии в течение суток.

Высокотехнологичные препараты беспи-кового действия (длительного действия - инсулин гларгин и инсулин детемир) имитируют достаточно ровную (плавную) базальную секрецию инсулина, отличаются меньшей вариабельностью, практически суточной длительностью действия (20-24 ч.) и могут обеспечить более эффективный контроль гликемии. По данным многочисленных клинических исследований при изучении эффективности и безопасности оба препарата этой группы обеспечивают клинически значимое и сопоставимое снижение уровня гликемии с одинаково низким риском развития гипогликемий [7-9].

По данным оценки потребления инсулинов, применяющихся для заместительной базальной инсулинотерапии, инсулины длительного действия применяются в очень малом количестве, по сравнению с группой инсулинов средней продолжительности действия.

Таким образом, по результатам проведенной оценки потребления препаратов инсулинов на фармацевтическом рынке Украины больше всего используются инсулины короткого и средней продолжительности действия. Четверть от общего объема применения приходится на двухфазные инсулины (средней продолжительности действия в комбинации с инсулинами короткого действия). Отмечается недостаточное использование современных высокоэффективных препаратов инсулинов ультракороткого и длительного действия, имеющих подтверждение их клинических преимуществ в сравнительных клинических исследованиях. Такие обстоятельства могут объясняться сравнительно высокой их утилитарной стоимостью и ограниченными возможностями государственного финансирования.

Сложившаяся ситуация свидетельствует о надобности пересмотра существующей системы государственного обеспечения, приводящей к ограничению использования современных аналогов инсулинов, и обосновывает, с целью обеспечения качественного лечения больных СД перед включением того или иного препарата в программы государственного возмещения, необходимость проведения фармакоэкономической экспертизы.

Выводы:

- потребление инсулинов в Украине по показателю $DDD_s/1000$ жителей/день по сравнению с некоторыми европейскими странами находятся на очень низком уровне;
- общий объем потребления в 2012 снизился на

29,65% по сравнению с 2008 г;

- объем потребления препаратов инсулинов больными СД 1-го типа, без учета их применения у больных СД 2-го типа, не соответствует уровню заболеваемости СД 1-го типа;

- отмечается недостаточное использование современных высокоэффективных препаратов инсулинов ультракороткого и длительного действия;

- определена необходимость проведения фармакоэкономической экспертизы перед включением того или иного препарата в программы государственного возмещения.

Литература:

1. Верткин А. Л., Аристархова О. Ю., Скотников А. С. Роль современных сахароснижающих и антиоксидантных препаратов в фармакотерапии сахарного диабета 2-го типа и его осложнений // *Лечащий врач [Электронный ресурс]*. - Режим доступа к журн.: <http://www.vrach.ru>

2. S. Pichetti, C.Sermet, Saskia van der Erf. The diffusion of new anti-diabetic drugs: an international comparison // *Questions d'économie de la santé n 187 - May 2013. P. 1-8.* [Электронный ресурс]. - Режим доступа к журн.: <http://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/IrdesPublications/QES187.pdf>.

3. Hanefeld M., Koehler C., Schaper F. et al. Postprandial plasma glucose is an independent risk factor for increased carotid intima-media thickness in non-diabetic individuals // *Atherosclerosis*. - 1999. - 144. - P. 229-235.

4. Бирюкова Е.В., Гарбузова М.А. Эффективный и безопасный контроль гликемии с помощью инсулина Анидра – залог успешной профилактики сосудистых осложнений сахарного диабета // *Сахарный диабет*. - 2010. №3(48). - С.72-77.

5. Крысанов И.С. Фармакоэкономический анализ терапии аналогами инсулина ультракороткого действия // *Фармакоэкономика*. - 2009. -Т. 2.- № 3. - С.24-28.

6. Тронько М.Д. Цукровий діабет: сучасна парадигма лікування. *Укр. мед. часопис*, 5 (91) – IX/X 2012. – С.30-31. [Электронный ресурс]. - Режим доступа к журн.: <http://www.umj.com.ua>

7. Дедов И.И., Шестакова М.В., Моисеев С.В. Аналоги инсулина // *Клиническая фармакология и терапия*. - 2005. - №14(2). [Электронный ресурс]. - Режим доступа к журн.: <http://www.voed.ru/>

8. Вербовая Н.И. Аналоги инсулина пролонгированного действия: сравнительная характеристика строения, фармакологических свойств, возможностей клинического применения // *Проблемы эндокринологии*. - 2010. № 2. - С.64-71.

9. Куликов А.Ю., Аринина Е.Е. Фармакоэкономический анализ терапии сахарного диабета аналогами инсулина длительного действия // *Фармакоэкономика*. - 2009. -Т. 3. -№ 1. - С.26-30.

МИКРОАНАТОМИЯ ЛИМФАНГИОНОВ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА

Акимов М., Сатыбалдиев М.А., Тулекеев Т.М.

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

Резюме. В статье представлены результаты исследования морфологии и морфометрии лимфангионов интра- и экстраорганных сосудов и левого лимфатического коллектора сердца человека подросткового и зрелого возраста. Морфометрия лимфангионов лимфососудов третьего порядка превышает аналогичные параметры сосудов второго порядка. В лимфангионах первого порядка миоциты не обнаруживаются. Длина и объем лимфангионов возрастает от интраорганного к экстраорганному сосуду. Количество миоцитов превалирует в мышечной манжетке экстраорганного лимфососуда зрелых возрастных групп.

Ключевые слова: Лимфатический сосуд, лимфангион, миоциты.

АДАМ ЖҮРӨГҮНҮН ЛИМФА ТАМЫРЛАРЫНЫН ЛИМФАНГИОНДОРУНУН МИКРОАНАТОМИЯСЫ

Акимов М., Сатыбалдиев М.А., Тулекеев Т.М.

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

Корутунду. Бул макалада жаш өспүрүм жана жетилген курак адам жүрөгүнүн сол жактагы лимфа коллектордун жана лимфангиондун интра- жана экстраоргандык тамырлардын морфологиясы жана морфометриясы берилген. Үчүнчү катардагы лимфа тамырлардын лимфангиондорунун морфометриясы ошондой эле экинчи катардагы тамырлардын параметрлеринен арттырууда. Биринчи катардагы лимфангиондордо миоциттер аныкталбайт. Лимфангиондордун узундугу жана көлөмү интраоргандыктан экстраоргандык тамырга өсөт. Миоциттердин саны жетилген курак адамдардын экстраоргандык лимфа тамырларындагы булчуң манжеткасында артык болууда.

Негизги сөздөр: Лимфа тамыры, лимфангион, миоциттер.

MICROANATOMY OF LYMPHANGIONS LYMPHATIC VESSELS OF THE HUMAN HEART

Akimov M., Satybaldyev M.A., Tulekeev T.M.

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

Resume. The article presents the results of a study of the morphology and morphometry of lymphangion intra- and extraorgan vessels and left lymphatic collector of the heart in adolescence and adulthood. Lymphangions morphometry of lymphatic vessels third order exceeds similar parameters of the vessels of the second order. In lymphangions first order myocytes are not detected. Length and volume increases from lymphangions intra- to extraorgan vessel. Number of myocytes prevails in muscle cuff extraorgan lymphatic vessel mature age groups.

Keywords: Lymphatic vessel, lymphangions, myocytes.

В современных условиях значительно возрос интерес к изучению морфологии лимфатической системы. Широко используется, прямое и не прямое эндолимфатическое введение лекарственных средств, стимуляция лимфатического дренажа тканей, лимфотока, регуляция функций лимфатических узлов и экстракорпоральная обработка лимфы [1,3,5]. Стимуляция лимфатического дренажа сердца у больных с инфарктом миокарда приводит к уменьшению очагов перинфарктной зоны [Олефир В.П., 1985]. Между тем, к микроморфологии мышечных клеток (миоцитов) стенки лимфатических сосудов сердца как «морфологического субстрата» уделено недостаточно внимания [2,4,6,7]. Выделение лимфангиона как структурно функциональной единицы лимфатического сосуда позволило изучить морфологические основы сократительной активности лимфангионов сердца человека и животных в норме и патологии [8,5,10,11]. С этих позиций, морфология лимфангионов - распределение миоцитов в области мышечной манжетки, клапанного синуса и в области прикрепления стенок клапана имеют

прикладное значение.

Целью настоящего исследования явилось изучение микроанатомии лимфангионов (количество, размеры), внутри - и вне органных (лимфатический коллектор) лимфатических сосудов сердца человека подросткового и зрелого возрастов.

Материал и методы исследования.

Материалом для исследования служили препараты сердца (23 случаев) взятые от трупов людей погибших от травмы и несчастных случаев (исключили сердца умерших от патологий). Лимфатические сосуды выявлялись путем внутритканевой инъекции цветной массы Герота. Препарирование, выделение сосудов производилась через 7-10 дней после фиксации. Для изучения архитектоники лимфатических капилляров изготавливали просветленные препараты по методу Шпальтегольца в модификации Д.А. Жданова (1940). Из стенок сердца с инъецированными сосудами изготавливали гистологические срезы. Гисто препараты окрашивали по Ван-Гизону, Гейденгайну, галлоцианином, гематоксилинэозином и пикрофуксином.

Изготовления тотальных (без инъекционная) препаратов лимфатических сосудов производили по методу А.В. Борисова (1974). Количественные параметры лимфангионов (длина, ширина, объем) и миоцитов (в трех составных частях) стенок лимфососудов обработаны методом вариационной статистики ($t, p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение.

Лимфатическое русло сердца включает – лимфатические капиллярные сети (эндо- мио- и эпикарда), посткапилляры, внутри - и внеорганных лимфатических сосудов (рис.1) впадающих в регионарные лимфатические узлы.

Лимфангион (клапанный сегмент) представляет участок лимфатического сосуда между двумя клапанами: периферический относится к одному лимфангиону; центральный к следующему. Количество миоцитов стенки лимфангиона зависит от диаметра лимфатических сосудов (в тонких сосудах меньше миоцитов). Миоциты ориентированы преимущественно спирально, содержится во внутренней, средней и наружной оболочках сосудов (крутая спираль – в средней оболочке, продольная – в наружной и внутренней оболочках). В стенке лимфатических сосудов I порядка эпикарда миоциты не выявлены. По В.В. Куприянову (1969) данные лимфо-сосуды рассматриваются как посткапилляры. Количество субэпикардиальных (левый желудочек) лимфангионов лимфососудов II и III порядков в 1 см² площади варьируют у подростков 35-45, в зрелом возрасте 26-34. В эпикарде правого желудочка количество лимфангионов меньше ($p < 0,05$) по сравнению с аналогичными параметрами левого желудочка, где колеблется от 27-40 в подростковом и 20-30 в зрелом возрасте. Морфометрические показатели длины, ширины и объемов (мм³) лимфангионов сосудов II-го порядка отражены в табл.1.

Длина, ширина и объем лимфангионов лимфатического сосуда III-го порядка в подростковом возрасте варьируют в пределах $1,950 \pm 0,18$ мм, $0,42 \pm 0,012$ мм и $0,2 \pm 0,04$ мм³. В зрелом возрасте составляет $2,32 \pm 0,15$ мм, $0,6 \pm 0,02$ мм и $0,5 \pm 0,01$ мм³ соответственно ($p < 0,05$). В средней части лимфангионов лимфатических сосудов второго и третьего порядков эпикарда содержатся единичные миоциты. Они отсутствуют в стенке клапанного синуса и в области прикрепления клапана. Главными лимфососудами, отводящими лимфу из стенки сердца, являются левый и правый лимфатические коллекторы (сосуды четвертого порядка). Интраорганный левый лимфатический коллектор формируется в области верхушки сердца из слияния субэпикардиальных лимфатических сосудов III-го порядка левого и правого желудочков. Залегая в передней межжелудочковой борозде направляется к основанию органа, сопровождая кровеносные сосуды. В левом коллекторе (от верхушки до региональных лимфатических узлов) локализуется до 60 лимфангионов имеющие возрастные и локальные особенности (форма, размеры, количество миоцитов). Количественные параметры лимфангионов левого лимфатического коллектора подросткового возраста отражены в табл. 2.

В мышечной манжетке лимфангионо-внутриорганный сосуда $75 \pm 6,8$ миоцитов, в стенке клапанного синуса - $15 \pm 2,7$ миоцитов. Тогда как, в лимфангионах экстраорганный сосуда определяется $130 \pm 8,7$ и $28 \pm 3,0$ мышечных клеток соответственно (рис.2, 3). Следовательно, в подростковом возрасте миоциты определяются не только в мышечной манжетке, но и в стенке клапанного синусалимфангиона. Мышечная манжетка лимфангионо-внутриорганный сосуда содержит меньше миоцитов, чем лимфангионов экстраорганный сосуда ($P < 0,01$). Количественные показатели

Таблица 1.
Лимфангионы лимфососудов второго порядка

Возрастные группы	Длина(мм)	Ширина (мм)	Объем(мм ³)
Подростковый возраст	$1,524 \pm 0,14$	$0,410 \pm 0,01$	$0,1 \pm 0,05$
Зрелый возраст	$1,700 \pm 0,08$	$0,500 \pm 0,07$	$0,2 \pm 0,06$

Таблица 2.
Морфометрия параметров лимфангионов левого лимфатического коллектора.

Параметры	Интраорганные	Экстраорганные
Длина (мм)	$2,25 \pm 0,2$	$2,75 \pm 0,20$
Ширина (мм)	$0,45 \pm 0,04$	$0,52 \pm 0,01$
Объем (мм ³)	$0,2 \pm 0,05$	$0,4 \pm 0,05$

Таблица 3.
Морфометрические показатели лимфангионов зрелого возраста

Параметры	Интраорганные	Экстраорганные
Длина (мм)	$2,25 \pm 0,2$	$3,25 \pm 0,20$
Ширина (мм)	$0,65 \pm 0,03$	$0,65 \pm 0,05$
Объем (мм ³)	$0,5 \pm 0,1$	$0,7 \pm 0,1$

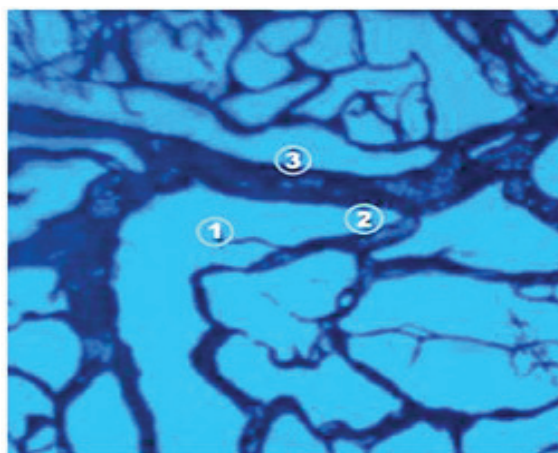


Рис. 1. Лимфатическое русло эпикарда левого желудочка. Масса Герота. Просветленный препарат. 1-лимфатический капилляр, 2- лимфатический сосуд первого порядка, 3 лимфатический сосуд второго порядка. Ув. 4x8.



Рис. 2. Мышечная манжетка лимфангиона экстраоргального лимфатического сосуда. Тотальный препарат (галлоцианин). Миоциты расположены на два слоя.1- ядра миоцитов поверхностного слоя, 2- ядра миоцитов глубокого слоя, 3- ядро эндотелия.Ув. 40x15.



Рис. 3. Мышечная манжетка экстраоргального лимфатического сосуда.Тотальный препарат (галлоцианин).1- ядра миоцитов ориентированные по типу «пологой» спирали, 2- ядра миоцитов по типу «крутой» спирали, 3- ядра миоцитов по «промежуточному» типу. Ув. 40x15.

лимфангионов левого лимфатического коллектора сердца человека в зрелом возрасте, отражены в табл.3.

В мышечной манжетке лимфангионов интраорганного лимфатического сосуда сердца зрелого возраста содержится $96,4 \pm 7,7$ в стенке клапанного синуса - $23 \pm 6,0$, в области прикрепления клапана - $3,0 \pm 0,6$ миоцитов. В экстраорганном сосуде - $192 \pm 17,5 - 26,2 \pm 4,7 - 5,0 \pm 1,1$ миоцитов соответственно. Максимальное количество миоцитов отмечается в мышечной манжетке лимфангиона. В этой возрастной группе выявлены единичные миоциты в области прикрепления клапана в лимфангионах интраорганного сосуда.

Выводы:

1. Морфометрические показатели лимфангионов сосудов третьего порядка достоверно превышает таковых сосудов второго порядка. В стенке лимфососудов первого порядка миоциты не выявляются.

2. Лимфангионы разнообразны по форме. Длина, объем лимфангионов возрастает от интраорганного сосуда к экстраорганному. Максимальное количество миоцитов определяется в мышечной манжетке лимфангиона экстраорганного сосуда зрелого возраста.

Литература:

1. Борисов А.В. Принципы конструкции лимфатического сосуда в свете теории лимфангиона// Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты - СПб.: СПбГМА, 1997.-Вып. 1 .-с.6-12.

2. Борисов А.В. Значение конструкции лимфангиона как структурно функциональной единицы лимфатического сосуда для биологии и медицины//Тез.

докл. XI съезда лимфологов России.- СПб.: СПбГУ, 2005.- с.29-30.

3. Борисов А.В. Анатомия лимфангиона - Нальчик. 2007.-296с.

4. Коненков В.И., Бородин Ю.И., Любарский М.С.// - Лимфология. — Новосибирск: «Манускрипт», 2012. – 1179 с.

5. Курпьянов В.В. Гематолимфатическое равновесие как показатель состояния микроциркуляции//— Кардиол., 1974, т.14, вып.8, с.97-100.

6. Олефир В.П., Кияк Ю.Г. Субмикроскопическая структура гемо- и лимфомикроциркуляторных путей миокарда при остром инфаркте - В кн.: Съезд патологоанатомов УССР, т.3. Тезисы докл. Иваново-Франковск, 1981. с. 81-83.

7. Орлов Р.С. Эволюция транспорта лимфы// Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты - СПб.: СПбГМА, 1997.-Вып.1 С.53-54

8. Сатыбалдиев М.А., Бегалиева Б. О лимфангионах сердца человека в старческом возрасте – Вестник КГМА, 2013, прилож. №2.

9. B.D. Chaurasia General Anatomy// Third edition. New Delhi, 2006.

10. Netter H. Atlas of Human Anatomy// ISBN 3-905298-05-8 Basel, 2003.

11. Mislin H. The lymphougiouion//lymphougiology/ Ed.by M.Foldiet J.R., Casley-Smith-Stuttgart: N.Y., 1983, p.165-175.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ КЛЕТОК (МИОЦИТОВ) В СТЕНКЕ ВЫНОСЯЩИХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ СОСУДОВ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ДО 3 ЛЕТ

Гайворонская Ю.Б.

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

Резюме. Изучение состояния структурных образований, которые обеспечивают транспорт лимфы, является актуальным для современной лимфологии. Рассматривая строение лимфатических сосудов с позиции структурно-функциональной единицы «лимфангиона» позволяет раскрыть главный фактор лимфотока в организме – сократительную активность лимфатических сосудов. Исследована пространственная ориентация миоцитов в стенке выносящих лимфатических сосудов трахеобронхиальных лимфатических узлов на 18 органокомплексах новорожденных и детей до 3 лет. Количество миоцитов подсчитано в трех участках лимфангиона, определена их ориентация в зависимости от толщины сосуда. Выявлено, что миоциты в стенке лимфатического сосуда располагаются больше косопоперечно, меньше косопродольно и в единичных случаях продольно и поперечно, что согласуется с данными ряда авторов.

Ключевые слова: трахеобронхиальные лимфатические узлы, лимфатические сосуды, миоциты, новорожденные, дети до 3 лет.

ЖАНЫ ТӨРӨЛГӨН ЖАНА 3 ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН ТРАХЕЯ ЖАНА БРОНХ ТҮТҮКТӨРҮНҮН ЛИМФА БЕЗДЕРИНИН ТАМЫРЛАРЫНЫН МИОЦИТТЕРИНИН ЖАЙГАШЫШЫ

Гайворонская Ю.Б.

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

Корутунду. Лимфанын айлануусунун мүмкүнчүлүгүн түзгөн структураларды изилдөө азыркы лимфология илиминде актуалдуу болуп эсептелинет. Лимфа тамырларынын бирдиги болгон «лимфангиондун» түзүлүшүн изилдөө алардын активдүүлүк жөндөмүн аныктайт. Жаңы төрөлгөн жана 3 жашка чейинки 18 баланын трахея жана бронх түтүктөрүнүн лимфа бездеринен чыккан тамырларынын миоциттеринин жайгашышы изилденген. Лимфа тамырларынын калыңдыгына жараша «лимфангиондун» үч жеринен миоциттердин саны такталган. Миоциттер көпчүлүк учурда лимфа тамырларынын бетинде туура – кыйшык, узун – кыйшык болуп, анда – санда узунунан же туурасынан жайгашканы аныкталды.

Негизги сөздөр: жаңы төрөлгөн жана 3 жашка чейинки балдар, трахея – бронх түтүктөрүнүн лимфа бездери, лимфа тамырлары, миоциттер.

THE DISTRIBUTION OF THE SMOOTH CELLS (MYOCYTES) IN THE WALL OF THE EFFERENT LYMPH VESSELS TRACHEOBRONCHIAL LYMPH NODES OF NEWBORN AND CHILDREN UNTIL THREE YEAR

Gayvoronskay Y.B.

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

Resume. To learn the structural condition, which is supplied the transport of the lymph is actual for modern lymphology. Make out the structure of the lymph vessels as a structuro-functional unit “lymphangion” is allowed to disclose the main factor of the lymph drain in the body – contract activity of the lymph vessels. The space relation of the myocytes in the wall of efferent lymph vessels tracheobronchial lymph nodes is researched on 18 complex of organs in age newborn and children until three year. The quantity of myocytes is calculated in three parts of lymphangion, the orientation of myocytes and the thickness of vessels is determined. Revealing, that myocytes in the wall of the lymph vessels is localized more obliquotransverse, less obliquolongitudinal and just a few longitudinal and transverse, that conform to statistics of other authors.

Key words: tracheobronchial lymph nodes, lymph vessels, myocytes, newborn and children until three year.

Изучение состояния структурных образований, обеспечивающих транспорт лимфы по внеорганным лимфопроводящим путям, является одним из актуальных вопросов современной лимфологии. Исследование в этом направлении привлекает внимание не только морфологов, но и клиницистов, так как физиологические возможности внутренних органов, в частности легких, а также течение и исход патологических процессов в них, в значительной мере, зависит от степени развития и дренажной способности лимфатического русла этих

органов. Анализ отечественной и зарубежной литературы показывает, что структурные основы транспорта лимфы изучены на лимфатических сосудах, принадлежащих, главным образом соматическим лимфатическим узлам, получены при исследовании лабораторных животных [1, 2, 4, 5]. Анатомическая сегментарность в строении лимфатических сосудов явилось основополагающим морфофункциональным критерием, определяя эти сосуды как лимфатические сердца и позже как лимфангионы [6, 7]. Фундаментальные исследования В. В. Куприянова

(1983) и А.В. Борисова (1984), утвердили представление о структурно-функциональной единице лимфатического сосуда – «лимфангионе». Выделение этой единицы позволяет раскрыть главный фактор лимфотока в организме, каким является сократительная активность лимфатических сосудов. Однако до сих пор детально не изучен морфологический субстрат сократительной активности лимфангионов.

Материал и методы исследования.

Анатомия выносящих лимфатических сосудов трахеобронхиальных лимфатических узлов исследована на 18 органокомплексах новорожденных, грудных детей, а также детей раннего детского возраста умерших от причин не связанных с поражением органов грудной полости. Лимфатические узлы и сосуды выявлялись методом внутритканевой инъекции массы Герота. Для детального изучения архитектоники, количества всех структурных элементов стенки лимфангионов лимфатических сосудов изготавливались тотальные препараты по методике, предложенной А.В. Борисовым (1973). Количество миоцитов посчитано в трех участках лимфангиона и определена их ориентация в зависимости от толщины сосуда.

Результаты исследования и их обсуждение.

Нами исследована микро топография (пространственная ориентация) гладкомышечных клеток (миоцитов) в стенке различных частей лимфангиона. Так у новорожденных в мышечной манжете лимфангиона миоциты располагаются в 53 % случаев косопоперечно, в 38% - косопродольно, в 5% случаев продольно и в 4% случаев поперечно рис.1. В области клапанного синуса миоциты 54% случаев располагаются косопоперечно, в 38% случаев косопродольно и в 4% случаев продольно и поперечно. В месте прикрепления клапана косопоперечно миоциты располагаются в 52% случаев, в 39% случаев они лежат косопродольно, в 5% случаев лежат продольно и в 4% случаев поперечно. Среднее количество миоцитов у новорожденных в мышечной манжетке составило $59,5 \pm 13,4$, в области клапанного синуса – $44,8 \pm 7,18$ и в месте прикрепления клапана $35,0 \pm 2,13$. Количество миоцитов в мышечной манжетке колеблется от $44,5 \pm 4,77$ при ширине сосуда 0,5 мм до $88,0 \pm 11,51$ при ширине сосуда 0,4 мм табл. 1, в области клапанного синуса от $35,5 \pm 1,82$ при ширине сосуда 0,5 мм до $61,5 \pm 5,97$ при

ширине сосуда 0,4 мм, в месте прикрепления клапана от $31,0 \pm 2,8$ при ширине сосуда 0,5 мм до $39,5 \pm 3,5$ при ширине сосуда 0,6 мм.

У детей грудного возраста в мышечной манжете лимфангиона миоциты располагаются больше косопоперечно в 62% случаев, косопродольно в 27% случаев, поперечно 7% случаев и продольно в 4% случаев. В клапанном синусе миоциты лежат косопоперечно в 60% случаев косопродольно в 30% случаев, поперечно в 6% случаев и продольно в 4% случаев рис.2. В месте прикрепления клапана также преобладает косопоперечная ориентация миоцитов в 62% случаев, в 30% случаев они лежат косопоперечно, в 5% случаев поперечно и в 3% случаев продольно. Среднее количество миоцитов у детей грудного возраста в мышечной манжетке составило $95,5 \pm 6,27$, в области клапанного синуса – $56,0 \pm 3,79$ и в месте прикрепления клапана $41,5 \pm 5,55$. Количество миоцитов в мышечной манжетке колеблется от $61,0 \pm 11,56$ при ширине сосуда 0,5 мм до $105,5 \pm 13,50$ при ширине сосуда 0,7 мм, в области клапанного синуса от $40,0 \pm 4,49$ при ширине сосуда 0,5 мм до $59,0 \pm 4,0$ при ширине сосуда 0,7 мм, в месте прикрепления клапана от $20,5 \pm 2,96$ при ширине сосуда 0,5 мм до $57,0 \pm 14,22$ при ширине сосуда 0,6 мм (табл.2).

У детей раннего детского возраста миоциты в области мышечной манжетки лимфангиона располагались больше косопоперечно в 60% случаев, в 22% случаев они лежали косопродольно, в 6% случаев поперечно и в 3% случаев продольно. В клапанном синусе лимфангиона миоциты лежали в 65% случаев косопоперечно, в 28% случаев косопродольно, в 5% случаев продольно и 4% случаев поперечно. В месте прикрепления клапана миоциты в 63% случаев располагались косопоперечно, в 26% случаев косопродольно, в 6% случаев поперечно и в 5% случаев продольно. Среднее количество миоцитов у детей раннего детского возраста в мышечной манжетке составило $67,3 \pm 3,81$, в области клапанного синуса – $42,8 \pm 4,56$ и в месте прикрепления клапана $21,0 \pm 1,79$. Количество миоцитов в мышечной манжетке колеблется от $51,0 \pm 5,07$ при ширине сосуда 0,6 мм до $74,5 \pm 7,04$ при ширине сосуда 0,8 мм, в области клапанного синуса от $26,5 \pm 3,75$ при ширине сосуда 0,6 мм до $51,5 \pm 9,81$ при ширине сосуда 0,8 мм, в месте прикрепления клапана от $18,0 \pm 3,91$ при ширине сосуда 0,5 мм до $28,0 \pm 1,0$ при

Таблица 1.

Показатели количества (min-max) $x \pm s_x$ миоцитов в различных частях лимфангионов у новорожденных.

№ п/п	Количество сосудов	Ширина сосуда (мм)	Мышечная манжетка	Клапанный синус	Место пр-я клапана
1.	7	0,4	(22 - 120) $88,0 \pm 11,51$	(30 - 78) $61,5 \pm 5,97$	(15 - 55) $32,0 \pm 4,88$
2.	8	0,5	(25 - 64) $44,5 \pm 4,77$	(24 - 38) $35,5 \pm 1,82$	(12 - 38) $31,0 \pm 2,8$
3.	2	0,6	(75 - 77) $76,0 \pm 1,00$	(35 - 49) $42,0 \pm 7,0$	(36 - 43) $39,5 \pm 3,5$
4.	1	0,7	31	28	38
Всего	18	$0,6 \pm 0,06$	$59,5 \pm 13,4$	$44,8 \pm 7,18$	$35,0 \pm 2,13$

Таблица 2.

Показатели количества (min-max) $\bar{x} \pm s_x$ миоцитов в различных частях лимфангионов у грудных детей.

№ п/п	Количество сосудов	Ширина сосуда (мм)	Мышечная манжетка	Клапанный синус	Место пр-я клапана
1.	1	0,3	90	49	29
2.	1	0,4	91	68	33
3.	6	0,5	(52 - 128) $61,0 \pm 11,56$	(36 - 66) $40,0 \pm 4,49$	(18 - 38) $20,5 \pm 2,96$
4.	4	0,6	(53 - 89) $69,5 \pm 9,31$	(31 - 56) $55,0 \pm 5,76$	(19 - 87) $57,0 \pm 14,22$
5.	2	0,7	(92 - 119) $105,5 \pm 13,50$	(55 - 63) $59,0 \pm 4,0$	(38 - 71) $54,5 \pm 16,5$
Всего	14	$0,7 \pm 0,09$	$95,5 \pm 6,27$	$56,0 \pm 3,79$	$41,5 \pm 5,55$

Таблица 3.

Показатели количества (min-max) $\bar{x} \pm s_x$ миоцитов в различных частях лимфангионов у детей раннего детского возраста.

№ п/п	Количество сосудов	Ширина сосуда (мм)	Мышечная манжетка	Клапанный синус	Место пр-я клапана
1.	1	0,4	60	34	19
2.	6	0,5	(42 - 93) $61,5 \pm 8,76$	(29 - 64) $32,0 \pm 5,45$	(8 - 35) $18,0 \pm 3,91$
3.	4	0,6	(44 - 66) $51,0 \pm 5,07$	(22 - 38) $26,5 \pm 3,75$	(18 - 23) $20,5 \pm 1,11$
4.	3	0,7	(38 - 92) $65,0 \pm 15,68$	(39 - 51) $45,0 \pm 3,53$	(25 - 28) $28,0 \pm 1,00$
5.	4	0,8	(46 - 79) $74,5 \pm 7,04$	(28 - 75) $51,5 \pm 9,81$	(11 - 35) $23,0 \pm 5,34$
Всего	18	$0,5 \pm 0,05$	$67,3 \pm 3,81$	$42,8 \pm 4,56$	$21,0 \pm 1,79$

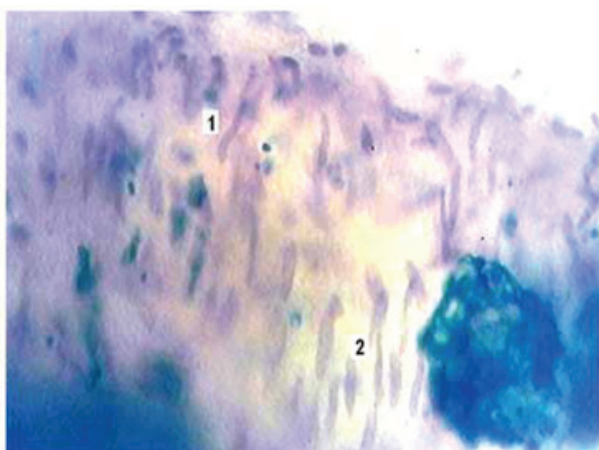


Рис.1. Лимфангион выносящего сосуда верхнего правого трахеобронхиального лимфатического узла. Область мышечной манжетки. Ориентация миоцитов косопоперечная (1), поперечная (2). Новорожденная девочка. Тотальный препарат. Окраска гематоксилином. Об.40, ок.7.

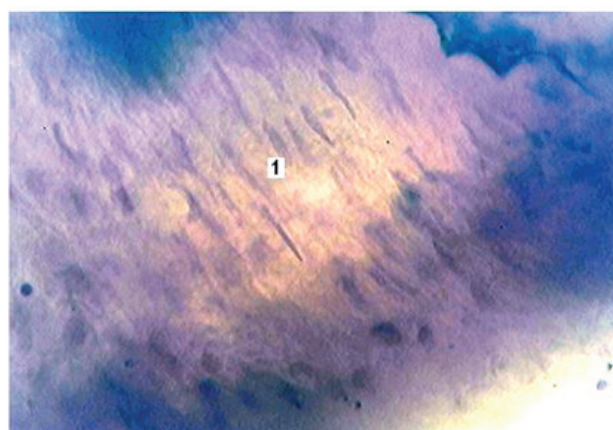


Рис.2. Лимфангион выносящего сосуда верхнего правого трахеобронхиального лимфатического узла. Область клапанного синуса. Ориентация миоцитов косопоперечная (1). Девочка 8 мес. (грудной возраст). Тотальный препарат. Окраска гематоксилином. Об.40, ок.7.

ширине сосуда 0,7 мм (табл.3).

Наши данные согласуются с исследованиями ряда авторов. Так В. Ю. Чумаков (1991) выявил, что миоциты в стенке лимфангиона располагаются в 2-3 слоя и ориентированы спирально. Залегают они в составе пучков по 2-5 клеток. В.М. Петренко (2007) указывает, что в мышечной манжетке лимфангионов гладкие миоциты располагаются в 1-2 слоя и имеют чаще поперечную и косопоперечную ориентацию. Р.Э.Красовская (2009) описывает, что наиболее толстая стенка лимфангиона в области мышечной манжетки, стенка лимфангиона в области клапанного синуса гораздо тоньше, так как содержит меньшее количество гладкомышечных элементов, а в клапанном валике миоциты единичны.

Литература:

1. Борисов А.В., Орлов Р.С. *Лимфатический сосуд.*- Ленинград, 1984.- 107 с.
2. Красовская Р.Э. *Архитектоника лимфатического русла пищевода овец на этапах постнатального онтогенеза: Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.в.н.*- Барнаул, 2009.- 20 с.
3. Куприянов В.В., Бородин Ю.И., Караганов Я.Л., Выренков Ю.Е. *Микролимфология.*- М.: Медицина, 1983.- 288с.
4. Петренко В.М. *Лимфангион и варианты сегментарной организации активного лимфооттока из органов// Вестник лимфологии.*- 2007.- №1.- С. 41-43.
5. Чумаков В.Ю. *Миоциты лимфатических сосудов// Архив анатомии, гистологии и эмбриологии.*- 1991.- №5.- С.69-73.
6. Mislin H. *Die kontraktiven eigenschaften der lymphgefäße// Angiologica.*- 1971.- Bd.8.- S. 207-211.
7. Ranvier L., *Traite technique d'histologie .-* Paris, 1882.- 346 p.

УЛЬТРАСТРУКТУРА НЕФРОНОВ ПОЧЕК У НЕАДАПТИРОВАННЫХ И АДАПТИРОВАННЫХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ОБЕЗВОЖИВАНИИ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Токтогазиев Б.Т., Айдарбекова З.М.

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

Резюме. Почке принадлежит ведущая роль при адаптации организма к обезвоживанию и в поддержании гомеостаза организма. Результаты опытов показали, что секреторная активность миоэпителиоидных клеток снижена за счет блокирования процесса выделения секреторных гранул. Резкое снижение секреции ренина сопровождалось изменением тонуса гломерулярных артериол, расширением и кровенаполнением кровеносных капилляров сосудистого клубочка. Сопоставляя данные опытов у неадаптированных и адаптированных животных, можно заключить, что на фоне предварительной адаптации влияние экстремального фактора – обезвоживания вызывает не столь интенсивные изменения, как у адаптированных.

Ключевые слова: Почка, ультраструктура, обезвоживание, митотическая активность.

БИЙИК ТООЛОРДУН ШАРТЫНДАГЫ ИЙКЕМДИРИЛГЕН ЖАНА ИЙКЕМДИРИЛГЕН ЭМЕС ЖАНЫБАРЛАРДЫН СУУСУЗ УЗАК УБАКЫТТАГЫ БӨЙРӨКТӨГҮ НЕФРОНДОРДУН УЛЬТРАСТРУКТУРАСЫ

Токтогазиев Б.Т., Айдарбекова З.М.

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

Корутунду. Суусуздукка жана организмдин гомеостазын сактоодо бөйрөк алдыңкы ролду ойнойт. Тажрыйбалардын жыйынтыгы көрсөткөндөй миоэпителиоиддик клеткалардын болуп чыгуучу активдүүлүгүнүн процесстерин тосмолоо менен төмөндөйт. Рениндин бөлүнүшү ыкчам төмөндөшү гломерулардык артериолунун тонусунун азайышы жана кан тамырлардын канга толушу менен өтөт. Ийкемдирилген жана ийкемдирилген эмес жаныбарларга өткөрүлгөн изилдөөлөрдүн жыйынтыгы салыштырылат, ийкемдирилбеген жаныбарларга караганда, суунун жетишсиздигиндей болгон экстремалдык факторлор анчалык дем өзгөрүүлөрдү алып келбестигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: Бөйрөк, ультраструктура, суусуздандыруу, митотикалык активдүүлүк.

ULTRASTRUCTURE OF KIDNEY NEPHRON HAVE NOT ADAPTED AND ADAPTED ANIMALS DURING LONG-TERM WATER DEPRIVATION AT HIGH ALTITUDES

Toktogaziev B.T., Aidarbekova Z.M.

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

Resume. Kidney plays a key role in the adaptation of the body to dehydration and in the maintenance of homeostasis. The results of the experiments showed that secretory activity mioepitelioid cells reduced by blocking the process of allocating secretory granules. The sharp decline in renin secretion was accompanied by a change in the tone of the glomerular arterioles, the expansion of blood capillaries and blood filling of the vascular glomerulus.

Comparing the experimental data from unadapted and adapted animals, we can conclude that on the background of pre-adaptation effect of extreme factors - dehydration is not so drastic changes like a maladjusted.

Keywords: kidney, ultrastructure, dehydration, mitotic activity.

Ведущая роль при адаптации организма к обезвоживанию [1-3] и поддержании гомеостаза организма [3] принадлежит почке. Дегидратация это следствие целого ряда острых и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Обезвоживание организма-один из ведущих факторов нарушения водно-солевого равновесия при космических полетах [4].

Целью исследований явилось изучение влияния обезвоживания на ультраструктуру и морфологию почек у неадаптированных и адаптированных крыс в условиях высокогорья.

Материалы и методы исследования.

Опыты проводились на 113 белых крысах-самцах массой 120-130 гр. в условиях долины (Бишкек). Опыты в высокогорье выполнялись на перевале Туя-Ашу-3200м. над ур. м. на неадаптированных и адаптированных в течение месяца животных. Подопытные животные были

лишены воды и питались в течение 6 суток высушенными в термостате кормом. Часть животных (по 10-12 на срок) забивали через 3 суток от начала эксперимента, другую через 6 суток. На протяжении опыта контролировали массу крыс. Почки после взвешивания фиксировали в жидкости ФСУ. Митотическую активность клеток проксимального отдела нефрона подсчитывали на препаратах, окрашенных гематоксилин-эозином под микроскопом МБИ-6-(10000-12000 клеток) и выражали в промилли. Для электронной микроскопии-кусочки почечной ткани фиксировали в забуференном веронал-ацетатном буфере, 1% растворе четырехоксида осмия. Материал заливали в аралдит. Резка на ультратоме LKB-4800. Просмотр ультратонких срезов в электронном микроскопе JEM-100B.

Результаты и обсуждение.

Результаты опытов показали, что в условиях долины потеря массы тела при сухоядении равнялась

14,4%, а масса почек снижалась на 2,4%. На 6-е сутки обезвоживания, снижение массы тела составило 23,2%, а почек 8,4%.

В условиях высокогорья под действием длительного обезвоживания на 3-е сутки у неадаптированных животных масса тела падала на 17,9%, почек-6,4%, у адаптированных - соответственно на 16,9% и 5,2%. В течение суток сухоедения масса тела у неадаптированных животных уменьшилась на 28,1% по сравнению с контролем, масса почек-12,3%, у адаптированных - соответственно на 26,6% и 10,5%.

Следует отметить, что в условиях высокогорья в те же сроки, что и в долине наблюдалось падение массы органа более чем в 2 раза по сравнению с долиной.

При подсчете пролиферативной активности клеток проксимального отдела нефрона, через 3-6 суток обезвоживания в условиях долины заметно снизилось митотическая активность клеток, а в условиях высокогорья фигур митотического деления клеток почти не было обнаружено. Данные подсчета митотической активности клеток проксимального отдела нефрона в условиях долины и высокогорья свидетельствуют о том, что чем выше над уровнем моря, тем меньше показатель пролиферативной активности. Отмечено, что у неадаптированных к высокогорью животных этот показатель гораздо ниже в сравнении с адаптированными животными. У предварительно адаптированных животных масса почек и тела по сравнению с неадаптированными снижается в меньшей степени. У адаптированных животных зафиксирована митотическая активность, хотя и имеет тенденцию к снижению.

Электронно-микроскопическое исследование почек при обезвоживании характеризуется рядом изменений. Так, секреторные гранулы скапливаются в юкстагломерулярном комплексе (рис.1.).

Ядра в миоэпителиоидных клетках приобретают неправильную форму, уменьшается количество митохондрий, они приобретают малые размеры. Пластинчатый комплекс характеризуется перинуклеарным расположением. Количество и размеры элементов гранулярного эндоплазматического ретикулума уменьшены. Миоэпителиоидные клетки

оказывают базальные мембраны, которые местами разрыхлены и неоднородны. Несколько расширены просветы афферентных артериол, эпителиальные клетки в них уплощены. Сосудистый почечный клубочек увеличен и характеризуется расширением кровеносных капилляров. Значительно уплощен эндотелий, уменьшены мезангиальные элементы. Базальная мембрана кровеносных капилляров выглядит утолщенной с сохранением трехслойности и непрерывности. Увеличены клетки висцерального листка капсулы Шумлянско-Боумана. Они содержат ядра неправильной формы с многочисленными инвагинациями цитоплазмы, удлиненные трабекулы и расширенные педикулы. В клетках проксимального отдела нефрона увеличено число пиноцитозных инвагинаций и пузырьков в апикальной части клеток (рис.2.).

Увеличенные в размерах многочисленные митохондрии занимают нижние две трети клеток, плотно прилежат к их латеральным поверхностям. В околоядерной зоне обнаруживаются единичные профили гранулярного эндоплазматического ретикулума, а комплексы свободных рибосом и полисом сконцентрированы преимущественно в базальных и латеральных клеточных отростках. Базальная мембрана проксимального канальца несколько утолщается и приобретает неравномерные утолщения на всем протяжении. В клетках дистального отдела нефрона значительно увеличены численность и размеры митохондрий. Митохондрии залегают в базальных и латеральных клеточных отростках, тесно смыкающихся друг с другом и формирующих лабиринты плазматической мембраны, чаще всего охватывающие все базально-апикальное пространство. Апикальная поверхность клеток дистального отдела нефрона неровная, покрыта многочисленными короткими микроворсинками.

Выводы:

Секреторная активность миоэпителиоидных клеток снижена за счет блокирования процесса выделения секреторных гранул. Резкое снижение секреции ренина сопровождалось изменением тонуса гломерулярных артериол, расширением и кровенаполнением кровеносных капилляров сосудистого клубочка.

В условиях высокогорья описанные выше

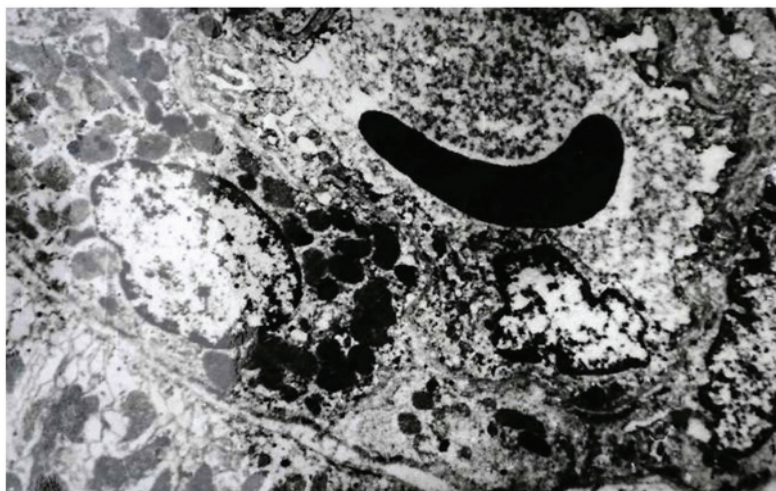


Рис.1. Накопление секреторных гранул в миоэпителиоидных клетках

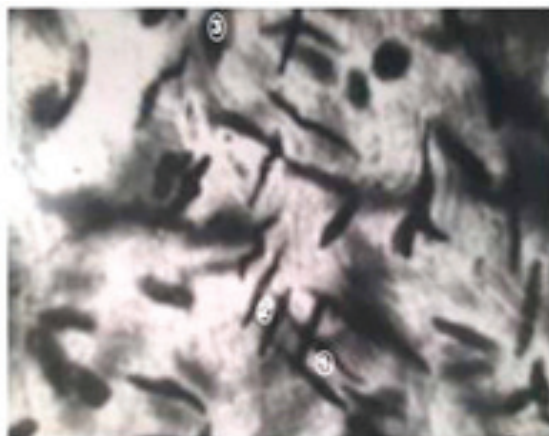


Рис.2. Увеличение количества пиноцитозных инвагинаций и пузырьков в клетках проксимального отдела нефрона.

изменения выражены более резко. В связи с нарастающим дефицитом воды в поздние сроки обезвоживания появляются признаки внутриклеточной и внутрисосудистой дегидратации. Эту фазу обезвоживания, видимо, можно считать терминальной, отражающей нарушение систем адаптации к экстремальному воздействию.

Сопоставляя данные опытов у неадаптированных и адаптированных животных, можно заключить, что на фоне предварительной адаптации влияние экстремальных факторов вызывает не столь интенсивные изменения, как у неадаптированных.

Литература:

1. Айдарбекова З.М. Особенности ультраструктуры почек при экстремальной ситуации в условиях высокогорья // *Здравоохранение Кыргызстана*.- 2010.-№2.-стр. 19-21.
2. Белкин В.Ш. Морфологические аспекты адаптации к высокогорной гипоксии.-Душанбе: Дониш, 1990.-С235-257.
3. Гонтмахер В.М., Акбаров А.П., Буробина Н.М. Структурно-функциональная характеристика почки при адаптации к сухоядению // *Функциональное состояние почки при приэкстремальных состояниях: Всес. симп.-Л.*, 1976.-С. 155-156.
4. Григорьев А.И. Влияние факторов космического полета на функциональное почек человека // *Функциональное состояние почки при экстремальных условиях: Всес. симп.-Л.*, 1976.-С.131-141.

ЭТИОЛОГИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ЗАМЕРШЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Аманова А.М.

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

Резюме. Представлены результаты исследования 267 случаев у женщин с замершей беременностью. Определены периоды, когда наиболее часто замирает беременность. Выявлены причины и факторы риска замершей беременности.

Ключевые слова: замершая беременность, факторы риска, гистологическое исследование плодного яйца.

ТҮЙҮЛДҮКТҮН ӨСПӨЙ КАЛЫШЫНЫН ЭТИОЛОГИЯСЫ ЖАНА КООПТУУ ФАКТОРЛОРУ

Аманова А.М.

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

Корутунду. Макалада кош бойлуу 267 айымдардын түйүлдүктүн өспөй калышынын изилдөөлөрү көрсөтүлгөн. Кош бойлуулукта түйүлдүктүн өспөй калышынын көп кездешкен мезгилдери аныкталган. Түйүлдүктүн өспөй калышынын себептери жана кооптуу факторлору аныкталган.

Негизги сөздөр: түйүлдүктүн өспөй калышы, кооптуу факторлору, түйүлдүктү гистологиялык изилдөө.

ETIOLOGY AND RISK FACTORS OF MISSED ABORTION

Amanova A.M.

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

Resume. This paper presents results of research 267 cases of missed abortion. Set a period when the most frequently does not develop pregnancy. Reasons and risk factors are revealed.

Key words: missed abortion, risk factors, histological investigation of a gestational sac.

Актуальность.

Проблема репродуктивного здоровья, связанная с невынашиванием беременности является актуальной в Кыргызстане и во всем мире. Среди различных форм невынашивания особое место занимает замершая беременность (неразвивающаяся беременность, несостоявшийся выкидыш, «missed abortion», анэмбриония), т.е. внутриутробная гибель эмбриона или плода в сроке до 22 недель, не сопровождающаяся его самопроизвольным изгнанием из полости матки, с задержкой плодного яйца на неопределенно длительное время (ВОЗ). Частота данной патологии составляет около 10–20% [1,2].

Причины замершей беременности (ЗБ) многочисленны. Инфекционные причины встречаются наиболее часто [3,4]. Среди эндокринных причин к прерыванию беременности приводят гиперандрогения, гипер-пролактинемия, недостаточность лютеиновой фазы и заболевания щитовидной железы [5,6].

По некоторым данным генетические нарушения в I триместре составляют 80-90% [7,8]. Иммунные, аутоиммунные факторы, аномалии развития половых органов и тромбофилии также приводят к данной патологии. Тромбофилии это наследственные и приобретённые нарушения гемостаза, которые предрасполагают к образованию тромбозов. 30—50% пациенток имеют нарушения системы гемостаза. Известно, что через 2 – 3 недели развиваются коагулопатические нарушения и развивается подострая стадия ДВС синдрома [9]. Однако 15 – 20 % причин замершей беременности остается еще неизвестными. Перенесенная ранее ЗБ отрицательно сказывается на репродуктивной функции женщин, и у 27,4 % женщин отмечается привычное невынашивание [10].

Цель работы.

Изучить репродуктивный анамнез, особенности этиологии, эпидемиологии у женщин с замершей беременностью.

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ 267 историй болезни женщин, госпитализированных в гинекологическое отделение Ыссык – Атинскую территориальную больницу за 2012 – 2013 гг. с диагнозом: «Замершая беременность». Диагноз замершей беременности был установлен на основании результатов ультразвукового исследования, лабораторных (общеклинический, биохимический) и бактериологических методов исследования. Было также проведено гистологическое исследование абортного материала.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с использованием электронных таблиц «Excel», пакета прикладных программ «Statistica for Windows 6.0».

Результаты исследования и их обсуждение.

Возраст всех пациенток варьировал от 16 до 57 лет. 20 (7,4 %) женщин были в возрасте до 20 лет, 146 (54,6 %) – в возрасте 20 – 29 лет, 83 (31 %) – в возрасте 30 – 39 лет, 18 (6,7 %) – в возрасте 40 – 57 лет. В сельской местности проживали 193 (72 %) женщин, в городе 74 (27,7 %) пациенток. Среди обследованных 60 (22,4 %) были служащими, 200 (75 %) домохозяйками и 7 (2,6 %) учащимися. В зарегистрированном браке состояли 251 (94 %) женщина и 16 (6 %) женщин не были замужем. Прерывание беременности на I триместр приходилось 256 (95,8 %) и на II триместр 11 (4,1 %). Больше всего прерываний беременностей в I триместре, в среднем 6 ±

1,2 недель.

При поступлении в стационар предъявляли жалобы на боли внизу живота и мажущие кровянистые выделения 152 (57 %) женщин, на повышение температуры тела до 37,5°С – 6 (2,2 %), 25 (9,3 %) жалоб не отмечали. На учете состояли 10 (3,7 %) пациенток.

Анализ менструальной функции показал, что средний возраст менархе составил 13 ± 1,2 лет (12 – 16 лет), продолжительность менструального цикла составила 28,4 ± 2,0 дней, длительность менструации – 4,7 ± 0,9 дней (3 – 7 дней). Раннюю половую жизнь начали 107 (40 %) женщин. Акушерский анамнез был отягощен – 69 (25,8 %) женщин, выкидыши на ранних и поздних сроках – 8 (3 %), замершая беременность в анамнезе – 27 (10 %), повторная ЗБ – 2 (0,7 %), загиб матки – 4 (1,4 %), миома матки у 6 (2,2 %), двурогая матка – 1 (0,3 %), бесплодие – 1 (0,2 %), рубец на матке после кесарева сечения – 20 (7,4 %). Настоящая беременность была первой у 50 (18,7 %) пациенток, 97 (36,3 %) были рожавшими. Медицинские аборт в анамнезе у 96 (35,4 %) женщин.

У 70 % женщин беременность протекала с осложнениями: угроза прерывания беременности – 84 (31 %), кольпит – 6 (2,2 %), ОРВИ с повышением температуры – 3 (1,1 %), обострение герпетической инфекции – 1 (0,2 %), анемия – 62 (23,2 %).

Ультразвуковые признаки по типу анэмбрионии – 36 (13,4 %), замирания эмбриона – 196 (73,4 %), отслойки плодного яйца – у 35 (13 %). В 96 % случаев признаки неразвивающейся беременности диагностированы до 12 недель беременности, в 2,6 % – во втором триместре беременности. Воспалительные изменения в клиническом анализе крови обнаружены в 26 (9,7 %) случаях. I – II степень чистоты влагалищного мазка выявлена у 180 (67,4 %) пациенток, III – IV степень чистоты у 80 (37 %).

Анализ посевов содержимого цервикального канала показал, что в 44 % случаев определялась условно – патогенная и сапрофитная флора, 6,7 % грибы рода

Candida albicans. У 43,4 % отмечались урогенитальные инфекции: хламидии – 26 %, микоплазма – 10 %, трихомонады – 1,8 %, гарднереллы – 2,6 %, ВПГ – 0,3 %, сифилис – 1,1 % и гонорея – 1,1 % (Рис. 1).

В I триместре беременности пациенткам проводилось удаление плодного яйца путем инструментального выскабливания полости матки или мануальной вакуум аспирации. Во II триместре было медикаментозное прерывание беременности (мифепристон 150 мг + мизопропрост 600 мкг). Полученный материал отправляли на гистологическое исследование. В послеоперационном периоде все женщины получали противовоспалительную, антибактериальную терапию, утеротоники, в 20,6 % случаев – антианемическую. Среднее пребывание в стационаре составило 7,1 ± 3,4 койко дней.

При гистологическом исследовании плодного яйца в 48 % случаев выявлено наличие инфекционно – воспалительных изменений (эндометрит, децидуит), в 5,2 % нарушение дифференцировки ворсин хориона, гипоплазия и нарушение васкуляризации ворсин, характерная при гормональной недостаточности, плацентарная недостаточность – 8,6 %, ретрохориальная и интраплацентарная гематома – 2,6 %, признаки АФС – 1,8 %.

Выводы.

Таким образом, высокая частота замершей беременности наблюдается у пациенток репродуктивного возраста с отягощенным акушерским анамнезом, наличием условно – патогенной и урогенитальных инфекций: хламидии, микоплазма, трихомонады, гарднереллы, ВПГ, сифилис, гонорея. Ранняя половая жизнь, искусственные аборт, воспалительные процессы в малом тазу являются факторами риска ЗБ. При гистологическом исследовании в 48% случаев выявлено наличие инфекционного поражения плодного яйца, в 5,2 % признаки гормональной недостаточности, 1,8 % признаки АФС.

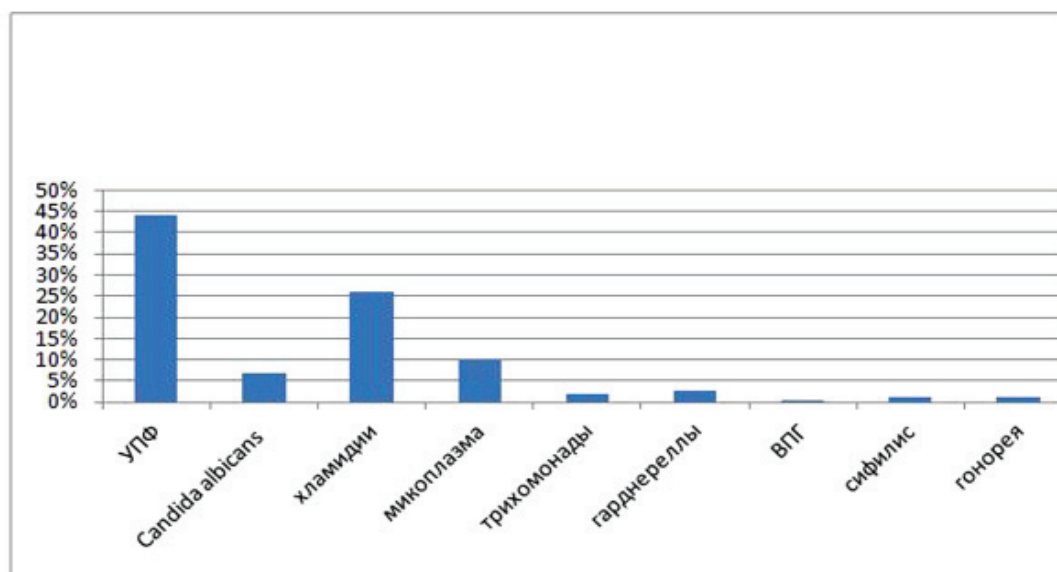


Рис. 1. Анализ посевов содержимого цервикального канала у женщин с замершей беременностью

Литература:

1. Радзинский В.Е., Димитрова В.И., Майскова И.Ю. *Неразвивающаяся беременность*. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 200.
2. Доброхотова Ю.Э., Джобавва Э.М., Озерова Р.И. *Неразвивающаяся беременность: тромбофилические и клинико-иммунологические факторы: руководство*. - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2010. С. 144.
3. Макацария А. Д., Долгушина Н. В. *Герпетическая инфекция. Антифосфолипидный синдром и синдром потери плода*. - М.: Триада-Х. - 2004. С.80.
4. Мукова Б.Б. *Оптимизация тактики ведения и восстановительного лечения женщин с неразвивающейся беременностью в первом триместре*. / Автореф. дисс. канд. мед. наук. - Москва. - 2003 г. - С. 24.
5. Качалина Т. С. *Гиперандрогения и невынашивание беременности*. // *Российский вестник акушера гинеколога*. - 2004. - № 3. - С. 61–64.
6. Siyami Aksoy, Havva Crelikkanat, Zekai Tahir Burak. *The prognostic value of serum estradiol, progesterone, testosterone and free testosterone levels in detecting early abortions*. // *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. - 1996. - № 67. - С. 5-8.
7. M. Bronshtein, Etan Z. Zimmer, S. Blazer. *A characteristic cluster of fetal sonographic markers that are predictive of fetal Turner syndrome in early pregnancy*. // *Am. J. of Obstet. and Gyn.* - 2003. - № 4, V.188, I. - P. 1016-1020.
8. Santiago Munné, Khalid M. Sultan, Heinz-Ulrich Weier, James A. Grifo, Jacques Cohen, Zev Rosenwaks. *Assessment of numeric abnormalities of X, Y, 18, and 16 chromosomes in preimplantation human embryos before transfer*. // *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. - 1995. - V. 172, I. 4, P. 1. -P.1191-1201.
9. R. Rai and . Regan. *Antiphospholipid syndrome in pregnancy*. // *Current Obstetrics & Gynecology*. - 1998. - № 8. - P. 32-35.
10. *Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология. Под редакцией Кулакова В. И.* - М.: ГЭОТАР-Медиа. - 2005. - С. 512.

ОСОБЕННОСТИ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Болотбек кызы Бактыгул

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

Резюме. Представлены результаты оценки особенностей гинекологической патологии 378 женщин пожилого и старческого возраста в постменопаузе. Наиболее часто они страдают пролапсом гениталий различного вида и степени и сенильным кольпитом. Для них характерно сочетание гинекологической патологии с 3–6 экстрагенитальными заболеваниями с преобладанием в их структуре сердечно - сосудистой патологии, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и обмена веществ.

Ключевые слова: женщины пожилого и старческого возраста, гинекологическая патология

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫ АЯЛДАРДЫН ГИНЕКОЛОГИЯЛЫК ПАТОЛОГИЯСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ

Болотбек кызы Бактыгул

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

Корутунду. Постменопауза жашындагы 378 улгайган жана кары аялдардын гинекологиялык патологиясынын өзгөчөлүктөрүн баалоо жыйынтыгы берилген. Көбүнчө алар жыныс мүчөлөрүнүн ар түрдүү даражадагы пролапс менен кольпит менен жабыркаланышат. Аларда гинекологиялык патология 3 – бга чейин экстрагениталдык оорулары менен коштолот, алардын ичинен жүрөк кан – тамыр, өнөкөт ашказан – көңдөй жана зат алмашуу оорулары басымдуулук кылат.

Негизги сөздөр: Улгайган жана кары аялдар, гинекологиялык патология.

PARTICULARITIES OF GYNECOLOGICAL PATHOLOGY IN POSTMENOPAUSAL ELDERLY WOMEN

Bolotbek kzy Baktigul

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

Resume. The results of evaluation of gynecologic pathology features of 378 women in elderly postmenopausal period are presented. Most often they suffer from genital prolapse of various kinds and degrees, senile vaginitis of genital organs. They are characterized by a combination of gynecological pathology with 3 – 6 extragenital diseases with prevalence in the structure of cardiovascular disease, chronic diseases of the gastrointestinal tract and metabolic changes.

Key words: elderly women, gynecologic pathology.

Введение.

Актуальность мер по совершенствованию гериатрической помощи женщинам пожилого и старческого возраста с гинекологической патологией обусловлена тем, что из-за неправильных представлений о возрастных нарушениях, несвоевременного обращения к врачу этих женщин, боязни лечения, недостаточного обследования и лечения, у них часто развиваются различные осложнения, которые способствуют инвалидизации и значительно снижают качество их жизни. Кроме того, важность этих мер обусловлена тем, что гинекологическая патология у них развивается на фоне влияния отрицательных социально-экономических факторов и эстрогендефицитного состояния в постменопаузе [1, 3, 6]. Социальные и психологические изменения, связанные со старением, делают течение гинекологической патологии и хронических заболеваний женщин данной категории еще тяжелее. Многие исследования показывают, что у 93% женщин гинекологическая патология на фоне гипозестрогении, приводит к нарушению функционального состояния дыхательной и сердечно-сосудистой систем, психоэмоциональной сферы, метаболических и нейроэндокринных процессов. Необходимо знать, что женщины старшей возрастной группы чаще, чем их

ровесники-мужчины, страдают сахарным диабетом, артериальной гипертонией, артритами, болезнями ЖКТ и щитовидной железы [2, 3, 4].

В связи с вышеизложенным, проблема гинекологического здоровья женщин пожилого и старческого возраста, является весьма актуальной. Важным является развитие и становление в нашей стране гериатрической гинекологии, которая должна заниматься изучением проблем инволюции, угасания, обратного развития репродуктивной системы, специфических болезней женского организма во время старения и после завершения менструальной функции, то есть после наступления постменопаузы, а также путями оздоровления этих женщин [3, 4, 5].

Целью данного исследования было изучение особенностей гинекологической патологии и проявлений постменопаузального синдрома у женщин пожилого и старческого возраста, постоянных жительниц г. Бишкека.

Материалы и методы.

С целью изучения особенностей гинекологической патологии было проведено обследование 378 пожилых женщин в возрасте от 62 до 83 лет, постоянных жительниц г.Бишкека. Проводилось общеклиническое обследование, опрос, гинекологический осмотр, УЗИ,

бактериоскопическое исследования мазков из влагалища и определение значения рН влагалищного содержимого.

Результаты и их обсуждение.

Анализ полученных данных показал, что средний возраст обследованных женщин составил $71,3 \pm 4,1$ лет и они находятся в постменопаузе в среднем $24,7 \pm 2,1$ года.

Выявлено, что 65,1% женщин страдают выпадением или опущением половых органов различного вида и степени, при этом 28,7% из них жаловались на боли в поясничной области, чувство давления на низ и ощущение инородного тела в половой щели (рис.1.). Нарушение мочеиспускания, обусловленное развитием цистоцеле вследствие ослабления поддерживающего аппарата мочевого пузыря (непроизвольное мочеиспускание при физическом напряжении, смехе, поднятии тяжести, кашле) обнаружено у 73,1% женщин с пролапсом гениталий. Большое значение в нарушении состояния тканей и возникновении выпадения или опущения половых органов, кроме дефицита женских половых гормонов, имеют и акушерские травмы в анамнезе, которые выявлены у 47,7% женщин при опросе.

Проведенное нами исследование выявило, что 38,6% осматриваемых женщин страдают старческим

(сенильным) вагинитом, воспалительным заболеванием, которое у большинства из них обусловлено не инфекцией, а дефицитом эстрогенов, так как известно, что их нехватка вызывает снижение содержания гликогена в слизистой влагалища, который разлагается молочнокислыми палочками и создает главный барьерный механизм — молочную кислоту. У 84,1% опрошенных женщин атрофический кольпит проявлялся сухостью слизистой влагалища, у 47,4% - зудом, у 6,4% - кровянистыми мажущими выделениями из половых путей, а у 54,1% имел характер рецидивирующего воспаления. Чувство дискомфорта во влагалище отмечали 67,2% осматриваемых женщин и 61,3% - рецидивирующие вагинальные выделения (рис.2.). При микроскопическом исследовании влагалищного мазка у женщин, страдающих сенильным кольпитом, выявлено резкое снижение числа влагалищных палочек, увеличение количества лейкоцитов и наличие разнообразной условно-патогенной микрофлоры. При исследовании рН влагалища индикаторной полоской, индекс составил в среднем 6,8.

В нашем исследовании, при анализе состояния общего здоровья пожилых женщин выявлено, что все они имеют сочетание нескольких хронических болезней,

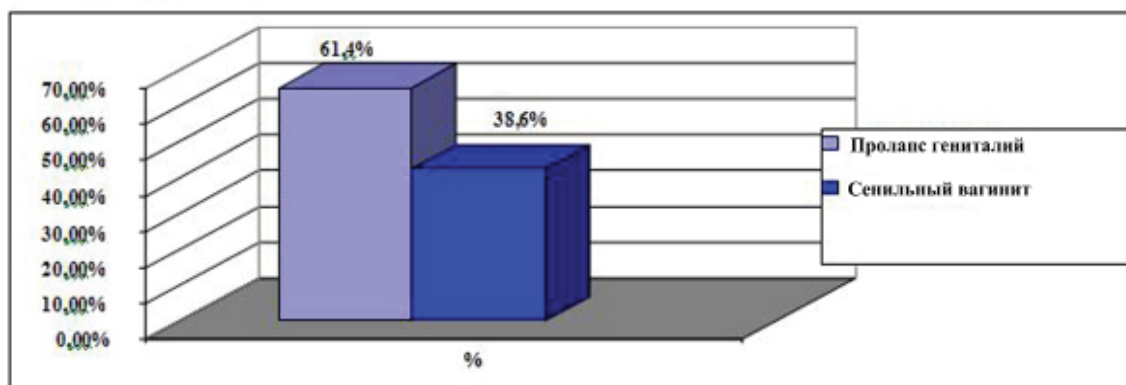


Рис. 1. Гинекологическая патология у женщин пожилого и старческого возраста, постоянных жительниц г. Бишкека.

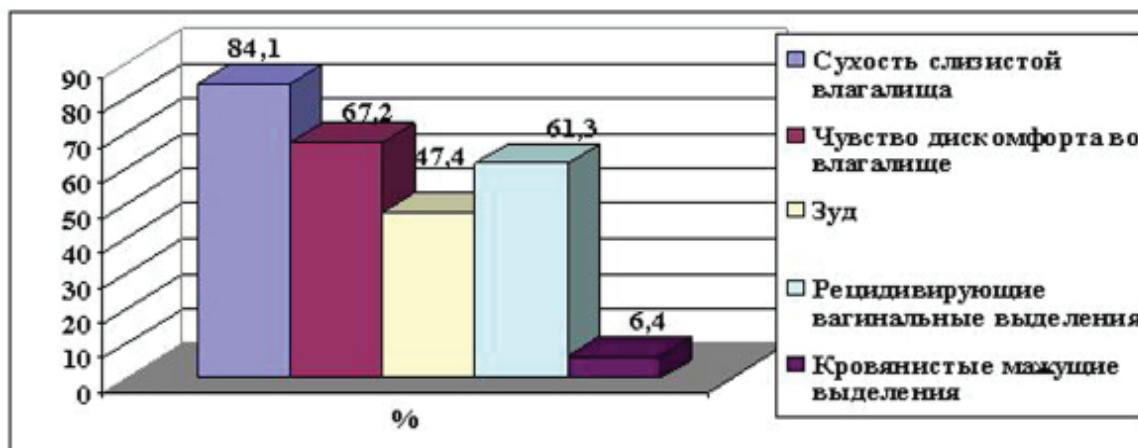


Рис. 2. Структура жалоб женщин пожилого и старческого возраста, страдающих сенильным кольпитом.

в структуре которых преобладают болезни органов кровообращения (65%), различная патология эндокринной системы и обмена веществ (52%).

Выводы.

Таким образом, в результате проведенного исследования нами выявлено, что основной гинекологической патологией, характерной для женщин пожилого и старческого возраста, жительницы г. Бишкека, является пролапс гениталий различного вида и степени, атрофический, сенильный кольпит. Для них характерно сочетание гинекологической патологии с 3–6 экстрагенитальными заболеваниями с преобладанием в их структуре сердечно - сосудистой патологии, хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и обмена веществ.

Все вышеперечисленное свидетельствует о необходимости совершенствования лечебно-профилактической гинекологической помощи женскому населению старших возрастов.

Литература:

1. Есефидзе Ж.Т. Клинико-патогенетические особенности вагинальной атрофии в постменопаузе [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.01– Ж.Т. Есефидзе. - Москва, 2002. – 26 с.

2. Журавлева Т.П. Основы гериатрии [Текст]: учебное пособие./ М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2007. – 288 с.

3. Капитонов В.Ф. Организационные и медико-демографические аспекты гинекологической помощи женщинам в пострепродуктивном периоде [Электронный ресурс] / В.Ф.Капитонов, М.Н. Старцева, В.Б. Цхай и др. // Современные исследования социальных проблем. Электронный журнал. №9(17), 2012. www.sisp.nkras.ru

4. Кондракова Э.В. Проблемы пожилых пациентов и пути их решения. [Текст] / Э.В. Кондракова // Клиническая геронтология. – 2004. - №9. – С.99.

5. Шмелева С.В. К вопросу о качестве жизни женщин старшей возрастной группы. [Текст] / С.В. Шмелева // Ученые записки Российского государственного социального университета. – 2006. - № 2. –С. 26 – 29.

6. Brand A.H. The woman with postmenopausal bleeding [Text] / Aust. Fam. Physician. // 2007; 36 (3): 116 - 20.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЖЕНЩИН С ПРОЛАПСОМ ГЕНИТАЛИЙ

Маматова Н.Э.

Многопрофильная Клиника «КАМЭК»
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлены результаты исследования качества жизни у 159 женщин, оперированных по поводу пролапса гениталий. Пролапс гениталий со стрессовым недержанием мочи был у 61, в сочетании с миомой матки у 36 и группа больных 62 женщин, которым пластика влагалища выполнена полипропиленовой сеткой с титановым покрытием. При оценке качества жизни участвовали 6 шкал анкеты опросника: болевой синдром, физическую активность, нарушение психического здоровья, социальное, ролевое и сексуальное функционирование. Обследование выполняли до операции, через 6-12 месяцев и более года. Установлено, что у женщин с пролапсом гениталий, наблюдаются существенные нарушения качества жизни. Оперативное лечение ведет к постепенному улучшению качества жизни, но наиболее выраженная положительная динамика отмечена при пластике с использованием полипропиленовой сетки с титановым покрытием.

Ключевые слова: пролапс гениталий, оперативное лечение, качества жизни.

ЖЫНЫС МҮЧӨЛӨРҮ ТӨМӨН ТҮШКӨН АЯЛДАРДЫН ЖАШОО САПАТЫН ИЗИЛДӨӨНҮН ЖЫЙЫНТЫГЫ

Маматова Н.Э.

Көп тармактуу «КАМЭК» клиникасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жыныс органдары пролапс болуп операция болгон 159 аялдын жашоо сапатын изилдөөнүн жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Жыныс органдары төмөн түшүүсү, стресстен зараны кармай албоо менен кошо 61 аялда, жатындын миомасы менен кошо 36 аялда байкалган, жана 62 аялга титан капталган полипропилен сеткасын колдонуп кынына пластика жасалган. Жашоо сапатын аныктоодо 6-шкаладан турган суроо – жооп анкета колдонулган: ооруган синдром, физикалык активдүүлүгү, психикалык ден – соолугунун бузулушу, социалдык, жыныстык жана аялдык функционалдуулугу. Изилдөөлөрдү операцияга чейин, операциядан кийин 6-12 айга жана бир жылдан кийин жүргүзүшкөн. Жыныс органдары пролапс болгон аялдардын жашоо сапаты бир кыйла начарлаганы аныкталды. Оперативдүү дарылоо акырындык менен жашоо сапатын оңолушуна алып келет. Бирок эң жакшы динамика титан капталган полипропилен сеткасын колдонгондо байкалган.

Негизги сөздөр: жыныс органдарынын төмөн түшүүсү, оперативдик даарылоо, жашоо сапаты.

RESULTS OF THE RESEARCH OF QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH PROLAPSED GENITALIUM

Mamatova N.E.

Multi-profile clinic "KAMEK"
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Given the results of the researches of quality of life in 159 women which are operated due to prolapsed genitalium, 61 patients had genital prolapsed with stress incontinence, in combination with uterine myoma in 36 and a group of patients 62 women, to whom was performed plastic of the vagina by using polypropylene mesh with titanium coating. In assessing the quality of life 6 scales of questionnaire are used: pain syndrome, physical activity, mental health disorders, social, role and sexual functioning. Examinations were done before the operation, 6-12 months and more than a year after the operation. Found that, in women with prolapsed genitalium there are significant violations of the quality of life. Operative treatment leads to gradual improvement of the quality of life, but the most marked improvement noted at the plastic using polypropylene mesh with titanium coating.

Key words: prolapsed genitalium, operative treatment, quality of life.

Введение.

К одной из основных проблем гинекологии относится лечение такого заболевания как опущение и выпадение влагалища и матки [2,5,6]. Это обусловлено тем, что эта патология в большинстве случаев сочетается с нарушением функций тазовых органов (мочевого пузыря, прямой кишки). В литературе представлено большое число методов операций, но все они не лишены такого недостатка как рецидив болезни [3,4,7]. В последние годы появились сообщения об использовании сверх эластичных материалов в лечении пролапса гениталий, но какова их эффективность остается неизученным [1,4]. Кроме того,

не дана оценка качеству жизни при применении различных методов пластики.

Цель исследования: представить результаты исследования качества жизни у женщин с пролапсом гениталий при использовании различных методов пластики.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 159 женщин, оперированных в клинике «КАМЭК». Помимо методов общеклинического обследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография органов грудной клетки), гинекологического исследования при котором оценивали

состояние кожи, слизистой влагалища, шейки матки, позиции стенок влагалища, наличия уретро-, ректо- и цистоцеле, выполняли специальные функциональные пробы для оценки состояния тазовых органов и мышечно-связочного аппарата, полноценность сфинктеров мочевого пузыря и прямой кишки, также использовали ультразвуковое исследование абдоминальным и трансвагинальным методами, при котором выявляли характер заболевания матки, придатков. Качество жизни относится к общему ощущению больного и при этом рассматриваются многочисленные аспекты, включая их социальное, физическое и эмоциональное здоровье. При определении качества жизни мы выделили три группы оперированных нами больных: пролапс гениталий в сочетании со стрессовым недержанием мочи (61 чел.), пролапс гениталий в сочетании с миомой матки (36 чел.) это была малочисленная группа больных, у которых кроме пролапса гениталий выявлена миома матки, клинически проявляющаяся частыми кровотечениями, что являлось показанием для оперативного лечения и группу больных которым пластика влагалища выполнена полипропиленовой сеткой с титановым покрытием (62 чел.). Для реализации этой цели мы использовали анкету-опросник PISO-12.

В результаты исследований мы включили тех больных, которые дали ответы во все намеченные нами сроки исследований. Мы проанализировали качество жизни до и после оперативного лечения как интегральную характеристику, на которую следует ориентироваться при оценке эффективности лечения и последующей реабилитации больных.

Качество жизни мы оценивали как самостоятельный критерий оценки эффективности оперативного лечения пролапса гениталий, которое по значимости приближается к клиническим, но не всегда совпадающим. На основании опросника оцениваются 6 шкал, связанных как с физической, так и психологической составляющей здоровья:

1. интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу на дому и вне дома. Низкие показатели, т.е. высокий удельный вес болевого синдрома, свидетельствует о том, что боль значительно ограничивает активность больной женщины;

2. физическая активность или физическое функционирование отражает ограничение физической деятельности из-за проблем, связанных со здоровьем;

3. нарушение психического здоровья - отражает психическое состояние пациенток в виде ощущения подавленного, унылого депрессивного состояния, ослабление памяти, эмоциональную нестабильность, потерю интереса к событиям;

4. социальное функционирование - определялось степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);

5. ролевое функционирование - обусловленное физическим состоянием - влияние на ограничение в общественной деятельности из-за физических проблем (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие

показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная работа значительно ограничена физическим состоянием пациента;

6. сексуальное функционирование - психологическое состояние женщин, дискомфорт и неудовлетворенность половой жизнью.

Результаты и их обсуждение.

Результаты исследования даны в таблице. Проведение оценки качества жизни до оперативного лечения показало наличие существенных нарушений.

Рассматривая качество жизни больных всех трех групп женщин с пролапсом гениталий до операции, необходимо отметить, что болевой синдром отмечен у большинства женщин, но более был выражен (86,1%) у женщин с пролапсом гениталий в сочетании с миомой матки (таблица 1).

В послеоперационном периоде в сроки от 6 месяцев до 12 месяцев, болевой синдром в первой группе снизился до 26,2%, во второй до 33,3% и в третьей до 24,2% и в сроки более года боли отмечали лишь единичные больные, причем у всех в эти сроки боли были незначительными. Динамика болевого синдрома дана на рисунке 1.

Физическая активность до операции была существенно снижена во всех обследованных трех группах и более выражена была у женщин второй и третьей групп. Причем у большинства из них она была умеренно или значительно снижена. Женщины отмечали невозможность выполнять физическую нагрузку. Почти во всех группах обследованных отмечено снижение физической активности.

После операции в период от 6 до 12 месяцев наблюдается положительная динамика. В первой группе женщин, у которых операция выполнена по поводу пролапса гениталий и стрессового недержания мочи снижение физической активности отмечено у 21,3% больных, а у женщин, у которых использованы полипропиленовая сетка с титановым покрытием у 21 из 62 обследованных. И в сроки более года после операции снижение физической активности имело место не более 10% обследованных (в 1-ой группе 6,6%, во второй 5,6% и в третьей 3,2%), что указывает на положительное влияние оперативного лечения на физическую активность.

Нарушение психического здоровья до операции было более значительным у больных второй и третьей группы, однако через 6-12 месяцев оно оставалось нарушенным более значимо у женщин первой группы, где нарушения в этот срок выявлены у 50,8% больных, в то время как у оперированных второй и третьей групп нарушения имели место почти в равной степени (30,6% и 29,03%). Обследование через год и более, выполненное у больных всех групп показало, что нарушения психического здоровья были менее выражены у больных третьей группы, где использовали пластику влагалища с применением полипропиленовой сетки с титановым покрытием (3,2%), а у женщин второй группы (5,6%).

Что же касается социального и ролевого функционирования, то до операции у большинства обследованных отмечены нарушения, а по мере увеличения срока эти нарушения уменьшались, но и после года у ряда больных продолжали сохраняться нарушения,

Таблица 1.

Оценка качества жизни женщин исследованных в трех группах

Группы больных	до операции		от 6 до 12 мес.		более 1 года	
	абс.г	%	абс.г	%	абс.г	%
Болевой синдром:						
1 группа п-61	43	70,5	16	26,2	3	4,9
2 группа п-3 6	31	86,1	12	33,3	2	5,6
3 группа п-62	48	77,4	15	24,2	1	1,6
Физическая активность						
1 группа п-61	54	88,5	13	21,3	4	6,6
2 группа п-3 6	34	94,4	8	22,2	2	5,6
3 группа п-62	59	95,2	11	17,8	2	3,2
Нарушение психического здоровья						
1 группа п-61	42	68,9	31	50,8	6	9,8
2 группа п-3 6	33	91,7	11	30,6	2	5,6
3 группа п-62	56	90,3	18	29,03	2	3,2
Социальное функционирование	до операции		после операции			
	абс.г	%	абс.г	%	абс.г	%
1 группа п-61	38	63,3	17	27,9	9	14,8
2 группа п-36	28	77,8	17	47,2	6	16,7
3 группа п-62	56	90,3	35	56,4	3	4,8
Ролевое функционирование						
1 группа п-61	42	68,8	37	60,7	14	22,9
2 группа п-36	28	77,8	13	36,1	7	19,4
3 группа п-62	43	69,3	23	37,1	2	3,2
Сексуальное функционирование						
1 группа п-61	51	83,6	31	50,8	24	39,4
2 группа п-36	30	83,3	17	47,2	14	38,9
3 группа п-62	58	93,5	28	45,2	8	12,9

хотя и в меньшей степени. Динамика социального функционирования дана на рисунке 2.

Сексуальное функционирование было нарушено у подавляющего числа женщин до операции, в послеоперационном периоде шло снижение числа женщин с нарушениями, но обращает на себя внимание, что и после года почти у 1/3 обследованных (у 46 из 159) были выявлены нарушения, хотя при клиническом обследовании данных за патологию не выявлено.

Таким образом, наши наблюдения за оперированными больными по поводу пролапса гениталий позволяют отметить следующее:

1. У женщин с пролапсом гениталий наблюдаются существенные нарушения качества жизни.
2. Оперативное лечение ведет к постепенному

улучшению физической активности, снижению нарушений психического здоровья, улучшению ролевого и социального функционирования.

3. До операции у большинства женщин отмечено нарушение сексуального функционирования, по мере увеличения срока после операции отмечена положительная динамика.

4. Наиболее выражены положительные сдвиги со стороны всех показателей имели место у женщин, у которых в пластике использовали полипропиленовую сетку с титановым покрытием.

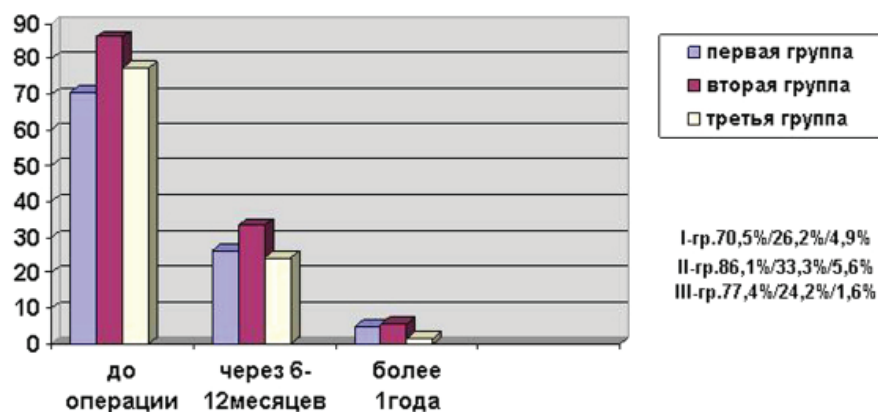


Рисунок 1.
Динамика болевого синдрома при пролапсе гениталий до и после операции (в %)

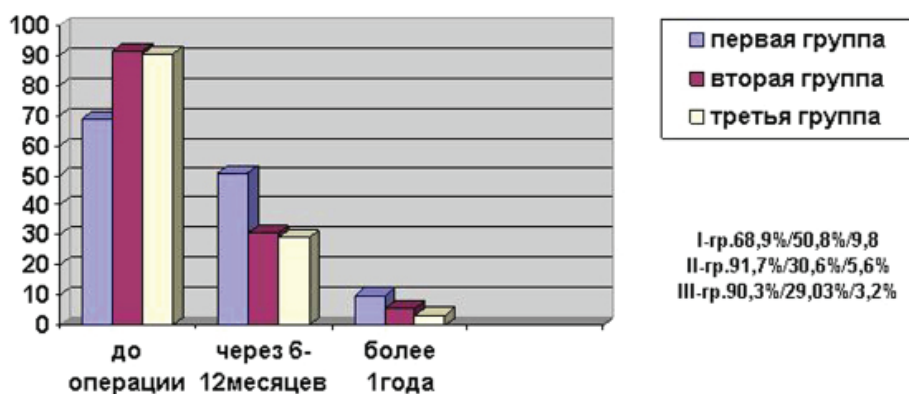


Рисунок 2.
Динамика социального функционирования при пролапсе гениталий до и после операции (в %)

Литература:

- Бахаев, В.В. Результаты применения пористых имплантов из никелида титана при выполнении срединной кольпоррафии [Текст] / В.В. Бахаев, В.Э. Гюнтер, Г.И. Дамбаев // Журнал акушерства и женских болезней. – 2007. - №5. – С.191-192.
- Высоцкая, Е.И. Профилактика осложнений у женщин после хирургической коррекции пролапса гениталий [Текст] / Е.И. Высоцкая, В.Б. Сапрыкин, Л.В. Сапрыкина // Акушерство и гинекология. – 2005. - №5. - С.67-70.
- Наумова, А.М. Влияние оперативного лечения на показатели качества жизни с опущением и выпадением внутренних половых органов [Текст] / А.М. Наумова, А.Ю. Меркулова, С.В. Дадыанов // Мать и дитя: материалы V Росс. форума. – М., 2003. – С.407-408.
- Сашин, Б.Е. Современные подходы к хирургической коррекции опущения и выпадения женских половых органов и стрессового недержания мочи [Текст] / Б.Е.

Сашин, Л.В. Адамян, М.А. Стрижаков // Актуальные вопросы акушерства, гинекологии и педиатрии. - М., 2000. - С.61-63.

5. Freeman, M.G. Psychological aspects of pelvic surgery [Text] / M.G. Freeman. -The Linde's operative gynecology. - Philadelphia: JB Lippincott Company, 1992.- 131p.

6. Han, H. The use of Prolift in the surgical treatment of pelvic organ prolapse [Text] / H. Han, T. Monchana // Abstract International Continence society congress, Rotterdam. - 2007.- P.312-314.

7. Hoffman, M.S. Accurate repair of the prolapsed vagina by use of measured lateral flaps [Text] / M.S. Hoffman, V. Lockhart // Am. J. Obstet Gynaecol. – 2000. – Vol.183, №6. – P.450-454.

ВЛИЯНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ НА НОВОРОЖДЕННЫХ ПРИ ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИИ

Омуркулова Г.С., Мусуралиев М.С.

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

Резюме. Представлены результаты акушерских и перинатальных исходов при цефало-пельвической дистоции у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр. Основным показанием к оперативному родоразрешению являлся дистресс плода, вследствие поздней диагностики цефало-пельвической дистоции. Риск развития гипербилирубинемии у плода выше в 1,6 раза при традиционном кесаревом сечении, чем при кесаревом сечении с инновационным подходом. Диагностика степени асфиксии по показателям функционального состояния эритроцитов позволяет правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного впервые минуты жизни и существенно снизит перинатальные потери.

Ключевые слова: гипоксия, кесарево сечение, цефало-пельвическая дистоция, кефалогематома, билирубинемия.

ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЯЛЫК ДИСТОЦИЯСЫНДА ЫМЫРКАЙЛАРГА ОПЕРАТИВДҮҮ ТӨРӨТҮҮДӨ ИННОВАЦИЯЛЫК ЫКМАНЫН ТААСИРИ

Омуркулова Г.С., Мусуралиев М.С.

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

Корутунду. Шаардык перинаталдык борборго төрөөгө түшкөн цефало-пельвиялык дистоциясында 140 аялдын акушердик жана перинаталдык натыйжасынын жыйынтыгы көрсөтүлгөн. Таасирдүү төрөтүүдө негизги көрсөтмө болуп цефало-пельвиялык дистоциясынын кечиккен диагностикасы кесепеттүү түйүлдүктүн дистресси болуп саналат. Түйүлдүктө гипербилирубинемиянын өөрчүү коркунучу төрөт болгон эненин кардын жана жатынын операция кылып баланы чыгарууда инновациялык жолго караганда адат болгон ыкмада 1,6 эсе жогору. Эритроциттердин функционалдуу абалынын көрсөткүчтөрү боюнча тумчугуунун деңгээлинин диагностикасы диагностиканы туура ишке ашырууну жана ымыркайдын жашоосунун биринчи мүнөттөрүндөгү гипоксияны дарылоо тактикасын тандоого жана перинаталдык жоготууларды кыйла азайтат.

Негизги сөздөр: гипоксия, төрөт болгон эненин кардын жана жатынын операция кылып баланы чыгаруу, цефало-пельвиялык дистоция, кефалогематома, билирубинемия.

THE IMPACT OF AN INNOVATIVE METHOD OF OPERATIVE DELIVERY WITH CEPHALOPELVIC DYSTOCIA ON NEWBORNS

Omurkulova G.S., Musuraliev M.S.

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

Resume. The results of obstetric and perinatal outcomes in cephalopelvic dystocia in 140 women which admitted for delivery in the municipal perinatal center. The main indication for operative delivery was fetal distress due to late diagnosis of the cephalopelvic dystocia. The risk of developing hyperbilirubinemia of fetus increase above 1,6 times on the traditional cesarean section than for cesarean section with an innovative approach. Diagnosis of degree the asphyxia in terms of the functional state of erythrocytes can properly carry out the diagnosis and treatment of hypoxia choose tactics newborn in first moments of the life and significantly reduce perinatal loss.

Keywords: hypoxia, cesarean section, cephalopelvic dystocia, cephalohematoma, bilirubinemia.

Перинатальное поражение центральной нервной системы объединяет различные по этиологии повреждения новорожденного, возникающие в промежутке времени от 28 недели беременности до 7-го дня жизни.

К причинам возникновения перинатальной энцефалопатии большинство исследователей относят: внутриутробную гипоксию, механическую родовую травму, вирусные и бактериальные инфекции, различные дисметаболические нарушения [1, 2, 3].

Одной из форм перинатального поражения нервной системы является родовая черепно-мозговая травма, возникающая вследствие цефало-пельвической дистоции. Частота цефало-пельвической дистоции (ЦПД) или клинически узкого таза на протяжении последних

лет не снижается и по данным разных авторов составляет 1,3% - 1,7% к общему числу родов [4, 5]. В Кыргызстане частота кесарева сечения составляет от 7,1 до 8,4% и в структуре причин перинатальной смертности родовые травмы составляют на тот же период 3,0-3,4%. Частота родовых повреждений головного мозга составляет от 39 до 60% от всех заболеваний центральной нервной системы новорожденных [6, 7].

Нередко родовая черепно-мозговая травма сопровождается тем или иным видом внутрочерепного кровоизлияния, что является одной из основных причин смерти новорожденных. Поднадкостничное кровоизлияние встречается в 30% случаев у новорожденных с родовой черепно-мозговой травмой, а у детей с тяжелой формой

поражения головы и шеи эта цифра достигает 57% [8, 9, 10].

Таким образом, актуальность изучения данной проблемы продиктована более высокими показателями перинатальной смертности и травматизации плодов и новорожденных, большим количеством осложнений в течение родов. Оптимальная тактика ведения родов при цефало-пельвической дистоции приведет к снижению материнского и детского травматизма в родах и будет способствовать рождению здоровых детей и сохранению здоровья матери [11, 12, 13, 14, 15].

Цель данной работы: оценить состояние новорожденных при традиционном кесаревом сечении и кесаревом сечении, произведенном по нашей методике.

Материал и методы исследования.

Проведен анализ течения и исхода родов для матери и новорожденного у 140 женщин, поступивших на роды в городской перинатальный центр в период с 2010-2013 гг. Женщины были разделены на 2 клинические группы:

- I группа включала 60 рожениц, у которых роды закончились традиционной операцией кесарева сечения.

- II группа – включала 80 женщин, у которых в родах применялась методика с инновационным подходом ведения родов (СПЭП, при проведении кесарева сечения - рождение головы плода и бережная технология родоразрешения).

Возраст беременных колебался от 18 до 43 лет и составил в среднем 26,8 лет с преобладанием женщин возрастной группы от 25 до 29 лет (30,1%). При изучении их репродуктивного анамнеза было установлено, что большинство женщин были повторнородящими - 51 (36,4%), а первородящими - 89 (63,6%).

Течение настоящей беременности осложнилось развитием ряда патологических состояний. Осложнения беременности были отмечены у 51,3% женщин, из них единичные у 18,2%, множественные у 33,1%. В возрастном аспекте множественные осложнения беременности чаще встречались у женщин старше 30 лет. У 58,3% женщин регистрировалась преэклампсия разной степени тяжести. Изучение исхода родов в обеих группах выявило, что показанием к оперативному родоразрешению была цефалопельвическая дистоция в 52% случаев в первой группе и 55% во второй группе рожениц. Задний вид затылочного предлежания, высокое прямое стояние головы в 10 случаях (12,2%) стали показаниями к операции во второй группе женщин. Анализ между сравниваемыми группами рожениц показал, что риск развития дистресс синдрома у плода в первой группе в 1,6 раза выше, чем во второй группе.

Более тяжелых родовых травм новорожденных (переломы костей черепа, разрыв мозжечкового налета, массивные кровоизлияния в головной мозг и т.д.) в исследуемой группе не было. При этом следует отметить, что у детей, рожденных традиционно, с большей частотой - у 27 (45%) встречались кефалогематомы, тогда как в группе, где применена новая методика родоразрешения кефалогематомы не наблюдалось. Также у 7 (12%) новорожденных отмечалась родовая опухоль, у 1 (1,6%) - перелом ключицы. В первой группе выписаны домой

под наблюдение педиатра и невропатолога 49 (81,4%) детей, 7 (12%) нуждались в дальнейшей неврологической реабилитации и были переведены различные отделения патологии новорожденных, а 4 (6%) - умерли. Средний вес детей в первой группе равнялся $3738,3,6 \pm 73,5$ г, длина - $52,9 \pm 0,13$ см., а во второй группе - $3812,5 \pm 32,1$ г, длина - $54,1 \pm 0,07$ см.

В некоторых случаях поднадкостничные гематомы могут стать источником инфекции и привести к развитию воспалительных процессов центральной нервной системы или костей свода черепа. У детей с кефалогематомой нередко возникают анемия, артериальная гипотензия, гипербилирубинемия. Даже «умеренный» уровень гипербилирубинемии, за который некоторыми авторами предлагается считать концентрацию общего билирубина 170-239 мкмоль/л, согласно ряду исследований может быть связан с поражениями ЦНС умеренной степени.

Показатели содержания гемоглобина как в контрольной, так и в основной группе были на одном уровне, достоверно не отличались. А показатели билирубина в контрольной группе составляли $41,7 \pm 1,6$ и соответственно $26,9 \pm 0,6$ в группе с применением нашей методики. Нами проведен сравнительный анализ содержания билирубина в традиционной группе в зависимости от размера кефалогематомы (табл.1).

Нами отмечено увеличение содержания билирубина по мере нарастания размеров кефалогематомы, хотя клинически выраженность процесса не наблюдалась (табл.2).

В контрольной группе в удовлетворительном состоянии родились 70% детей (оценка по шкале Апгар 7 - 10 баллов), во второй группе - 93%. 16 (26%) детей контрольной группы находились в состоянии асфиксии средней тяжести (оценка 4-6 балла), во второй - 5 (7%). В состоянии тяжелой асфиксии (оценка 0-3 балла) было 3 ребенка контрольной группы. В основной группе таких детей не было.

Перелом ключицы зафиксирован в 1 случае в группе с традиционным кесаревым сечением. Во второй группе родилось 80 живых доношенных детей. Переносенных детей в этой группе не было. Наименьшую оценку по шкале Апгар на 1-й минуте получали дети данной группы - $6,97 \pm 0,11$ балла, в контрольной группе - $4,42 \pm 0,09$ ($p < 0,05$) (табл.3).

Диагностику степени асфиксии определяли по редуцированной способности эритроцитов. Сущность метода заключается в определении по показателям функционального состояния эритроцитов течения и исхода гипоксии новорожденного, что позволяет правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного в первые минуты жизни (табл.4).

Наиболее низкая оценка новорожденных по шкале Апгар и на 1-й, и на 5-й минутах жизни отмечена среди детей, извлеченных при экстренном кесаревом сечении в первой группе ($5,8 \pm 0,11$ балла и $4,5 \pm 0,13$ балла соответственно).

Практически во всех случаях рождение детей в состоянии асфиксии связано с длительным консервативным ведением родов на фоне широкого

Таблица 1.
Содержание Hb и билирубина у новорожденных

Показатели	Контрольная группа	Основная группа
Гемоглобин (г/л)	187,4 ± 2,7	188,8 ± 1,3
Общий билирубин (мкмоль/л)	41,7 ± 1,6	26,9 ± 0,6

Таблица 2.
Показатели содержания билирубина в зависимости от размера кефалогематомы

	билирубин	гемоглобин	n
нет кеф-мы	36,7 ± 1,8	189 ± 3,7	22
кеф-ма d<2см	44,9 ± 3,0	191 ± 10,5	5
кеф-ма 2*3см	45,4 ± 2,9	178 ± 4,9	9
кеф-ма 3*3см	37,7 ± 3,9	185 ± 6,2	8
кеф-ма 3*4см	44,6 ± 3,3	176 ± 5,5	9
кеф-ма d>4см	64,6 ± 1,8	213 ± 4,6	3

Таблица 3.
Родовые травмы у новорожденных

Родовые травмы	контрольная группа		основная группа	
	абс	%	абс	%
Родовая опухоль	7	12	13	16
Кефалогематома	27	45	-	-
Перелом ключицы, бедра	1	1,6	-	-
Умер	4	6	-	-
Переведен на 2 этап	7	12	-	-

Таблица 4.
Редукционная способность эритроцитов

Редукционная способность	Традиционное ведение		Инновационное ведение	
	60		80	
	абс	%	абс	%
Легкая степень	5	8	13	16
Средней тяжести	17	28	-	-
Тяжелая степень	16	26	-	-
Норма	22	38	67	84

использования утеротонических препаратов. Также поводом послужило запоздалое решение вопроса об экстренном родоразрешении при таких осложнениях родов, как острая внутриутробная гипоксия плода и цефало-пельвическая дистоция. Промежуток времени между постановкой диагноза и началом операции в этих случаях составил $36,6 \pm 5,9$ минут.

Такие симптомы цефалопельвической дистоции, как ранние потуги, отсутствие вставления или продвижения головки плода, отек шейки матки, симптомы прижатия мочевого пузыря, угрозы разрыва матки позволяют диагностировать преимущественно только лишь в конце первого периода родов, что приводит к увеличению времени воздействия повреждающих факторов на плод. Низкая оценка по шкале Апгар новорожденных на 1 минуте жизни связана с высокой частотой абдоминального родоразрешения и нередкой в таких случаях медикаментозной депрессией новорожденных.

Выводы:

Таким образом, следует отметить, что основным показанием к оперативному родоразрешению являлся дистресс плода, развившийся вследствие поздней диагностики цефало-пельвической дистоции.

Анализ между сравниваемыми группами новорожденных показал, что риск развития гипербилирубинемии у плода выше в 1,6 раза при традиционном кесаревом сечении, чем при кесаревом сечении с инновационным подходом.

Применение диагностики степени асфиксии по показателям функционального состояния эритроцитов позволит правильно осуществить диагностику и выбрать тактику лечения гипоксии новорожденного в первые минуты жизни и существенно снизит перинатальные потери.

Литература:

1. Иванова Н.А., Власова Т.А., Гуменюк Е.Г. Особенности течения родов при развитии клинически узкого таза /Материалы IV съезда акушеров-гинекологов России,- М., 2008, с.99
2. Радзинский В.Е. Акушерский риск. Максимум информации - минимум опасности для матери и младенца / В.Е. Радзинский, С.А. Князев, И.Н. Костин. - М.: Эксмо, 2009. - 288с.
3. Шабалов, Н.П. Неонатология: Учебн.пособие: В 2 т. / Н.П.Шабалов. – М.: МЕДпресс.информ, 2004. – Т.1. - 640 с.
4. Бутта З.А., Хан Я.П. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств.- Бишкек, 2009,- 51с.
5. Ешходжаева А.С., Калиева А.С., Абазбекова Н.С., Аскеров А.А. Краткий обзор ситуации в сфере охраны здоровья матери и ребенка в Кыргызской Республике за 2008-2009 гг. - Бишкек, 2010, - 46 с (с. 10).
6. Брынза Н.С. Взаимосвязь между частотой осложнений, характерных для агрессивного ведения родов, возникновением внутриутробной гипоксии плода и слабости родовой деятельности у пациенток с различной тактикой родовспоможения / Н.С. Брынза, В.В.

Грибоедова, А.Г. Трушков // Журнал акушерства и женских болезней. - 2009. - Вып. 1. - С.24-31.

7.Румянцева В.П. Родовозбуждение и исходы родов при перенашивании беременности / В.П. Румянцева, О.Р. Баев // Мать и дитя: материалы 11-го Всерос. науч. форума:- М., 2010.- С.209-210.

8.Автореферат на тему «Цефалогематома у новорожденных с перинатальным поражением нервной системы: клиника, диагностика, лечение» кандидат медицинских наук Георгиева, Ольга Александровна, Саратов, 2005г.

9. Сапожникий, А.В. Гипербилирубинемия в раннем неонатальном периоде и активность супероксиддисмутазы и мембраносвязанной метгемоглобинредуктазы эритроцитов у недоношенных новорожденных, родившихся в асфиксии / А.В.Сапожникий // Охрана материнства и детства. – 2009. – № 2. – С. 15–19.

10. Williams Obstetrics-19-Edition, Chapter 20. Dystocia Due Abnormalities in Presentation, Position, Or Development of the Fetus.- 493 Chapter 21. Dystocia Due to Pelvic Contraction, 1993. - 529 p.

11.Shaffer BL, Cheng YW, Vargas JE, Laros RK Jr, Caughey AB. Face presentation: predictors and delivery route. Am J Obstet Gynecol. 2006 May; 194 (5): e10-2. Epub 2006 Apr 21.

12. Obstetric Evidence Based Guidelines/Edited by Vincenzo Berghella MD FACOG, Philadelphia, PA, USA. First published in the United Kingdom in 2007, «cephalopelvic disproportion, dystocia», 235 p.

13.«Способ диагностики и прогнозирования степени тяжести гипоксии новорожденных в первые минуты жизни» Патент №1099, публикация Интеллектуалдык менчик №11/2008, с.19

14. Alice J. Sophia Fox, Michael G. Chapman. Longitudinal ultrasound assessment of fetal presentation. A review of 1010 consecutive cases. The Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.

15.Stitely M.L., Gherman R.B. Labor with abnormal presentation and position / Obstet Gynecol Clin North Am. 2005. – Vol. 32 (2). - P.165-79.

АНАЛИЗ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ КОРОНАРНОЙ И КЛАПАННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Асаналиев М.И.

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены литературные сведения по ранней послеоперационной летальности у пациентов с сочетанной коронарной и клапанной патологией сердца. Госпитальная летальность при сочетанной операции аортокоронарного шунтирования и протезирования клапанного аппарата сердца достигает 24%. Наиболее частая причина смертельного исхода – острая сердечная недостаточность. Факторами риска внутрибольничной смертности явились низкий сердечный выброс и длительная продолжительность искусственного кровообращения.

Ключевые слова: коронарная болезнь сердца, клапанные пороки сердца, аортокоронарное шунтирование, протезирование клапанов сердца.

ЖҮРӨК КОРОНАРДЫК ЖАНА КЛАПАНДЫК ООРУЛАРДЫН ЧОГУУ КЕЗДЕШКЕН УЧУРЛАРДАГЫ БЕЙТАПТАРДЫН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ЭРТЕ ӨЛҮМҮНӨ ТАЛДОО ЖҮРГҮЗҮҮ

Асаналиев М.И.

Жүрөк хирургия жана орган алмаштыруу боюнча илим изилдөө институту
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эмгекте операциядан кийин эле өлүмгө дуушар болгон жүрөк коронардык жана клапандык оорулары чогуу кездешкен бейтаптардын адабий сереби берилген. Аортокоронардык шунттоо менен жүрөктүн клапандык аппаратын протездөө (алмаштыруу) операциясын бир маалда жасоодон госпиталдык өлүм 24% чейин жетет. Госпиталдык өлүмдүн себептери жүрөктүн канда ыргытышынын аздыгы жана жасалма кан айлануунун көп убакытка чейин колдонулуусу болуп эсептелди. Госпиталдык өлүм 24% чейин жетет.

Негизги сөздөр: жүрөк коронардык оорусу, жүрөк клапандык оорусу, аортокоронардык шунттоо, жүрөк клапандарын протездөө.

ANALYSIS OF EARLY POSTOPERATIVE MORTALITY IN PATIENTS WITH COMBINED CORONARY AND VALVULAR HEART DISEASE

Asanaliev M.I.

Research Institute of Surgery and Organ Transplantation
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This paper presents a literature review on the early postoperative mortality in patients with combined coronary and valvular heart disease. Hospital mortality in combined coronary artery bypass grafting and valvular prosthesis reaches 24%. The most common cause of death – acute heart failure. Risk factors for hospital mortality were low cardiac output and long duration of cardiopulmonary bypass.

Key words: coronary heart disease, valvular heart disease, coronary artery bypass surgery, prosthetic heart valves.

Наряду с огромными достижениями сердечной хирургии и кардиореанимации стали более часто использовать оперативное лечение больных с сочетанной коронарной и клапанной патологией сердца. Однако, несмотря на многочисленные исследования среди кардиохирургов наблюдаются значительные расхождения в частоте летальности и осложнений в послеоперационном периоде. Это положение явилось для нас основанием провести анализ литературных сведений, посвященных этому вопросу.

Цель работы: представить литературные сведения по анализу ранней послеоперационной летальности у больных с сочетанной коронарной и клапанной болезнью сердца.

В настоящее время хирургическое лечение сочетанной патологии клапанов сердца и коронарных артерий является серьезной проблемой в кардиохирургии [3, 6, 8, 10]. Комбинированная операция отличается высокой летальностью, а данные зарубежных публикаций свидетельствуют о значительных различиях в показателях госпитальной летальности [2, 8, 13, 14, 16, 23]. Несмотря

на современные достижения сердечной хирургии, проблема лечения клапанных пороков сердца, сочетанных с коронарной болезнью, остается весьма актуальной и до сих пор нерешенной [3, 5, 22, 24].

Продолжает оставаться достаточно высокой госпитальная летальность, которая колеблется от 5 до 24% и составляет от 5 до 11% при сочетании пороков аортального клапана (АК) с коронарной болезнью сердца (КБС) и от 11 до 24% при сочетании пороков митрального клапана (МК) с КБС [4, 13, 21].

Значительная вариабельность госпитальной летальности отмечается и по данным крупных зарубежных исследований. В одном из них, «Euro Heart Surgery on VHD», включавшем более 5000 пациентов из 26 стран Европы, при сочетанных операциях летальность варьировала следующим образом: протезирование АК без аортокоронарного шунтирования (АКШ) – 2,7-3,7%, протезирование АК с АКШ – 4,3-6,3%, протезирование МК без АКШ – 1,7-5,8%, протезирование МК с АКШ – 8,2-10,1% [19].

Анализ базы данных пациентов, пропе-

пированных в США (New York State Cardiac Surgery Data) по поводу клапанных пороков сердца, показал, что в среднем летальность составила 4,1% при изолированных операциях на клапане и 8,9% – в сочетании с АКШ [14].

Однако, в связи с отсутствием в развитых странах ревматизма, эти исследования основаны лишь на больных с патологиями клапанов атеросклеротического генеза, что не может сопоставляться результатам хирургического лечения больных с ревматическими пороками сердца.

По данным Л.А.Бокерия и Г.Белала [2] ранняя послеоперационная смертность после одномоментного шунтирования коронарных артерий и протезирования АК у 77 больных составила 13% (n=10). Наиболее частой причиной смертельного исхода пациентов была острая сердечная недостаточность, которая развилась в 9,1% (n=7) случаев, и нарушение мозгового кровообращения различного генеза в 3,9% (n=3) случаев.

К сожалению, в этих исследованиях они не дали сравнения с изолированными имплантациями клапанов сердца и сочетанными операциями АКШ с протезированием МК.

Наиболее частой причиной послеоперационной смертности при сочетанных операциях протезирования АК и коронарного шунтирования, по данным L.H. Edmunds [9], являются низкий сердечный выброс, инфаркт миокарда и аритмии. В исследованиях K.J.Kobayashi и соавт. [15], наиболее частой причиной внутригоспитальной смертности оказались острая левожелудочковая и полиорганная недостаточность.

По результатам проведенного мульти-вариантного анализа в Научном центре сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева [2] факторами риска (независимыми предикторами) внутрибольничной смертности явились: низкая фракция выброса левого желудочка (ЛЖ) (<30%) и продолжительность искусственного кровообращения. Так, риск внутрибольничной смертности при сочетанных операциях протезирования АК и коронарного шунтирования с фракцией выброса менее 30% в 17,2 раза больше по сравнению с пациентами с удовлетворительной и хорошей фракцией выброса ЛЖ, а каждый час искусственного кровообращения повышает риск внутрибольничной смертности в 2,13 раза.

Хотя комбинированная миокардиальная реваскуляризация и протезирование МК и/или АК увеличивают время поперечного зажима и имеют потенциал для увеличения периоперационного инфаркта миокарда и ранней постоперационной летальности, сравнимой с пациентами без КБС, подвергающихся изолированной замене пораженного клапана, в некоторых сериях исследований [2, 7, 12] комбинированное АКШ имело незначительное неблагоприятное влияние на операционную смертность.

Более того, комбинация АКШ с протезированием МК и/или АК снижает частоту периоперационных инфарктов миокарда, операционную смертность, позднюю смертность и заболеваемость по сравнению с пациентами со значимой КБС, которые не подвергаются реваскуляризации во время протезирования [4, 17, 18, 21].

В исследованиях K.J.Kobayashi и соавт. [15] достоверными факторами риска ранней смертности

явились неотложность операции, фракция выброса ЛЖ менее 30%, возраст более 65 лет, сердечная недостаточность III-IV функционального класса по классификации Нью-Йоркской ассоциации сердца (NYHA), хронические обструктивные заболевания легких. Независимыми предикторами госпитальной смертности, по данным A.Gehlot и соавт. [11], которая составила 13,7%, явились: фракция выброса менее 35%, женский пол, почечная дисфункция, коронарное шунтирование.

Обзор литературы показывает, что основными периоперативными факторами риска, наиболее часто упоминающимися в публикациях различных авторов, являются: возраст, женский пол, неотложность операции, фракция выброса ЛЖ, сердечная недостаточность по классификации NYHA, хронические обструктивные заболевания легких, количество наложенных шунтов, послеоперационная почечная недостаточность, послеоперационный инсульт, интра- и послеоперационное использование внутриаортального баллонного контрпульсатора, сахарный диабет, имплантация биологического клапана, периоперативный инфаркт миокарда, заболевания периферических сосудов.

Однако, зарубежные авторы не отмечают наиболее характерные осложнения и их частоту, нет достоверных сведений о качестве жизни пациентов в послеоперационном периоде, что не дает возможности полноценно судить об эффективности этих операций. Не изучены гемодинамические особенности после хирургического лечения больных с коронарной болезнью, сочетанных с ревматическими поражениями клапанов сердца.

Таким образом, располагая достаточным временем безопасного пережатия аорты, необходимо осуществить очень важный принцип хирургического лечения сочетанной коронарной и клапанной патологии — максимально полную реваскуляризацию миокарда. Неполная реваскуляризация ассоциируется с большей послеоперационной систолической дисфункцией и сниженной частотой выживаемости после операции по сравнению с пациентами, которые получают полную реваскуляризацию. Вместе с тем нельзя не принимать во внимание данные Ph. Lugegeau и соавт. (1979) [20], которые отметили, что попытки шунтирования слабо развитых коронарных артерий или имеющих диффузные изменения на всем протяжении сопровождались увеличением летальности до 35,5%.

Особое внимание при операциях у больных с сочетанной патологией клапанов и коронарных артерий следует обратить на необходимость тщательного подхода к защите миокарда. Это вызвано, с одной стороны, более длительными сроками пережатия аорты, достигающими 140 минут и более, а с другой — неблагоприятным сочетанием стенозирующего атеросклероза коронарных артерий с гипертрофией миокарда [4, 5].

Для достижения приемлемых результатов в хирургии сочетанных поражений клапанов сердца и коронарных артерий необходимо тщательное предварительное планирование объема и последовательности хирургического вмешательства с целью сокращения как времени самой операции, так и периода

ишемии миокарда с учетом всех тех нюансов, о которых шла речь в предшествующих пунктах.

Литература:

1. Бокерия Л.А., Скопин И.И., Никитина Т.Г. и соавт. Отдаленные результаты после хирургической коррекции аортального стеноза и сопутствующей ишемической болезни сердца // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2007. – № 2. – С. 12-16.
2. Бокерия Л.А., Газал Белал. Результаты одномоментного протезирования аортального клапана и шунтирования коронарных артерий: предикторы летальных исходов // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2009. – № 5. – С. 21-26.
3. Бокерия Л.А., Скопин И.И., Самородская И.В. и соавт. Результаты протезирования митрального клапана у больных 65 лет и старше // *Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН «Сердечно-сосудистые заболевания»*. – 2011. – Т. 12. – № 5. – С. 49-57.
4. Скопин И.И., Никитина Т.Г., Капутин М.Ю. и соавт. Статистический анализ факторов риска ранней госпитальной летальности при сочетанных операциях коррекции клапанных пороков сердца и аортокоронарного шунтирования // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия*. – 2001. – № 2. – С. 75-78.
5. Цукерман Г.И., Казаков Э.Н., Малащенко А.И. Принципы отбора и непосредственные результаты хирургического лечения больных с сочетанными поражениями клапанов и венечных артерий сердца // *Грудн. Хирургия*. – 1983. – № 6. – С. 93-97.
6. Чернявский А.М., Марченко А.В., Бобошко А.В. и соавт. Реконструктивные вмешательства на митральном клапане с использованием опорных колец «МедИнж» при ишемической болезни сердца // *Сборник трудов «Протезы клапанов сердца «МедИнж» в хирургии клапанных пороков сердца»*. – 2009. – Том 2. – С. 67-69.
7. Aranki S.F., Rizzo R.J., Couper G.S. et al. Aortic valve replacement in the elderly: effect of gender and coronary artery disease on operative mortality // *Circulation*. – 1993. – Vol. 88. – P. 17-23.
8. Bellasi A., Reiner M., Pétavy F. et al. Presence of valvular calcification predicts the response to cinacalcet: data from the ADVANCE study // *J. Heart Valve Dis.* – 2013. – Vol. 22 (3). – P. 391-399.
9. Edmunds L.H. *Cardiac surgery in the adult*. – New York: McGraw-Hill, 2003. – 1536 p.
10. Ferrari A.D., Süssenbach C.P., Guaragna J.C. et al. Atrioventricular block in the postoperative period of heart valve surgery: incidence, risk factors and hospital evolution // *Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.* – 2011. – Vol. 26 (3). – P. 364-372.
11. Gehlot A., Mullany C.J., Ilstrup D. et al. Aortic valve replacement in patients aged eighty years and older: early and long-term results // *J.Thorac. Cardiovasc. Surg.* – 1996. – Vol. 111 (5). – P. 1026-1036.
12. Gersak B., Sutlic Z. Aortic and mitral valve surgery on the beating heart is lowering cardiopulmonary bypass and aortic cross clamp time // *Heart Surg. Forum.* – 2002. Vol. 5 (2). – P. 182-186.
13. Goodney P.P., O'Connor G.T., Wennberg D.E. et al. Do hospitals with low mortality rates in coronary artery bypass also perform well in valve replacement? // *Ann. Thorac. Surg.* – 2003. – Vol. 76. – P. 1131-1136.
14. Hannan E.L., Wu C., Bennet E.V. et al. Risk index for predicting in-hospital mortality for cardiac valve surgery // *Ann. Thorac. Surg.* – 2007. – Vol. 83. – P. 921-930.
15. Kobayashi K.J., Williams J.A., Nwakanma L. et al. Aortic valve replacement and concomitant coronary artery bypass: assessing the impact of multiple grafts // *Ann. Thorac. Surg.* – 2007. – Vol. 83 (3). – P. 969-978.
16. Lee S., Chang B.C., Yoo K.J. Surgical management of coexisting coronary artery and valvular heart disease // *Yonsei Med. J.* – 2010. – Vol. 51 (3). – P. 326-331.
17. Leskinen Y., Paana T., Saha H. et al. Valvular calcification and its relationship to atherosclerosis in chronic kidney disease // *J. Heart Valve Dis.* – 2009. – Vol. 18 (4). – P. 429-438.
18. Lung B., Gohlke-Barwolf C., Tornoset P. et al. Vahanian on behalf of the Working Group on Valvular Heart Disease Recommendations on the management of the asymptomatic patients with valvular heart disease // *Eur. Heart J.* – 2002. – Vol. 23. – P. 1253-1266.
19. Lung B., Baron G., Butchart E.G. et al. A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: the Euro Heart Survey on valvular heart disease // *Eur. Heart J.* – 2003. – Vol. 24. – P. 1231-1243.
20. Luxereau Ph., Vasile N., Geshwind M. et al. Le role de l'atherome coronarien dans l'angor des valvulopathies mitral et aortiques // *Coeur.* – 1979. – Vol. 9. – P. 777-786.
21. Nowicki E.R., Birkmeyer N.J., Weintraub R.W. et al. Multivariable prediction of in-hospital mortality associated with aortic and mitral valve surgery in Northern New England // *Ann. Thorac. Surg.* – 2005. – Vol. 77. – P. 1966-1977.
22. Utsunomiya H., Yamamoto H., Kunita E. et al. Combined presence of aortic valve calcification and mitral annular calcification as a marker of the extent and vulnerable characteristics of coronary artery plaque assessed by 64-multidetector computed tomography // *Atherosclerosis.* – 2010. – Vol. 213 (1). – P. 166-172.
23. Yiu K.H., Wang S., Mok M.Y. et al. Relationship between cardiac valvular and arterial calcification in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus // *J. Rheumatol.* – 2011. – Vol. 38 (4). – P. 621-627.
24. Yosefy C., Malushitsky A., Jamal J. et al. Association between mitral and aortic valve calcification and preferential left or right coronary artery disease // *J. Heart Valve Dis.* – 2009. – Vol. 18 (6). – P. 627-633.

МЕРЦАТЕЛЬНАЯ АРИТМИЯ: ФАКТОРЫ РИСКА И ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ

Бакиридин кызы Ж.¹, Керимкулова А.С.^{1,2}, Байрамукова А.А.¹,
Бекташева Э.Э.¹, Миррахимов Э.М.¹

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева
Национальный Центр Кардиологии и Терапии (НЦКиТ) имени академика Миррахимова М.М.
Отделение коронарной болезни сердца и атеросклероза
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью выявить наиболее частые причины развития мерцательной аритмии (МА), для разработки методов успешной профилактики заболевания, обследованы пациенты с МА, находившиеся на стационарном лечении в НЦКиТ. Всем пациентам проведен подробный сбор жалоб, анамнеза, клинический осмотр с измерением АД, антропометрических показателей, проведением комплекса лабораторных и инструментальных методов исследований. Степень тяжести хронической сердечной недостаточности оценивалась по функциональным классам NYHA. В исследование включены 25 пациентов (9 мужчин, 16 женщин) с МА. В группе обследованных только у 36% была нормальная масса тела, у 32% пациентов выявлена избыточная масса тела, у 32% ожирение различной степени. При оценке этиологии МА выявилось, что только у 3 пациентов (12%) была первичная форма МА, а у остальных 22 (88%) - на фоне других заболеваний. Среди них наиболее часто встречались КБС (52%), ГБ (44%), СД 2 типа (20%). У пациентов с МА в 64% случаев отмечались избыточная масса тела и ожирение. Также установлена взаимосвязь между развитием МА и наличием у пациентов КБС, ГБ, СД 2 типа, что свидетельствует о целесообразности проведения первичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Ключевые слова: ожирение, хроническая сердечная недостаточность, причины развития.

БҮЛБҮЛДӨГӨН АРИТМИЯ: КОРКУНУЧТУУ ФАКТОРЛОРУ ЖАНА КОЗГОЛУУ СЕБЕПТЕРИ

Бакиридин кызы Ж.¹, Керимкулова А.С.^{1,2}, Байрамукова А.А.¹,
Бекташева Э.Э.¹, Миррахимов Э.М.¹

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
М.М. Миррахимов атындагы Кардиология жана Терапия борбору
Жүрөктүн Коронардык ооруусу жана Атеросклероз бөлүмү
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бүлбүлдөгөн аритмиянын (БА) пайда болушунун негизги себептерин аныктоо, аны алдын алуунун жолдорун иштеп чыгуу. Изилдөө 2014-жылдын сентябрь- декабрь айларында өттү. Ага Улуттук Кардиология жана Терапия борборунун клиникалык бөлүмдөрүндө дарыланган БА менен оорулуулар катышты. Изилдөө катышуучулардын доолорун, оору баянын жыйноо, кан басымын, антропометриялык көрсөткүчтөрүн ченөө, лабораториялык, инструменталдык изилдөөлөрдү өткөрүү, өнөкөт жүрөк алсыздыгынын даражасын аныктоосу менен коштолду. Изилдөөгө катышкан адамдардын 64% ашыкча салмак жана семирүү менен экени аныкталды. Ошондой эле БА пайда болушу ЖКО, ГО, 2 типтеги КД менен байланышы бар, ошондуктан ага алып келген ооруларды алдын алуучу иш-чараларды өткөрүү зарыл. Изилдөөгө катышкан адамдардын 36% нормалдуу салмакка ээ болсо, 32% адамда ашыкча салмак, 32% - семирүү катталды. Себептерин аныктоодо 3 оорулууда БА эч бир себепсиз башталганы, ал эми 22 оорулууда-кандайдыр бир башка оорунун негизинде пайда болгону маалым болду. Анын ичинде эң көп кездешкени жүрөктүн коронардык оорусу (ЖКО) (56%), гипертония оорусу (ГО) (44%), 2 типтеги кант диабет (КД) оорусу (20%) болду.

Негизги сөздөр: семирүү, өнөкөт жүрөк алсыздыгы, пайда болуу.

ATRIAL FIBRILLATION: RISK FACTORS AND CAUSES OF DEVELOPMENT

Bakiridin kyzy Zh., Kerimkulova A.S., Bairamukova A.A.,
Bektasheva E.E., Mirrakhimov E.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
National Centre of Cardiology and Internal Medicine named after M. Mirrakhimov
Department of Coronary Heart disease and Atherosclerosis
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. To identify the most common causes of atrial fibrillation (AF), to develop methods of successful prevention of the disease. Survey included patients with AF, who are hospitalized in the clinical departments of The National Centre of Cardiology and Therapy named by M. Mirrakhimov. The survey includes a detailed collection of complaints, anamnesis, and clinical examination with measurement of blood pressure, anthropometric indicators, a complex of laboratory and instrumental methods of investigation. Detect the functional classes of chronic heart fairway passed by NYHA classification. Survey included 25 patients (9 men, 16 women) with AF. In the group surveyed, only 36% patients determined by a normal body weight, other 32% had overweight and 32% - varying degrees of obesity. In assessing the etiology AF revealed that only 3 patients (12%) had primary AF, while the remaining 22 (88%) - compared to other diseases. Among them, the most frequently encountered coronary heart disease (52%), hypertension (44%), 2 type of diabetes mellitus (20%).

The survey revealed that in 64% cases patients had overweight and obesity. Also found an association between the development of AF and the presence of CHD patients, GB, diabetes type II, in connection with which it is advisable to carry out the primary prevention of the cardiovascular diseases.

Key words: obesity, chronic heart fairway, causes of.

Введение.

Во всем мире в последние годы отмечается рост сердечно - сосудистых заболеваний (ССЗ), являющихся основной причиной смертности и инвалидизации трудоспособного населения, что вызывает серьезные опасения у специалистов. Так, по мнению выдающегося современного кардиолога Е. Braunwald [1]: «Судьбу человечества в XXI веке определяют три важнейших эпидемии ССЗ: застойная сердечная недостаточность, мерцательная аритмия (МА) и сахарный диабет (СД) 2 типа». Особый интерес представляет МА, которая является одним из наиболее тяжелых и распространенных нарушений сердечного ритма, встречающийся у 0,4% популяции в целом [2] и более чем у 5% лиц старше 69 лет [3]. В настоящее время МА страдает более 3 миллионов человек в США и 4,5 миллионов в Европе [4]. За последние 50 лет распространенность МА возросла примерно в 2,5 раза [5]. По мнению экспертов, увеличение числа больных с МА является следствием роста продолжительности жизни людей и общего старения населения Земли, избыточного веса, роста заболеваемости ССЗ. В связи с чем, крайне важно всестороннее изучение всех причин, приводящих к данному типу нарушения ритма сердца. Рост распространенности ССЗ во всем мире не обошел стороной и Кыргызскую Республику (КР), а сведения по распространенности, выявляемости, осложнениям, летальности от МА по КР - неполные.

Цель исследования: выявить наиболее частые причины развития МА в группе пациентов для разработки методов успешной профилактики заболевания.

Материал и методы исследования.

В исследование включены пациенты, находившиеся на стационарном лечении в клинических отделениях НЦКиТ имени академика М. Миррахимова. Набор пациентов проводился в период с сентября по декабрь 2014 года. Критериями включения были наличие МА, диагностированной на электрокардиографии (ЭКГ); продолжительность МА ≤ 1 года до начала обследования; письменное информированное согласие пациента на участие в исследовании. В исследование не включались пациенты без ЭКГ - записи МА; с трепетанием предсердий; с МА продолжительностью >1 года; лица младше 18 лет. Протокол обследования был одобрен комитетом Кыргызской Государственной Медицинской Академии имени И.К. Ахунбаева.

Всем пациентам был проведен опрос жалоб, анамнеза, выявление кардиометаболических факторов риска; клиническое обследование с измерением частоты сердечных сокращений (ЧСС), артериального давления (АД), роста, веса. Подсчет ЧСС проводился утром натощак в положении пациента сидя, АД измерялось утром через 2 ч. после планового приема базисных препаратов. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался по формуле $\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \text{рост (в метрах)}^2$; при оценке ИМТ использовались стандарты, установленные ВОЗ [6]: нормальная масса тела: 19 - 24,9 кг/м², избыточная масса тела: 25 - 29,9 кг/м², ожирение первой степени: 30 - 34,9 кг/м², ожирение второй степени: 35 - 39,9 кг/м², ожирение третьей степени ≥ 40 кг/м².

Лабораторные анализы включали определение

общего холестерина (ОХС), креатинина крови. Забор крови для исследования проводился утром натощак после 12 ч. периода голода из локтевой вены. Гиперхолестеринемия устанавливалась при уровне ОХС $\geq 5,2$ ммоль/л; за повышенный уровень креатинина принимались значения > 106 мкмоль/л.

Были проведены следующие инструментальные исследования: ЭКГ в 12 общепринятых отведениях, эхокардиография. Наличие и степень хронической сердечной недостаточности (ХСН) устанавливались по классификации NYHA [7].

Исследование функции щитовидной железы (ЩЖ) (анализ гормонов (тиреотропный гормон, T₄ антитела к ТПО), ультразвуковое исследование ЩЖ) осуществлялись при наличии клинических симптомов дисфункции железы.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы *STATISTIKA 8.0*. Вид распределения переменных определялся с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Данные представлены как среднее \pm стандартное отклонение для переменных с нормальным распределением и как медиана (интерквартильный интервал) для переменных с непараметрическим распределением.

Результаты обследования и обсуждение.

В исследование включено 25 человек (16 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 44 до 83 (средний возраст составил $64,5 \pm 8,5$ лет. Характеристика обследованных пациентов представлена в таблице 1.

При оценке антропометрических данных пациентов выявлено, что только у 9 человек (36%) нормальная масса тела, у остальных отмечалось либо избыточная масса тела (8 пациентов, 32%), либо ожирение различной степени (8 пациентов, 32%). Среди пациентов с ожирением было 5 человек (20%) с I степенью, 2 человека (8%) со II степенью и 1 человек (4%) с III степенью ожирения. Согласно результатам исследований, ожирение является независимым фактором риска развития МА [8]. Очевидно проведение просветительной работы среди пациентов о необходимости снижения массы тела до оптимальных показателей ($\text{ИМТ} < 25$ кг/м²) для предотвращения развития многих заболеваний, в том числе и МА.

Среди других факторов риска ССЗ у 8 пациентов (32%) обнаружена гиперхолестеринемия, у 5 (20%) – повышенный уровень креатинина, у 2 (8%) - курение.

Клинические признаки ХСН выявлены в 92% случаев (23 пациента), среди них I ФК (функциональный класс) - у 3 (12%), ФК II- у 12 (48%), ФК III- у 6 (28%), ФК IV- у 2 (8%) (рис.1).

В исследовании оценивались осложнения МА, связанные с нарушением гемодинамики. При этом тромбоземболических, дисциркуляторных нарушений (транзиторные ишемические атаки, ишемический инсульт головного мозга) – у пациентов не было выявлено.

Также были оценены клинические формы МА. Так выявлено, что у 10 пациентов (40%) была впервые диагностированная МА, у 11 (44%) - пароксизмальная форма МА, у 2 (8%) - персистирующая форма МА и у 2 (8%) - постоянная форма МА (рис.2).

Далее мы проанализировали причины, приведшие

Таблица 1.

Клинико-лабораторная характеристика обследованных пациентов

Показатели	Все пациенты n=25	Мужчины n=9	Женщины n=16
Возраст, лет	64,5± ± 8,5	65,8 ± 9,1 ± 9,1	63,7 ± 8,4 ± 8,4
ИМТ, кг/м ²	27,4± ± 4,9	27,7 ± 4,5 ± 4,5	27,2 ± 5,2 ± 5,2
САД, мм.рт.ст	146,1 ± 33,1 ± 33,1	145,6 ± 31,7 ± 31,7	146,4 ± 34,9 ± 34,9
ДАД, мм.рт.ст	86,6 ± 15,3 ± 15,3	84,4 ± 12,4 ± 12,4	87,8 ± 17 ± 17
ЧСС, /мин *	74 (68-88)	80 (74-100)	72 (62-79)
ОХС, ммоль/л	4,5 ± 1,4 ± 1,4	3,9 ± 1,2 ± 1,2	4,9 ± 1,4 ± 1,4
Креатинин, мкмоль/л *	88 (80-102)	104 (101-112)	83 (70,5-91,5)

Примечание: * - данные представлены как Ме (25%- 75%).

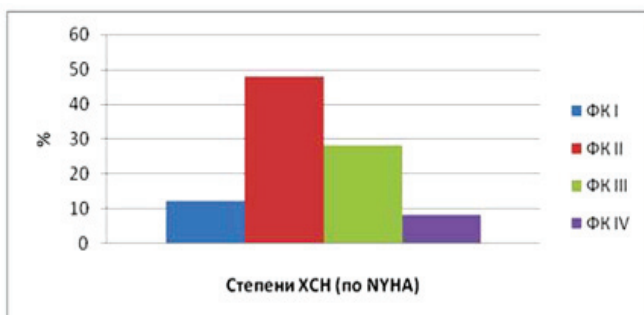


Рисунок 1. Встречаемость степеней тяжести ХСН (по классификации NYHA) среди обследованных пациентов.

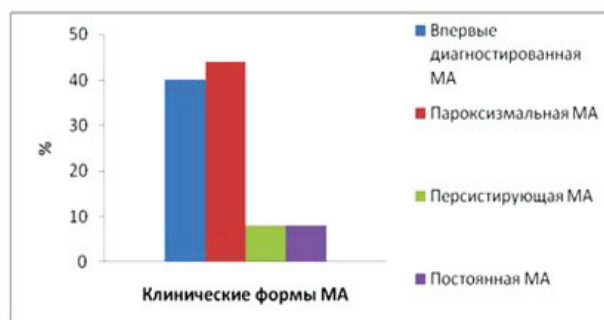


Рисунок 2. Клинические формы МА.

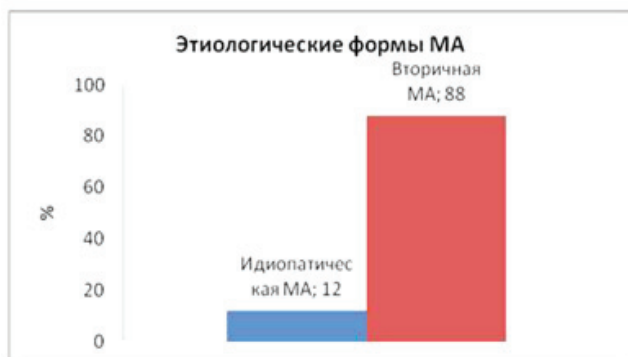


Рисунок 3. Этиологические формы МА.



Рисунок 4. Частота кардиальных причин развития МА у обследованных.

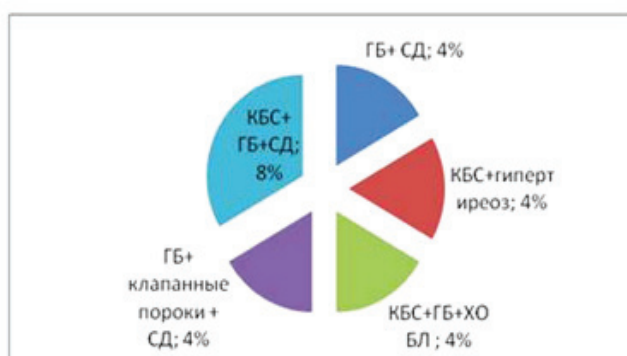


Рисунок 5. Сочетание кардиальных и экстракардиальных причин МА у обследованных пациентов.

к развитию МА у обследованных больных. Только у 3 (12%) пациентов установлена идиопатическая МА (без предшествующей патологии), а у остальных 22 (88%) обследованных была вторичная МА, на фоне уже существующей соматической патологии (рис.3).

Как известно, среди факторов, вызывающих вторичные формы МА, выделяют кардиальные и экстракардиальные причины, [9]. Среди обследованных пациентов из кардиальных причин изолированно встречались гипертоническая болезнь (ГБ) -12%, коронарная болезнь сердца (КБС) - 20%, клапанные пороки - 4%. Также встречалось сочетание КБС и ГБ - у 8% , КБС и клапанного порока – у 8% , КБС, ГБ и клапанного порока - у 4% (рис.4).

Наряду с кардиальными причинами, оценивалась встречаемость и экстракардиальных причин МА, среди них обнаружены СД 2 типа – в 4% случаев, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – в 4%.

В 24% случаев наблюдалось сочетание кардиальных и экстракардиальных причин: ГБ, СД 2 типа- 4%, КБС и гипертиреоз – 4%, КБС, ГБ и ХОБЛ– 4%, ГБ, клапанные пороки и СД 2 типа– 4%, КБ, ГБ и СД 2 типа – 8% (рис.5).

Таким образом, были обследованы пациенты с МА, находившиеся на стационарном лечении. При оценке причинных факторов развития МА, обращает на себя внимание то, что наиболее часто встречаемыми причинами обнаруживались КБС и ГБ. Значение указанных заболеваний в формировании МА отмечалось и в других крупномасштабных клинических исследованиях [10,11]. Также среди причин МА следует отметить СД 2 типа, который был выявлен в 20% случаев. В исследованиях также отмечается ассоциация СД 2 типа с более частым появлением МА [12].

Выводы:

1. Среди обследованных пациентов с МА из факторов риска наиболее часто выявлялись избыточная масса тела и ожирение.

2. Среди обследованных пациентов преобладали вторичные формы МА (в 88%), из них чаще выявлялись пациенты с КБС, ГБ, СД 2 типа, что говорит о целесообразности проведения первичной профилактики и коррекции указанных заболеваний.

Литература:

1. Braunwald E. Shattuck lecture- cardiovascular medicine at the turn of the millennium: triumphs, concerns, and opportunities. *N Engl J Med* 1997; 337:1360-1369.

2. Кушаковский М.С. Фибрилляция предсердий: причины, механизмы, клинические формы, лечение и профилактика. СПб: Фолиант, 1999.

3. Atrial fibrillation: current understandings and researchs imperatives. *The National Heart, Lung, and Blood Institute Working Group on Atrial Fibrillation*. 1998

4. Valentin Fuster, with writing committee. ACC/AHA/ESC Practice Guidelines for the Management of Patients with atrial fibrillation. A report of the American College of Cardiology.

5. Friberg J, Buch P, Scharling H, et al. Rising rates of

hospital admissions for atrial fibrillation. *Epidemiology* 2003; 14 (6): 666–672.

6. WHO: *Global Database on Body Mass Index*. 1997

7. Raphael CL, Briscoe C, Davies J, et al. Limitations of the New York Heart Association functional classification system and self-reported walking distances in chronic heart failure. *Epub* 2006 Sep 27.

8. Wanahita N, Messerli FH, Bangalore S, et al. Atrial fibrillation and obesity- results of a meta- analysis. *Am Heart J* 2008; 155:310-315.

9. Бойцов С.А., Подлесов А.М. Мерцательная аритмия.// СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2001; 26-33.

10. Psaty BM, Manolio TA, Kuller LH, et al. Incidence on and risk factors for atrial fibrillation in older adults. *Circulation* 1997; 96: 2455-2461.

11. Wilhelmsen L, Rosengren A, Lappas G. Hospitalizations for atrial fibrillation in the general male population: morbidity and risk factors. *J Intern Med* 2001; 250:382-389.

12. Mohaved MR, Hashemzadeh M, Jamal MM. Diabetes mellitus is a strong, independent risk for AF and flutter in addition to other cardiovascular disease. *Int J Cardiol* 2005; 105:315-318.

ВЛИЯНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ФИЗИОТЕРАПИИ В РАННИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АБДОМИНАЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Даминов Ч.С., Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С.,

Токтосопиев Ч., Алтынбекова А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный хирургический центр МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучено влияние физиотерапевтических процедур, назначенных в раннем восстановительном периоде после лапаротомных операций, на качество жизни больных. Показано, что разработанный реабилитационный комплекс приводит к улучшению физических, эмоциональных и психических составляющих качества жизни пациентов.

Ключевые слова: хирургия, ранний восстановительный период, реабилитация больных, качество жизни.

ФИЗИОТЕРАПИЯНЫН БЕЙТАПТАРДЫН АБДОМИНАЛДЫК ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИН ЭРТЕ КАЙРА КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ УБАГЫНДА ЖАШОО САПАТЫНА ТИЙГИЗГЕН ТААСИРИ

Даминов Ч.С., Уметалиев Ю.К., Сыдыгалиев К.С.,

Токтосопиев Ч.Н., Алтынбекова А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бейтаптардын лапаротомдук операциядан кийин кайра калыбына келтирүү убагында физиопроцедуранын жашоо сапатына тийгизген таасири изилденди. Иштелип чыккан физиопроцедуранын оорулуулардын физикалык, эмоционалдык жана психикалык жашоо сапатын жакшыртууга алып келиниши көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: хирургия, эрте кайра калыбына келтирүү убагы, бейтаптардын реабилитациясы, жашоо сапаты.

THE EFFECT OF APPLYING PSYSIOTHERAPY EARLY REGENARATE OF GLANSING PERIOD ON THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER ABDOMINAL SURGERY

Daminov Ch.S., Umetaliev Y.K., Sydygaliev K.S.,

Toktosopiev Ch.N., Altynbekova A.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The effect of physiotherapy procedures set in the early recovery period after laparotomic operations, the quality of life of patients. Shown that the developed rehabilitation complex leads to improved physical, emotional and mental components of quality of life.

Key words: surgery, the early recovery period, rehabilitation of patients, quality of life.

При больших операциях на брюшной полости и малом тазу нередкими осложнениями являются послеоперационный парез кишечника (ППК), спаечная болезнь, послеоперационные грыжи [1]. Патогенетической основой развития осложнений является тяжесть основного заболевания, наличие фоновых заболеваний, действие наркоза, функциональная недостаточность оперированного органа и системы, особенно при элективных операциях, операционный стресс [2, 3]. Ранняя диагностика, профилактика и лечение ППК требуют дальнейшего изучения. В частности требует научного обоснования возможность применения физиотерапевтических процедур в раннем восстановительном периоде, в отношении эффективности которых существуют разные мнения [4, 5]. Если в травматологии, ортопедии, спортивной медицины физиопроцедуры с успехом используются в раннем восстановительном периоде [6,7,8], то после абдоминальных операций они используются исключительно редко [9,10, 11, 12].

В настоящее время в восстановительной медицине при использовании реабилитационного комплекса, состоящего из нескольких процедур, особое значение придают методам контроля эффективности лечения [13]. В отдаленном послеоперационном периоде конечными точ-

ками оценки эффективности лечения является показатели качества жизни (КЖ) [14, 15].

Цель работы изучить изменения показателей качества жизни в ранний и отдаленный послеоперационный период при применении физиотерапевтических процедур после абдоминальных лапаротомических операций.

Дизайн исследования

Обследовано 76 больных, находившихся на стационарном лечении в Национальном хирургическом центре за период 2009-2012 гг, которым проведена верхнесрединная, нижнесрединная или боковая лапаротомии, из них 43 женщины и 33 мужчины. Средний возраст женщин $43,3 \pm 2,5$ лет.

Средний вес $66,0 \pm 1,2$ кг. Средний возраст мужчин $43,6 \pm 3,8$ года. Средний вес $74,1 \pm 1,4$ кг. Больные были распределены на 2, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести заболевания группы, схожему распределению патологии. В группе сравнения А (n – 32 женщины), физиотерапевтические процедуры не проводились. У каждой пациентки основной группы Б (n – 52) получено информированное согласие на проведение специально разработанного реабилитационного комплекса.

Реабилитационный комплекс включал, кроме ухода за операционной раной, режима, диеты, лечебной физ-

культуры, аналогичной группе сравнения: воздействие низкоинтенсивными импульсными электростатическими полями, рефлексотерапия электромагнитными полями крайне высокой частоты. Использованы портативные физиотерапевтические приборы «Хивамаг-200», «Никель-1», которыми можно проводить физиопроцедуры у постели больного в палате интенсивной терапии, перевязочной или в обычной палате.

Методы исследования.

Оценивалось субъективное и объективное состояние больных до операции, на следующий день после операции, и в последующие дни после 1 и 6 процедуры. Для оценки состояния больных и эффективности реабилитации использованы следующие методики:

- субъективная оценка – ощущение вздутия живота, затруднение при отхождении газов и стула, жалобы на тошноту, рвота и т.д.;

- стандартные клинико-функциональные исследования, УЗИ, рентген и др.;

- оценка качества жизни (КЖ).

Качество жизни оценивалось по общему опроснику здоровья Medical Outcomes Study - Short Form (MOS SF-36), адаптированному к русскоязычным и кыргызскоязычным респондентам и позволяющему оценить физический и психосоциальный компоненты КЖ в баллах (от 0 до 100). Чем выше значение показателя шкалы, тем лучше КЖ. Опрос проводился при поступлении и выписке из стационара, а также спустя 1 год после операции.

Этот опросник содержит 36 вопросов, охватывающих 8 основных характеристик здоровья, касающихся физического функционирования.

Критериями КЖ по SF-36 являются:

1. Физическая активность (ФА).
2. Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (РФ)
3. Боль (Б).
4. Общее здоровье (ОЗ).
5. Социальная активность (СА).
6. Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (РЭ).
7. Психическое здоровье (ПЗ).
8. Сравнение самочувствия с предыдущим годом (СС).

Нормативами показателей КЖ служат данные 250 здоровых респондентов Кыргызской Республики.

Статистическая обработка результатов осуществлена с применением прикладных программ «Statistic 6,0». Различия между сравниваемыми величинами считали статистически достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждения.

Анкетирование больных проведено только перед плановыми операциями, поэтому для получения статистически достаточного ряда показатели КЖ до операции не разделялись по группам, а взяты суммарно. Перед операцией больные оценивали свое здоровье как катастрофическое, все показатели КЖ были ниже критического уровня 60%, $P < 0,001$ (рис. 1).

Как видно из диаграммы, больные в последние 4 недели и дни отмечали резкое снижение физических (ФА

на 31%, РФ на 44,9%, ОЗ на 52,9%), социальных (СА на 41,6%), эмоциональных (РЭ на 51,1%, СС на 45,3%) и психических (ПЗ на 28,7%) составляющих своего здоровья. Они в большинстве своем были ограничены в физической активности из-за болей.

При выписке показатели качества жизни достоверно выросли в обеих группах по сравнению с предоперационным периодом на 15-45%. Прежде всего уменьшились боли и ограничения связанные с ними. Улучшились физические (ФА, РФ), эмоциональные (СА, РЭ) составляющие здоровья. Но больные продолжали неудовлетворительно оценивать общее (ОЗ) и психическое (ПЗ) здоровье. При сравнении показателей КЖ в группе Б, получавших физиопроцедуры в ранний восстановительный период, и группе сравнения (группа А) по всем показателям КЖ выявлена тенденция к лучшей динамике при использовании разработанного реабилитационного комплекса. Однако статистически достоверным было различие только показателей РЭ и ПЗ ($P < 0,05$). Пациенты, получавшие физиопроцедуры, чувствовали себя более спокойными, были более общительными.

Спустя год признаки спаечной болезни отмечены у 3 больных основной группы и 7 больных группы сравнения. Послеоперационная грыжа образовалась у 3 больных (группа сравнения). Визуально послеоперационные рубцы в основном были мягкими, не выступающими над поверхностью брюшной стенки. Однако у 3 больных контрольной группы, не получавших физиопроцедуры в ранний восстановительный период, позднее образовались грубые плотные рубцы, возвышающиеся над поверхностью кожи.

Боли в животе через год после операции отмечались у 5% больных основной группы и 17% больных группы сравнения. Такая же разница отмечалась при пальпации органов брюшной полости (у 13% основной группы и у 23% группы сравнения).

Качество жизни через год после проведенной операции достоверно улучшилось по сравнению с таковыми при выписке, особенно показатели СА, ОЗ, СС, хотя возрастной нормы не достигали (рис.2).

При сравнении показателей качества жизни у больных основной группы, получавших разработанный реабилитационный комплекс, все составляющие КЖ были более высокими, нежели у больных контрольной группы. В среднем КЖ у группы А через год после операции составило $73,1 \pm 1,6$ баллов, в у группы Б $78,2 \pm 1,4$, $P < 0,05$. Если рассматривать отдельно, то физические составляющие КЖ в группе Б почти достигли возрастной нормы, сдвиг ФА был - 6,0%, $P > 0,05$, сдвиг РФ был - 9,9%, $P < 0,05$, сдвиг ОЗ был более существенным - 14,9%, $P < 0,05$. В контрольной группе спустя год после операции все показатели физических составляющих не нормализовались, сдвиги составили от - 20,7% до -11,2% возрастной нормы, при чем показатель РФ был также достоверно ниже чем в основной группе, что доказывает эффективность проведенного раннего восстановительного лечения.

Показатели социальных, эмоциональных и психических составляющих КЖ также выросли за год в обеих группах, однако в основной группе более значительно (рис.3). При этом показатель ПЗ не отличался от возраст-

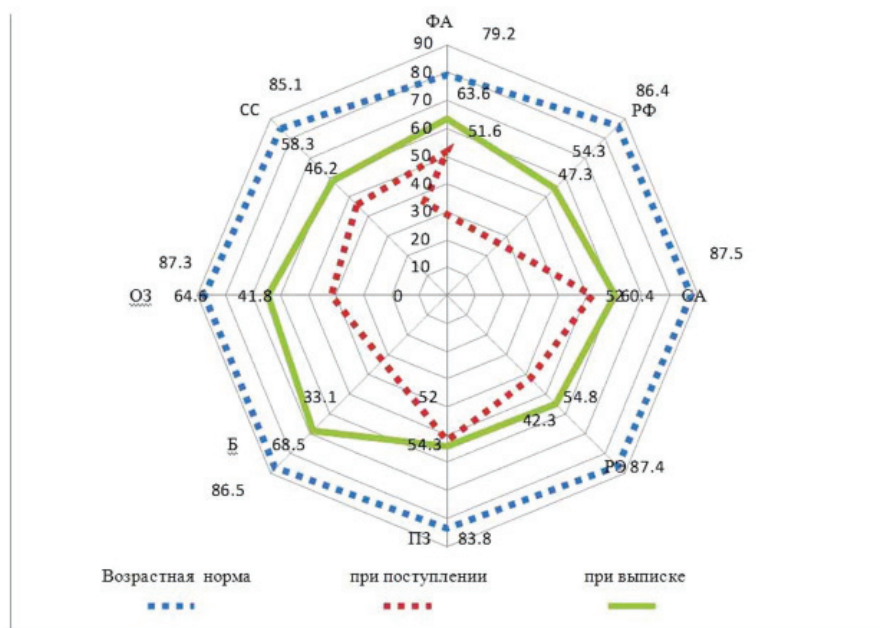
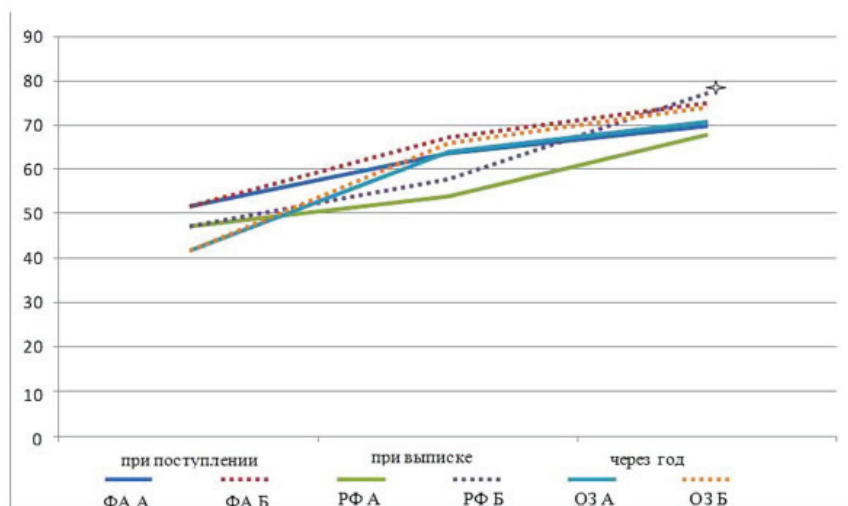
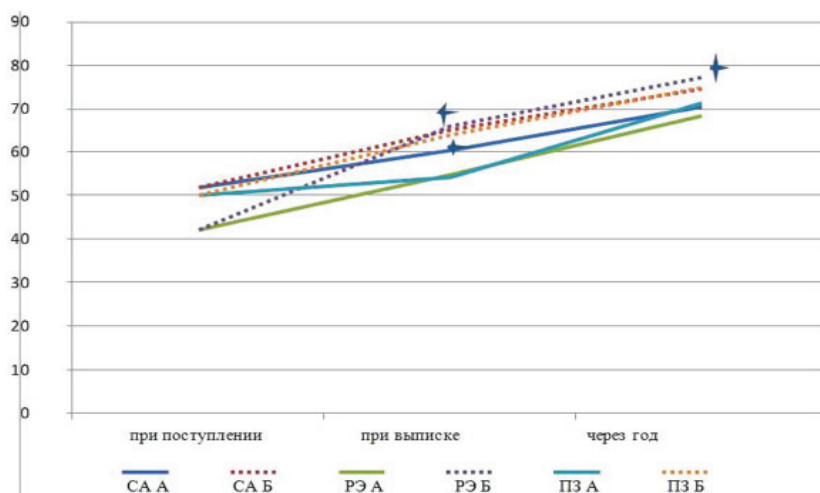


Рис.1. Показатели качества жизни у больных контрольной группы при поступлении и выписке



Примечание: звездочка – критерий различий с контрольной группой $p < 0,005$

Рис. 2. Динамика физических параметров качества жизни у больных основной и контрольной группы в ранний и поздний восстановительный период.



Примечание: звездочка – критерий различий с контрольной группой $p < 0,005$

Рис. 3. Динамика социальных, эмоциональных и психических составляющих КЖ у больных основной и контрольной группы в ранний и поздний восстановительный период.

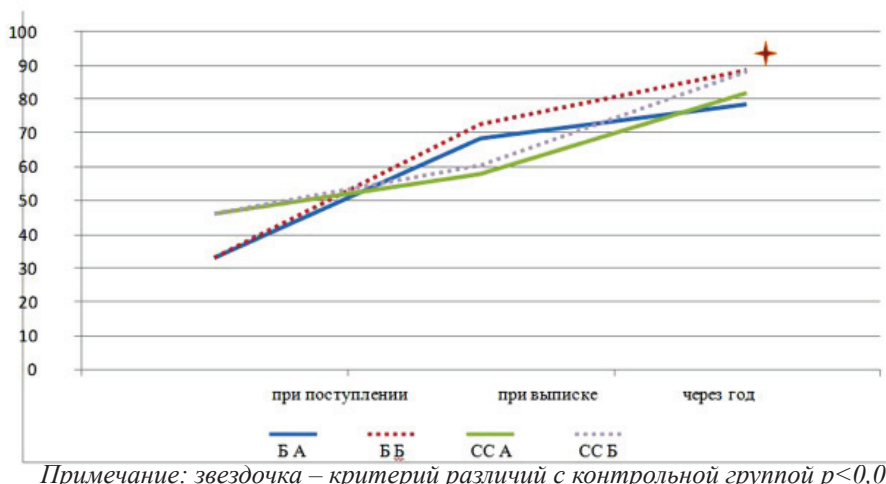


Рис. 4. Динамика показателей Б и СС, составляющих КЖ, у больных основной и контрольной группы в ранний и поздний восстановительный период.

ной нор-мы, а показатель социальной активности был ниже в группе А на - 16,3%, а в группе Б на -13,0%. Показатель РЭ также был ниже возрастной нормы в группе А на - 20,2%, а в группе Б на -14,5%. Различие между группой А и Б не достоверно, $P > 0,05$. Следует обратить внимания, что при выписке различие между показателями РЭ и ПЗ в основной и контрольной группой было достоверным, $P < 0,05$. По всей видимости, тогда имел место плацебо эффект, больные эмоционально и психически более позитивно прореагировали на дополнительную заботу.

То, что не все физические, социальные, психические и эмоциональные составляющие КЖ через год после операции пришли в норму, можно объяснить тем, что проведенные у части больных эктомические операции (резекции желудка, кишечника, холецистэктомии, удаление яичников и маточных труб), пластика брюшной стенки требуют вторичной профилактики, некоторых ограничений в диете и режиме, что ограничивают их физические, социальные, сексуальные и эмоциональные запросы. Это естественно. В то же время надо отметить значительных рост этих показателей по сравнению с исходным уровнем при поступлении в стационар.

При исследовании качества жизни выявлены также различия в оценке больными болевого синдрома и сравнения самочувствия с предыдущем годом (рис.4). Так в основной группе показатель Б не только пришел к возрастной норме, но и несколько превысил ее (на +1,3%, $p > 0,05$), достоверно отличаясь, от контрольной группы (-10,4%). Это очень важный момент, так как боль не только показатель не полного выздоровления, но и причины новых психических и соматических заболеваний. За год произошел существенный рост показателя СС, и это естественно вытекает из сущности самого показателя, в то же время надо отметить что в основной группе он вырос более существенно (разница 6,7%).

Выводы:

Реабилитационный комплекс включающий, кроме ухода за операционной раной, режима, диеты, лечебной физкультуры, аналогичных группе сравнения: воздействие низкоинтенсивными импульсными электростатическими полями, рефлексотерапия электромагнитными

полями крайне высокой частоты, назначенный в раннем восстановительном периоде после лапаротомических операций, приводит к улучшению физических, эмоциональных и психических составляющих качества жизни больных.

Литература:

1. Борисов А. Е. Ошибки, осложнения и летальность у больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости/А. Е. Борисов [и др.]. -СПб., 2000. -162 с.
2. Banz VM, Jakob SM, Inderbitzin D. Improving outcome after major surgery: pathophysiological considerations // *Anesth. Analg.* 2010 Aug 24.
3. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // *Br. J. Anaesth.* 1997;78(5):606–617.
4. Белов Г.В. Тюлюлова А.К. Физиологические и патофизиологические основы применения физиотерапевтических методик в ранний реабилитационный период // *Медицина Кыргызстана.* -2010. -№5. – С.29-30
5. Does physiotherapist-guided pelvic floor muscle training increase the quality of life in patients after radical prostatectomy? A randomized clinical study / Nilssen SR, Mørkved S, Overgård M, Lydersen S, Angelsen A. // *Scand J Urol Nephrol.* 2012 Dec;46(6):397-404.
6. The effects of short-term preoperative physical therapy and education on early functional recovery of patients younger than 70 undergoing total hip arthro-plasty / Vukomanović A, Popović Z, Durović A, Krstić L. // *Vojnosanit Pregl.* 2008 Apr; 65(4):291-7.
7. Effectiveness of prolonged use of continuous passive motion (CPM) as an adjunct to physiotherapy following total knee arthroplasty: design of a random-ised controlled trial [ISRCTN85759656] / Lenssen AF, Crijns YH, Waltjé EM, Roos GM, van Steyn MJ, Geesink RJ, van den Brandt PA, de Bie RA. // *BMC Musculoskelet Disord.* 2006 Feb 23; 7:15.
8. The efficacy of a short education program and a short physiotherapy program for treating low back pain in primary care: a cluster randomized trial / Alba-ladejo C, Kovacs FM, Royuela A, del Pino R, Zamora J. // *Spanish Back Pain Re-*

search Network. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2010 Mar 1; 35(5):483-96.

9. Пономаренко Т.П., Электроакупунктурная стимуляции в лечении после-операционных нарушений функции мотор-эвакуаторной желудка и кишечника / Пономаренко Т.П., Хакимов С.А., Державина И.Н., Белицкая Р.А. // *Анестезиология и реаниматология*. 1992. №2. С.67-70

10. Уметалиев Ю.К., Белов Г.В. Использование импульсного низкочастотного электростатического поля в восстановительном периоде после обширных операция на брюшной полости // *Медицина Кыргызстана*, 2009, №1.- С. 35.

11. *Randomised clinical trial of physiotherapy after open abdominal surgery in high risk patients* / Mackay MR, Ellis E, Johnston C. // *Aust J Physiother*. 2005;51(3):151-9.

12. *Effects of physiotherapy on pain and functional activities after cesarean delivery* / Çıtak Karakaya İ, Yüksel İ, Akbayrak T, Demirtürk F, Karakaya MG, Ozyüncü Ö, Bektaş S. // *Arch Gynecol Obstet*. 2012 Mar;285(3):621-7.

13. *Здоровье здорового человека (Научные основы восстановительной медицины) [Текст]* / Под ред. акад. А.Н. Разумова, акад. В.И. Покровского. - Москва, 2008. 544с.

14. Жерлов Г.К., Ефименко Н.А., Беляев Л.Б. и др. Пути улучшения качества жизни пациентов после гастрэктомии и субтотальной дистальной резекции желудка // *Клин. медицина*. 2000. N 3. С. 66-6

15. *A randomized comparison of post-operative pain, quality of life, and physical performance during the first 6 weeks after abdominal or vaginal surgical correction of descensus uteri*. / Roovers JP, van der Bom JG, van der Vaart CH, et al. // *NeurourolUrodyn*. 2005;24(4):334-40.

ХРОНИЧЕСКИЙ КАРДИОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ В СОЧЕТАНИИ С ХОБЛ

Джуматаева А., Турузбекова Б., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р.

Национальный Центр Кардиологии и Терапии имени академика Мирсаида Миррахимова

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для оценки взаимосвязи между снижением систолической функции левого желудочка (ЛЖ) и фильтрационной функции почек в зависимости от наличия или отсутствия хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) были обследованы 60 пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Выявлено, что у пациентов ХСН с ХОБЛ размеры ЛЖ были значительно больше, чем у больных ХСН без ХОБЛ, что сопровождалось также более выраженным снижением сократительной способности миокарда ЛЖ и нарушением фильтрационной функции почек.

Ключевые слова: хроническая сердечная недостаточность, хроническая обструктивная болезнь легких, левый желудочек, фракция выброса, креатинин, скорость клубочковой фильтрации.

ӨПКӨНҮН ӨНӨКӨТ ОБСТРУКТИВДҮҮ ООРУСУ МЕНЕН КОШТОЛГОН ӨНӨКӨТ КАРДИОРЕНАЛДУУ СИНДРОМ

Джуматаева А., Турузбекова Б., Леонтьева Н., Калиев Р.Р.

Академик Мирсаид Миррахимов атындагы кардиология жана терапия Улуттук борбору

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусунун бар же жок экендигине жараша бөйрөктүн чыпкалоочу иши жана сол карынчанын систоликалык функциясынын начарлоосунун ортосундагы өз ара байланышка баа берүү үчүн өнөкөт жүрөк кемтиги менен ооруган 60 бейтап изилдөөгө алынды. Изилдөөнүн жыйынтыгында өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу коштогон өнөкөт жүрөк кемтиги менен ооруган бейтаптардын сол карынчаларынын көлөмү өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу коштобогон өнөкөт жүрөк кемтиги менен ооругандардыкына караганда бир топ чоң экендиги, ошондой эле сол карынчанын миокардынын жыйрылтуучу мүмкүнчүлүгү абдан эле начар жана бөйрөктөрдүн чыпкалоочу иштери бузулгандыгы аныкталды.

Негизги сөздөр: өнөкөт жүрөк кемтиги, өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу, сол карынча, чыгаруу фракциясы, креатинин, түйдөк баш чыпкалоонун ылдамдыгы.

CHRONIC CARDIO-RENAL SYNDROME AND COPD

Jumataeva A., Turuzbekova B., Leontieva N.S., Kaliev R.R.

National Center of Cardiology and Therapy Academician Mirsaid Mirrahimov

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. To assess the relationship between the decrease in systolic function of the left ventricle (LV) and glomerular filtration rate, depending on the presence or absence of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) which were examined in 60 patients with chronic heart failure (CHF) and found that patients with CHF and COPD the size of LV were significantly higher than in patients with CHF without COPD, which was accompanied by decrease in LV myocardial contractility and impaired glomerular filtration rate.

Key words: chronic heart failure, chronic obstructive pulmonary disease, left ventricular, ejection fraction, creatinine, and glomerular filtration rate.

Около 50% больных хронической сердечной недостаточностью (ХСН) страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) [1]. Наличие ХОБЛ у больного повышает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2-3 раза [2]. Кардиоваскулярные заболевания у больных хронической болезнью почек (ХБП) представляют серьезную проблему, которая длительное время недооценивалась [3, 4]. Малоизученными остаются и нефрологические аспекты патологии легких. По данным отдельных исследований негативное влияние ХОБЛ на почки реализуется через системные воспалительные реакции, прогрессирующие газовые расстройства, тканевую гипоксию и изменения гемодинамики [5].

Для оценки сократительной способности миокарда левого желудочка (ЛЖ) наиболее часто используется эхокардиографическое (ЭхоКГ) исследование. Это обусловлено, прежде всего, неинвазивным характером исследования, отсутствием ионизирующей

радиации, быстротой выполнения, доступностью и широким распространением. Поэтому в соответствии с современными рекомендациями Европейского общества кардиологов именно ЭхоКГ считается методом выбора для оценки фракции выброса (ФВ) ЛЖ [6].

Целью нашего исследования явилась оценка функционального состояния почек и морфо-функциональных параметров левого желудочка у больных с хронической сердечной недостаточностью с наличием или отсутствием хронической обструктивной болезни легких.

Материалы и методы исследования.

Нами обследованы 60 пациентов (35 мужчин, 25 женщин) с коронарной болезнью сердца, осложненной ХСН, средний возраст которых составил $67,9 \pm 8,7$ лет. Диагноз ХОБЛ устанавливался согласно классификации GOLD [7]. Все больные находились на стационарном лечении в отделении острого инфаркта миокарда

Национального Центра кардиологии и терапии имени Академика Мирсаида Миррахимова и получали стандартную терапию основного заболевания и осложнений.

Критериями исключения были: 1) возраст больных менее 45 и более 80 лет; 2) ХБП V стадии; 3) наличие сахарного диабета; 4) наличие системного заболевания соединительной ткани; 5) наличие тяжелой дыхательной недостаточности III степени.

В табл. 1 представлена характеристика обследуемых больных.

Всем пациентам измеряли артериальное давление методом Короткова. У больных была взята кровь из локтевой вены для определения сывороточного креатинина. Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле СКД-ЕРІ [8]. Также всем пациентам выполнялись электрокардиография и ЭхоКГ по стандартным методикам. По ЭхоКГ определяли: конечно-систолический размер (КСР), конечно-диастолический размер (КДР) и фракцию выброса ЛЖ. По формуле R. V. Devereux [9] была рассчитана масса миокарда ЛЖ (ММЛЖ):

$$MM = [1,04 \times (KDP + MJP + 3CLJ)^3 - (KDP)^3] + 13,6.$$

Индекс массы миокарда левого желудочка (ИММ ЛЖ) измеряли как отношение ММ к площади поверхности тела.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи программы STATISTICA 8 и пакета стандартных статистических программ. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. В качестве достоверного использовали уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждения.

В зависимости от наличия ХОБЛ все больные были разделены на две группы:

- в I группу вошли 30 пациентов с ХСН+ХОБЛ,
- во II группу – 30 человек с ХСН без ХОБЛ.

Результатом исследования PRIME II является утверждение, что СКФ является независимым предиктором общей и сердечно-сосудистой смертности, даже более сильным, чем функциональный класс СН и ФВ ЛЖ [10]. Нами были проанализированы показатели уровня креатинина, а также фильтрационной функции почек (СКФ) у больных обеих групп, которые отражены в табл. 2.

В I группе по сравнению со II группой отмечалось большее значение уровня креатинина сыворотки крови ($95,4 \pm 19,2$ мкмоль/л против $86,5 \pm 9,4$ мкмоль/л соответственно), а также более низкие показатели СКФ ($69,5 \pm 13,9$ мл/мин/1,73м² против $72,1 \pm 15,1$ мл/мин/1,73м² соответственно), хотя различия были недостоверными.

Размеры полости и стенок ЛЖ у обследованных больных отражены в табл. 3.

Известно, что наиболее характерным признаком ХСН является дилатация полости ЛЖ. Увеличение объема полости ЛЖ сопряжены с повышенным риском развития ХСН и смерти [11]. Следовательно, размеры полости ЛЖ можно рассматривать как мощный независимый предиктор развития ХСН. Как видно из данных, приведенных в табл. 3, у больных группы I отмечались достоверно большие размеры полости ЛЖ по сравнению с пациентами группы II как в период систолы ($4,2 \pm 1,17$ см, против $3,5 \pm 0,59$ см, $p < 0,006$), так и диастолы ($5,73 \pm 1,02$ см против $5,23 \pm 0,52$ см, $p < 0,02$), что подчеркивает тяжесть

Таблица 1
Характеристика больных с ХСН

Параметр	Число больных	
	1 Группа абс. (%)	2 Группа абс. (%)
Всего пациентов	30	30
мужчины	22 (73,3%)	13 (43,3%)
женщины	8 (26,7%)	17 (56,7%)
Число больных со средне-тяжелым/тяжелым ХОБЛ	15/15	-
СН ФК (NYHA)		
II	7 (23,3%)	11 (36,7%)
III	17 (56,7%)	18 (60%)
IV	6 (20%)	1 (3,3%)
САД	$143,8 \pm 27,4$	$147,8 \pm 25,4$
ДАД	$86,8 \pm 13,9$	$88,1 \pm 12,4$
ЧСС	$86,4 \pm 25,7$	$75,1 \pm 11,9$

Таблица 2
Показатели креатинина сыворотки крови и СКФ у больных ХСН

Показатель	Группа I, n = 39	Группа II, n = 45	p <
Креатинин сыворотки крови (мкмоль/л)	$95,4 \pm 19,2$	$86,5 \pm 9,4$	н/д
СКФ, мл/мин/1,73м ²	$69,5 \pm 13,9$	$72,1 \pm 15,1$	н/д

Таблица 3
Размеры миокарда и полости ЛЖ у больных ХСН

Показатели	I Группа, n = 30	II Группа, n = 30	p <
КСР, см	4,2 ± 1,17	3,5 ± 0,59	0,006
КДР, см	5,73 ± 1,02	5,23 ± 0,52	0,02
ММ ЛЖ, г	335,4 ± 138,3	271,1 ± 63,3	0,03
ИММ ЛЖ, г/м ²	181,7 ± 79,4	151,2 ± 37,1	0,05

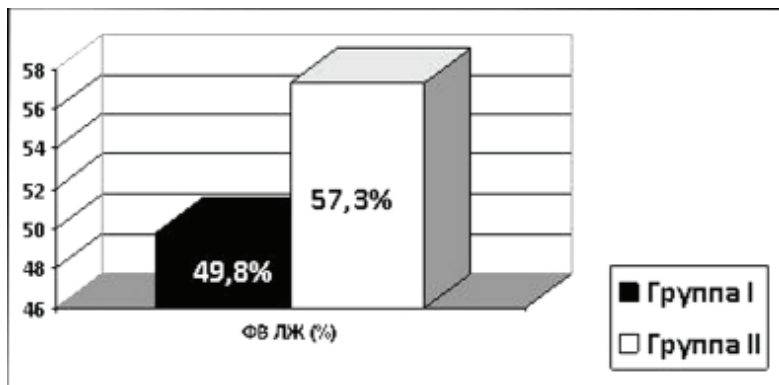


Диаграмма 1. Фракция выброса у обследованных больных

состояния больных с ХБП в сочетании с ХОБЛ. Также у больных ХСН при сочетании с ХОБЛ в отличие от ХСН без ХОБЛ определялись увеличенные показатели ММЛЖ (335,4 ± 138,3 г против 271,1 ± 63,3 г), а также ИММ ЛЖ (181,7 ± 79,4 г/м² против 151,2 ± 37,1 г/м², p < 0,05).

Анализируя сократительную способность миокарда (диаграмма 1) отмечено, что у больных ХСН в сочетании с ХОБЛ она была ощутимо хуже, чем у пациентов с ХСН без ХОБЛ (49,8 ± 13,41% против 57,3±10,3% соответственно, p < 0,02).

Определение ФВ ЛЖ имеет важное клиническое значение, поскольку позволяет выявить больных с систолической дисфункцией ЛЖ. В исследовании В.Ф. Palmer, W.L. Henrich систолическая дисфункция ЛЖ являлась ведущим патогенетическим механизмом развития сердечной недостаточности у 53 % лиц с ХСН при наличии нарушенной фильтрационной функции почек [12].

Таким образом, на основании вышеизложенного сделаны следующие выводы:

1. Среди пациентов ХСН при наличии ХОБЛ, в сравнении с больными с нормальными показателями функции внешнего дыхания, отмечается тенденция к более выраженным нарушениям фильтрационной функции почек.

2. У больных с ХСН в сочетании с ХОБЛ в отличие от пациентов ХСН без ХОБЛ выявлялись значительно большие размеры полости ЛЖ как в период систолы, так и диастолы, что подчеркивало тяжесть ХСН, тем самым ухудшая прогноз пациентов.

3. Установлено, что сократительная способность миокарда (ФВ) была достоверно ниже в группе больных ХСН с ХОБЛ в сравнении с изолированной ХСН.

Литература:

1. Hole D.Y., Watt G.C., Davery-Smith G. et al.// *BMJ*.

– 1996. – Vol. 313. – P. 711-775

2. Sin D.D., Man S.F.// *Circulation*. – 2003. – Vol. 107. – P. 1514-1519.

3. Campell R.C., Sui X. et al. Association of chronic kidney disease with outcomes in chronic heart failure: a propensity-matched study// *Nephrol. Dial. Transplant*. 2009; 24 (1): 186-193.

4. Barkis G., Ritz E. The message for world kidney day 2009: hypertension and kidney disease: a marriage that should be prevented// *Kidney Int*. 2009; 75: 449-452.

5. Чернеховская Н.Е., Федорова Т.А., Андреев В.Г. и др. Системная патология при хронической обструктивной болезни легких. – М.: Экономика и информатика, 2005. – 192с.

6. Сидоренко Б.А., Алехин М.Н. Современные подходы к эхокардиографической оценке систолической функции сердца// *Кардиология* 2007; 7: 4-12.

7. Vestbo J, Hurd SS, Rodriguez-Roisin R. The 2011 revision of the global strategy for the diagnosis, management and prevention of COPD (GOLD) – why and what? *Clin Respir J* 2012; 6: 208–14.

8. Kilbride H.S., Stevens P.E., Eaglestone G. et al. Accuracy of the MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) study and CKD-EPI (CKD Epidemiology Collaboration) equations for estimation of GFR in the elderly *Am. J. Kidney Dis*. — 2013 Jan. — 61(1). — 57-66.

9. Devereux R. B., Alonso D. R., Lutas E. M., et al. // *Am. J. Cardiol*. – 1986. – Vol. 57. – P. 450–458.

10. Hampton G. R. PRIME II (Second Prospective Randomized Study of Ibuprofen on Mortality and Efficacy): another disappointment in heart failure therapy// *Eur. Heart J*. 1997; 18 (10): 1519-1520.

11. Фролова Э.Б., Яушев М.Ф. Современное представление о хронической сердечной недостаточности// *Вестник современной клинической медицины* 2013; 6 (2): 87-93.

12. Дядык А.И., Канелла Дж., Багрий А.Э. и др. Гипертрофия левого желудочка сердца у больных с хронической почечной недостаточностью// *Укр. кардиол. журн*. 2000; 3: 81-87.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА С ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ

Ким Т.М., Артыкбаева А.К.

Международный Университет Кыргызстана
Международная Высшая Школа Медицины
Кыргызско-Российский Славянский Университет
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены эпидемиология туберкулеза в мире, Кыргызстане; вопросы туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, использование новых методов диагностики туберкулеза, таких как Xpert MTB/RIF, который выявляет микобактерии туберкулеза, а также мутации, указывающие на устойчивость к рифампицину в течение нескольких часов, что позволяет поставить правильный диагноз в ранние сроки.

Ключевые слова: туберкулез, множественная лекарственная устойчивость, микобактерия туберкулеза, Xpert MTB/RIF.

ДАРЫ-ДАРМЕК ТУРУКТУУЛУГУН КАМТЫГАН КУРГАК УЧУКТУ ДИАГНОСТИКАЛООСУНДАГЫ ЖАҢЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Ким Т.М., Артыкбаева А.К.

Кыргыз Эл-аралык Университети
Медициналык Эл-аралык Жогорку Мектеби
Кыргыз-Россия Славян Университети
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Берилген жумушта Кыргызстандагы жана дүйнөдөгү көптөгөн дары-дармектерге туруктуулугу менен белгилүү болгон кургак учуктун эпидемиологиясы; ошондой эле эрте мөөнөттөрдө дарганы туура аныктоо ыкма мүмкүнчүлүктөрү берилген. Ал ыкма - Xpert MTB/RIF кургак учукту чакыруучу микобактериялар, ошондой эле алардын мутанттары рифампицин даарысына туруктуу экенин бир канча саатта эле көрсөтүп, тез арада туура диагноз коюуга шарт түзөт.

Негизги сөздөр: кургак учук, көптөгөн дары-дармек туруктуулугу, кургак учуктун микобактериясы, Xpert MTB/RIF

NEW TECHNOLOGIES IN DIAGNOSTICS OF DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Kim T.M., Artykbaeva A.K.

International University of Kyrgyzstan
International School of Medicine
Kyrgyz-Russian Slavic University
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. It is an article about the epidemiology of multidrug-resistant TB (MDR-TB) in the world, Kyrgyzstan. Increased use of new diagnostics such as Xpert MTB / RIF is ensuring that significantly more TB, which detects Mycobacterium tuberculosis, as well as mutations, indicating rifampicin resistance during few hours and correctly diagnosed in early terms.

Key words: tuberculosis, Mycobacterium tuberculosis, multidrug-resistant TB, Xpert MTB/RIF.

Туберкулез и в наши дни продолжает оставаться серьезной проблемой здравоохранения во многих странах мира.

По оценочным данным Всемирной Организации Здравоохранения, одна треть всего населения мира инфицирована бациллой туберкулеза (ТБ). В 2012 году по оценкам, 8,6 млн человек заболели туберкулезом, а 1,3 млн — умерли от этой болезни (в том числе 320 000 ВИЧ-инфицированных людей), 450 000 человек заболели туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и 170 000 человек умерли от МЛУ-ТБ. Одной из основных угроз эффективности мероприятий в глобальной борьбе с туберкулезом, является распространение туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛУ). Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, когда определена устойчивость МБТ по крайней мере к двум наиболее эффективным противотуберкулезным препаратам первого ряда - рифампицину и изониазиду, зарегистрирован практически во всех странах.

В глобальном масштабе в 2012 году данные

обследований лекарственной устойчивости и непрерывного эпиднадзора случаев ТБ, по которым поступили уведомления, говорят о том, что МЛУ-ТБ наблюдался в 3,6% вновь диагностированных случаев ТБ и в 20% случаев с предшествующим лечением ТБ. Самые высокие уровни МЛУ-ТБ наблюдались в Восточной Европе и Центральной Азии, где в некоторых странах более 20% вновь выявленных случаев ТБ и более 50% ранее пролеченных случаев ТБ имели МЛУ-ТБ [1].

Ситуация по туберкулезу в Кыргызской Республике (КР) также остается напряженной. В настоящее время вызывает тревогу рост числа случаев МЛУ-ТБ, особенно среди впервые выявленных больных. По данным Национальной референс-лаборатории Национального центра фтизиатрии, выявление мультирезистентных штаммов микобактерий туберкулеза (МБТ) с первичной лекарственной устойчивостью с 1997 по 2010 г. возросло с 8,8 до 20,2%, а с приобретенной лекарственной устойчивостью - с 30,9 до 63,2%. Таким образом, Кыргызстан входит в число первых девяти стран в мире с показателями МЛУ-ТБ, превышающими 12% среди

впервые выявленных больных туберкулезом, и первых шести стран с показателями, превышающими 50% среди ранее леченных больных туберкулезом, расположенных в Европейском регионе ВОЗ [2].

Данные литературы свидетельствуют, что проблеме лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза посвящены многочисленные исследования. В основе развития лекарственной устойчивости МБТ лежат спонтанные генные мутации, вследствие нарушений таких принципов химиотерапии туберкулеза, как недостаточная длительность, непрерывность, применение оптимальной комбинации наиболее эффективных препаратов. Это естественное биологическое явление становится клинической, организационной и экономической проблемой национального и всемирного масштаба [3,4,5,6].

Накопление в популяции неэффективно пролеченных в силу различных причин больных, продолжающих выделять МБТ, становится особым фактором, поддерживающим распространение эпидемии, вызываемого лекарственно-устойчивыми МБТ туберкулеза, причем фактор этот гораздо более значителен по своему влиянию на эпидемическую обстановку, чем спонтанные мутации МБТ [7,8].

Лекарственная устойчивость МБТ лишает здравоохранение наиболее эффективного средства борьбы с распространением туберкулеза—химиотерапии, основанной на использовании наиболее эффективных противотуберкулезных препаратов, а это многократно увеличивает стоимость и длительность лечения [9,10].

Особое внимание привлекает проблема первичной лекарственной устойчивости, которая обусловлена циркуляцией подобных штаммов МБТ среди населения и угрожает эффективности наиболее важного звена лечения туберкулеза - лечению впервые диагностированных больных - даже в условиях контролируемой терапии [11].

Понимание механизмов формирования лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза дает возможность разрабатывать новые ускоренные методы молекулярной диагностики, создавать новые противотуберкулезные препараты, способствовать осуществлению мер профилактики развития устойчивости.

В настоящее время нет единого универсального метода определения лекарственной чувствительности (ЛЧ) МБТ. Все методы определения ЛЧ можно разделить на две группы: фенотипические (культуральные методы с использованием плотных и жидких питательных сред) и генотипические (молекулярно-генетические методы). Различие между ними состоит в выявлении лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам на основе генетической природы такой устойчивости либо независимо от нее [12].

Не так давно была разработана автоматизированная тест-система Xpert® MTB/RIF test (GeneXpert, Cepheid, Саннивейл, штат Калифорния, США), использующая метод полимеразной цепной реакции. Она была запущена в эксплуатацию в 2004г. Xpert MTB/RIF выявляет

микобактерии туберкулеза, а также мутации, указывающие на устойчивость к рифампицину, используя три особых праймера и пять уникальных молекулярных зондов менее чем за 2 часа [13].

После одобрения в сентябре 2010 г. диагностического теста Xpert MTB/RIF консультативной группой ВОЗ по стратегии и техническим вопросам, связанным с ТБ, Всемирная организация здравоохранения активно поддерживала крупномасштабное внедрение его в практику. Система имеет 4 модуля и способна проводить 15-20 тестов в течение одного рабочего дня. Использование Xpert MTB/RIF значительно повышает выявление случаев ТБ (приблизительно на 30%), когда используется в качестве замены и добавочного теста для микроскопии. Текущие расходы на Xpert MTB/RIF превышают расходы по микроскопии, но оказываются меньшими в сравнении со стоимостью проведения посевов и ТЛЧ.

Метод обеспечивает высокую чувствительность и специфичность. Однократный тест мокроты на Xpert MTB/RIF обладает чувствительностью 99% при выявлении ТБ у БК(+) пациентов и 80% при БК(-), общая чувствительность составляет 92,2% (с применением культуры в качестве золотого стандарта), в то время как однократная микроскопия мазка мокроты обладает чувствительностью только 59,5%. Высокая чувствительность Xpert MTB/RIF предоставляет дополнительную, а иногда и единственную возможность для исключения заболевания у пациентов с подозрением на ТБ с отрицательным результатом микроскопии мазка мокроты и в случае ТБ с внелегочной локализацией процесса [14].

При использовании Xpert MTB/RIF для выявления устойчивости к рифампицину по результатам ряда исследований совокупная чувствительность Xpert MTB/RIF составляет 95% (17 исследований, 555/2624 суммарных образцов), а совокупная специфичность – 98% (24 исследования, 2414 образцов).

В странах с высоким бременем МЛУ ТБ, устойчивость к рифампицину является надежным маркером МЛУ ТБ. Это означает, что подавляющее большинство устойчивых к рифампицину случаев будут также устойчивы к изониазиду, что позволяет классифицировать их как МЛУ ТБ.

С октября 2011 г. по сентябрь 2013 г. в лечебно-профилактических организациях КР на различных уровнях оказания медицинской помощи было проведено 3 829 исследований на тест-системе Xpert MTB/RIF на базе платформы GeneXpertDxSystem с прибором GX-IV R2. Применение теста Xpert MTB/RIF подтверждает его более высокую чувствительность по сравнению с прямой микроскопией мокроты, данный вид выявления ТБ и лекарственной устойчивости возбудителя должен устанавливаться в наиболее доступных для пациента лечебно-профилактических учреждениях, и учитывая его стоимость, необходимо придерживаться строгого отбора пациентов с подозрением на ТБ, с особым вниманием на оценку рисков по МЛУ ТБ [15].

Прогресс, достигнутый в области молекулярной технологии с появлением таких тест-систем, как Xpert MTB/RIF, эксплуатация которых не требует создания особых условий внешней среды, сулит огромные

ожидаемые выгоды в плане совершенствования диагностики ТБ и характеристики МЛУ - ТБ. Мы вправе надеяться на то, что уже в недалеком будущем связанные с этим тестом ограничения будут преодолены, и появится возможность применять эту новую технологию даже в самых отдаленных районах, которые ощущают на себе основное бремя болезни [16].

Литература:

1. ВОЗ. Доклад о глобальной борьбе с туберкулезом за 2013 год / ВОЗ. - Женева, 2013. - 213 с.
2. Исакова Ж.Т., Мокроусов И.В., Растоги Н. и др. Генетическая структура и лекарственная устойчивость популяции *Mycobacterium Tuberculosis* в гражданском секторе Кыргызской Республики // Туберкулез и болезни легких. - 2014. - № 4. - С. 54-58.
3. Snider D., Castro K. The global threat of drug-resistant tuberculosis // *N. Engl. J. Med.* - 1998.- Vol. 338, № 23. - P. 1689-1690.
4. Jacoby G.A., Archer G.L. New Mechanisms of Bacterial Resistance to Antimicrobial Agents // *N. Engl. J. Med.* -1991. - Vol. 324. - P. 601-612.
5. Frieden T., Sterling T., Pablos-Méndez A. et al.] The emergence of drug-resistant tuberculosis in New York City // *N. Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 328 - P. 521-526.
6. Goble M., Iseman M.D., Madsen L.A. et al Treatment of 171 patients with pulmonary tuberculosis resistant to isoniazid and rifampin // *N. Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 328(8) - P. 527-532.
7. Dye C., Maher D., Weil D. et al. // *M. Int. J. Tuberc. Lung Dis.* - 2006.-Vol. 10(4). - P. 460-462.
8. Жукова М.П. Распространенность лекарственно устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза среди больных туберкулезом бактериовыделителей // *Проблемы туберкулеза.* - 1998. - № 1. - С. 14-16.
9. Соколова Г.Б. Индивидуализированная химиотерапия туберкулеза легких // *Лечащий врач.* - 2001. - № 1. - С. 22-26.
10. Farmer P. E., Kim J. Y. Community based approaches to the control of multidrug resistant tuberculosis: introducing «DOTS-plus» // *Br. Med. J.* 1998.-Vol. 317.-P. 671-674.
11. Казенный Б.Я. Клиническое и эпидемиологическое значение первичной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.26 / Б.Я. Казенный. - М., 2004. - 28 с.
12. Белоусова К.В. Характеристика клинически значимых биологических свойств возбудителя туберкулеза, выделенного из резецированных участков легких больных туберкулезом: дис. ...канд. биол. наук: 03.02.03 / К.В. Белоусова - Екатеринбург, 2013. - 148 с.
13. WHO. Global tuberculosis control / WHO. - Geneva, 2011. - 258 p.
14. Hillemann D., Rusch-Gerdes S., Boehme C. et al. Rapid molecular detection of extrapulmonary tuberculosis by the automated GeneXpert MTB/RIF system // *J. Clin. Microbiol.* - 2011. - Vol. 49. - P. 1202-1205.
15. Адамбекова А.Д., Адамбеков Д.А., Литвинов В.И. Тест XPERT MTB/RIF для диагностики туберкулеза и устойчивости к рифампицину - результаты внедрения в Кыргызской Республике // *Туберкулез и болезни легких.* - 2014. - № 1. - С. 34-36.
16. Trébucq A., Enarson D.A., Chiang C.Y. et al. A. Xpert® MTB/RIF for national tuberculosis programmes in low-income countries: when, where and how? / *Int J Tuberc Lung Dis.* - 2011. - Dec;15(12). - P.1567-1572.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

Оморов Т.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Городская клиническая больница № 1
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Представлено течение послеоперационного периода у двух групп больных: в первую группу включены пациенты, проживающие в г. Бишкек (52 чел.) и во вторую группу вошли оперированные (64 чел); проживающие в условиях высокогорья (Нарынская область). В оценке результатов использованы клинические показатели (сроки нормализации температуры, исчезновение болевого синдрома, частота осложнений, сроки стационарного лечения), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и эхоморфометрия ран. Анализ полученных результатов исследования показал, что частота осложнений в группе больных, проживающих в г. Бишкек составил 3,8 %, а у лиц, проживающих в условиях высокогорья 7,8 %, различия эти достоверны ($P < 0,05$). Наблюдения за показателями эхоморфометрии в различные сроки после операции позволило установить, что зона инфильтрации у больных высокогорья на 3 сутки достоверно выше, чем у лиц г. Бишкек (соответственно $3,8 \pm 0,07$ и $3,1 \pm 0,05$ см) и на 5 сутки значительно быстрее уменьшается зона инфильтрации у больных, проживающих в г. Бишкек.

Ключевые слова: Высокогорье, среднегорье, желчный пузырь, воспаление, операция, осложнение.

ТООЛУУ АЙМАКТА ЖАШАГАН БЕЙТАПТАРДЫН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ МӨӨНӨТҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Оморов Т.Б.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№ 1 Шаардык клиникалык ооруканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бейтаптардын операциядан кийинки мөөнөтүнүн өтүшү эки тайпага бөлүнүп көрсөтүлгөн: биринчи тайпага Бишкек шаарында жашаган бейтаптар киргизилген (52 адам) жана экинчи тайпага тоолуу аймакта жашап операция болгон бейтаптар кирген. Жыйынтыктарды кароодо клиникалык көрсөткүчтөр каралган (температурасынын нормалдоосу, ооруксунуу симптомунун жок болуусу, кабылдоолордун саны, стационардык дарылоо күндөрүнүн узактыгы), ички органдарды ультра дабыштык изилдөө жана жарааттын эхоморфометриясы. Жыйынтыктардан алынган анализдеринде көрсөтүлгөндөй, кабылдоонун жыштыгы Бишкек шаарында жашаган бейтаптардын кабылдоолору 3,8 % түзсө, ал эми тоолуу аймакта жашаган операция болгон бейтаптардыкы 7,8 % түзгөн ал айырмачылыктар так тастыкталган ($P < 0,05$). Ал эми операциядан кийинки ар кандай маалдагы эхоморфометриялык көрсөткүчтөрдө байкалгандай, жарааттын инфильтрация чеги тоолуу аймактагы бейтаптардыкы, Бишкек шаардагы бейтаптардыкынан 3 суткага узагыраак (айкалуусу $3,8 \pm 0,07$ жана $3,1 \pm 0,05$ см) жана 5 суткада Бишкек шаарында жашаган бейтаптардыкы инфильтрация чеги тезирээк азаят.

Негизги сөздөр: тоолуу аймактар, орточо тоолуу аймактагылар, от баштыкчасы, сезгенүү, операция кабылдоолор.

FEATURES POSTOPERATIVE PERIOD IN PATIENTS LIVING IN HIGH

Omorov T.B.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republic clinical hospital №1
Bishkek city, Kyrgyz Republic

Resume. Presented during the postoperative period in two groups of patients: the first group included patients living in Bishkek (52 pers.) And the second group consisted operated (64 people); living at high altitudes (Naryn region). In evaluating the results of clinical parameters used (to temperature normalization, disappearance of pain, complication rates, timing of hospital treatment), ultrasound examination of the abdomen and ehomorfometriya wounds. Analysis of the results of the study showed that the incidence of complications in patients living in Bishkek was 3.8%, while those living in high altitudes of 7.8%, these differences were significant ($P < 0.05$). Monitor the performance ehomorfometrii at different times after the operation revealed that the area of infiltration in patients with high mountains on day 3 was significantly higher than in those Bishkek (respectively $3,8 \pm 0,07$ and $3,1 \pm 0,05$ cm) 5 day significantly decreases rapidly zone infiltration in patients living in Bishkek.

Key words: Highlands midlands, gall bladder, inflammation, surgery, complications.

Введение.

Влиянию высокогорья на возникновение ряда заболеваний и особенностям их клинического течения посвящена обширная литература и в основном она освещает особенности адаптации и дезадаптации в

условиях высокогорья [1,5]. В 70 - 80х годах опубликованы работы по течению и особенностям развития патологии сердечно-сосудистой системы органов дыхания [4,7]. Большой вклад в учение о влиянии высокогорья на различные системы организма внесли отечественные

ученые С. Б. Данияров [2], С. М. Миррахимов [7], А. А. Алдашева [1], О. Т. Касымов [2] З. Н. Метеров и соавт.[6], Д. Н. Истамбекова [4], В. А. Исабаева [3].

В последние годы более детально изучено влияние высокогорья в связи с применением вахтового метода работы в условиях высокогорья [3,5], но они касаются лишь в основном сердечно-сосудистой, легочной и нервной системы. Несмотря на то, что особенностям влияния высокогорья на организм посвящено много работ, а выяснению особенностей течения хирургических заболеваний в условиях высокогорья, их течения и исходов имеются лишь единичные клинические наблюдения и они основаны на небольшом клиническом материале, по которым судить об особенностях клиники не представляется возможным. Учитывая эти обстоятельства необходимы научные исследования, посвященные течению послеоперационного периода при хирургических заболеваниях и особенно при ЖКБ и ее осложнениях, как наиболее распространенной патологии.

Цель работы.

Дать оценку течения послеоперационного периода после холецистэктомии у лиц проживающих в условиях высокогорья.

Материал и методы исследования.

Для выяснения особенностей течения послеоперационного периода после холецистэктомии, выполненной по поводу калькулезного холецистита нами был проведен анализ двух групп: первую группу составили оперированные, которые постоянно проживают в городе Бишкек (700 – 900 метров над уровнем моря) – эта была для нас контрольная группа (64 человека) и вторая группа – это жители Нарынской области (2000 метров над уровнем моря), которые были направлены из Нарынской области на оперативное лечение, либо при

пребывании в городе Бишкек их состояние ухудшилось, появился болевой синдром, они обратились за помощью и были госпитализированы, а затем оперированы – это основная группа (52 человека). Больные обеих групп оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1, г. Бишкек. Эти группы по половому, возрастному признаку и характеру болезни были равнозначны.

В обследовании больных помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, ЭКГ, рентген органов грудной клетки) было применено ультразвуковое исследование (УЗИ) – для установления характера заболевания и эхоморфометрии ран для оценки раневого процесса и биохимические лабораторные исследования для оценки функционального состояния печени и почек, в разработку взятия больных с хроническим холециститом.

Результаты и их обсуждение.

Мы проследили за течением послеоперационного периода контрольной и основной групп, у всех при УЗИ обнаружены конкременты различной величины, у всех имел место хронический калькулезный холецистит. Показанием для операции у больных обеих групп было наличие болей в правом подреберье или эпигастральной области, периодически обостряющихся и ведущих к снижению работоспособности, снижению ролевого и социального функционирования – все это указывалось в снижении качества жизни пациента.

Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, в основном из мини лапаратомного доступа и лишь 5 больных из контрольной и 3 из основной группы операции выполнены из традиционной лапаратомии.

В контрольной группе из 64 больных у 58 больных произведена холецистэктомия, а у 6 – холецистэктомия и холедохотомия и дренирование по Вишневу.

Таблица 1. Результаты эхоморфометрии ран.

Группа больных	Сроки исследования после операции		
	Через сутки, см	на 3 сутки, см	на 5 сутки, см
Контрольная (г. Бишкек) м ¹ + ж ¹	2,4 ± 0,09	3,1 ± 0,05	2,0 ± 0,11
Основная (Нарынская область) м ² ± ж ²	2,5 ± 0,10	3,8 ± 0,07	2,7 ± 0,09
P – степень достоверности	> 0,05	< 0,05	< 0,05

Таблица 2.

Клинические показатели основной и контрольной группы.

Показатели	г. Бишкек	Нарынская область	P- степень достоверности
Нормализация температуры, сутки	2,1 ± 0, 17	2,3 ± 0,12	>0,05
Исчезновение болевого синдрома, сутки	1,9 ± 0,13	2,4 ± 0,11	<0,05
Осложнения %	3,1	9,6	<0,05
Срок стационарного лечения, сутки	3,8 ± 0,16	5,9 ± 0,21	<0,01

Следовательно, по типам оперативных вмешательств обе группы были равнозначны.

После операции у больных обеих групп выполнена эхоморфометрия ран через 3 и 5 дней (таблица 1).

Обращает на себя внимание, что у жителей г. Бишкек и Нарынской области на 3 сутки после операции наблюдается зоны инфильтрации, но у жителей Нарынской области достоверно шире и на 5 сутки зона инфильтрации снижается. При наличии раневых осложнений зона инфильтрации увеличивается, поэтому ее показатели должны настораживать хирурга и выполнить ревизию раны до появления клинических симптомов нагноения.

Наблюдения за больными, проживающими в городе Бишкек показали, что осложнения имели место у 2 больных (нагноение раны у 1 и у одного инфильтрат в области раны – 3,12 в то время как у жителей Нарынской области из 52 больных выявлено у 5 (9,6%), из них у 3 нагноение раны, у 2 – инфильтрат. Мы составили основные клинические показатели (таблица 2).

Сравнительная оценка клинических критериев показала, что послеоперационный период у жителей высокогорья протекает сложнее, позже исчезает болевой синдром, более длительное стационарное лечение и более высокая частота осложнений.

Таким образом наши немногочисленные исследования показали необходимость более глубокого исследования по выявлению особенностей клинического течения послеоперационного периода у жителей высокогорья и разработки меры профилактики осложнений, на что будет обращено наше внимание в дальнейшей работе.

Литература:

1. Алдашева А. А. Анализ зависимости работоспособности и утомления от нервно-психического состояния людей, работоспособности в условиях длительных высокогорных миграций [текст] / А. А. Алдашева, Т. Б. Чернюк, М. Ю. Глушкова // Физиология человека. – 1992.-№ 5- С. 114-118

2. Данияров С. Б. Состояние газотранспортной системы человека при воздействии интермиттирующей горной гипоксии [текст] / С. Б. Данияров, Л. И. Хижняк // физиология человека.-1992.-Т. 18, № .-С. 48 - 53

3. Исабаева В. А Система свертывания крови и адаптация к природной гипоксии[текст] / В. А. Исабаева Л.: Наука, 1983. – 152 с.

4. Истамбекова Д. Н. Хроническая пневмония в горных условиях [текст] / Д. Н. Истамбекова л.: Медицина, 1989.- 184 с.

5. Касымов О. Т Функциональная система организма горнорабочих при современных формах организации труда в условиях различных высот горной местности [текст] / О. Т. Касымов Авторская диссертация доктора мед. наук, Бишкек, 1995.-42 с.

6. Метеров Н. А. Особенности психофункционального состояния у работников высокогорного рудника «Кумтор» [Текст] / Н.А. Метеров, Г. В. Катькалов // В. А. Исабаева Л.: Наука, 1983.- 152 с.

7. Миррахимов М. М Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья [текст] / М. М. Миррахимов. М: Медицина, 1968.- 157 с.

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛОМАТОЗА ГОРТАНИ

**Свистушкин В.М., Егоров В.И., Мустафаев Д.М.,
Рагимов А.А., Волкова К.Б., Кузнецов О.Е.**

Клиника и кафедра болезней уха, горла и носа (директор – проф. В.М. Свистушкин)
Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Клиника оториноларингологии (руководитель – проф. В.И. Егоров)
Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области
Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского
Кафедра клинической трансфузиологии Институт профессионального образования (руководитель- Рагимов А.А.)
Государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Москва, Россия

Резюме. Папилломатоз гортани на сегодняшний день остается одной из неразрешенных проблем современной медицины. Хотя заболевание известно с давних времен, до сих пор нет четкого алгоритма лечения таких пациентов. В литературе описано более 50 способов лечения, но радиального пока нет. В данной статье представлены первые результаты исследования, проведенного на базе ЛОР отделений двух клиник-Первого МГМУ им И.М.Сеченова и Московского областного научно-исследовательского института имени М.Ф.Владимирского

Ключевые слова: Папилломатоз гортани, вирус папилломы человека, комбинированное лечение

OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF LARYNGEAL PAPILLOMATOSIS

**Svistushkin V.M., Egorov V.I., Mustafaev D.M.,
Ragimov A.A., Volkova K.B., Kuznetsov O.E.**

Clinic and Department of diseases of the ear, nose and throat (Director - prof. VM Svistushkin)
State Educational Institution of Higher Professional Education I.M. Sechenov
First Moscow State Medical University
Clinic of Otolaryngology (Head - prof. V. Egorov)
State health care budget of the Moscow regional research clinical institute named after M.F. Vladimirovsky
Department of Clinical Transfusion (Head-prof. A. Ragimov) at I.M. Sechenov
First Moscow State Medical University
Moscow, Russia

Resume. Today laryngeal papillomatosis remains one of the unsolved problems of modern medicine. Although the disease has been known since ancient times, there is still no clear algorithm of treatment of such patients. There are numerous ways described in literature to treat more than 50, but there is no radial. This article presents the first results of a study conducted on the basis of the ENT departments of two hospitals, First MG MU named after IM Sechenov and Moscow Regional Research Institute named after M.F. Vladimirovsky.

Key words: Laryngeal papillomatosis, human papilloma virus, combined treatment

Введение.

Папилломатоз гортани (ПГ) – доброкачественное заболевание, вызываемое вирусом папилломы человека (ВПЧ), при котором происходит образование бородавчатых разрастаний слизистой оболочки гортани – папиллом [1,16].

Имеющиеся к настоящему моменту данные о распространенности и заболеваемости респираторным папилломатозом свидетельствуют о его относительной редкости [13, 16,21, 26, 32]. По данным Descay (1995 г), частота встречаемости в популяции- 2 на 100 000 среди взрослых и 4 на 100 000 среди детей.

На сегодняшний день достоверно доказана вирусная природа заболевания. ПГ вызывается следующими типами ВПЧ – 6,11,16,18. Принято считать, что типы 6 и 11 ответственны за более чем 90% случаев папилломатоза гортани в общей популяции, причем инфицированность ВПЧ-11 ассоциирована с достоверно более высоким риском обструкции верхних дыхательных путей, требующей трахеостомии для лечения [11, 16, 36, 48].

До сих пор остается нерешенным вопрос о

пути заражения ВПЧ. Предполагаются вертикальный, половой и контактный пути передачи. Вертикальный путь ответственен по крайней мере за 20% всех случаев заболевания [17]. Один лишь факт наличия у беременной женщины манифестной ВПЧ-инфекции не гарантирует возникновение у ребенка респираторного папилломатоза [5, 9, 16, 45]. Доказано влияние триады факторов: роды через естественные родовые пути, первые роды, возраст матери меньше 20 лет [39].

Характер течения заболевания весьма вариабелен: от единичного случая, спонтанной долгосрочной ремиссии до часто рецидивирующего течения [6, 21]. Предсказать характер заболевания у конкретного пациента практически невозможно.

Прогрессирующий характер заболевания с возможностью развития угрожающих жизни и снижающих её качество осложнений обуславливает актуальность проблемы папилломатоза дыхательных путей. К настоящему моменту известно не менее 50 различных методов лечения, ни один из которых не гарантирует стойкого излечения. В последних обзорах литературы на данную тему выделяют три основных

направления поиска новых методов лечения: 1) разработка новых и усовершенствование уже существующих методик хирургического лечения; 2) поиск эффективных средств адьювантной терапии; 3) предотвращение заболевания путем вакцинации от ВПЧ [3,16].

Материалы и методы.

Данное исследование проведено на базе ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского и Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (г. Москва). В исследование включено 50 больных (31 мужчин и 19 женщин) в возрасте от 18 до 65 лет с ПГ. Средний возраст составил 37,2 года.

Все пациенты методом случайной выборки были разделены на две группы. В основную группу вошли 25 пациентов. Они получали терапию препаратом Аллокин-альфа по схеме согласно протоколу в комплексе с эндоларингеальной микрохирургией с применением холодной плазмы (метод коблации). Каждый пациент получил всего 6 инъекций препарата через 2 суток подкожно в дозе 1 мг: 3 инъекции до операции, 3-я инъекция в день операции, 3 инъекции в послеоперационном периоде.

В контрольной группе (25 человек) пациенты оперированы методом эндоларингеальной микрохирургии с применением холодной плазмы. Медикаментозная терапия не назначалась.

Метод коблации впервые применен в 1995 г. [3]. Радиочастотная холодная абляция (коблация) подразумевает пропускание переменного электрического тока радиочастоты через солевой раствор электролита в небольшом его объеме. Это приводит к образованию плазменного поля ионов натрия, которое способно разрушать межклеточные соединения, что ведет к vaporизации ткани при сравнительно невысокой температуре – 60–65°C [3, 13]. Кроме того, исключается образование аэрозоля вирусных частиц за счет низкой температуры [13]. Опыт его применения при лечении рецидивирующего папилломатоза гортани включает несколько описаний серий случаев, в которых отмечено достоверно более длительные межрецидивные периоды (по сравнению с лечением CO₂-лазером), отсутствие рубцевания, лучшая сохранность голоса в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде [10, 34, 35, 41, 46].

С помощью данного метода в зависимости от ситуации врач может коагулировать, рассекать или разрушать массив патологически измененных тканей, не оказывая при этом негативного влияния на близрасположенные анатомические структуры. Глубина проникающего воздействия составляет лишь сотые доли миллиметров, а это значит, что подлежащие слои не затрагиваются. Совсем небольшая толщина плазменного слоя позволяет скрупулёзно дозировать воздействие и тщательнейшим образом рассчитывать объём удаляемой и отсекаемой ткани. Вот почему коблация сейчас претендует на роль совершенного, универсального хирургического инструмента. Кроме того, гибкость рабочего электрода и осуществление визуального контроля через операционный микроскоп над производимыми манипуляциями в значительной мере повышают их точность и эффективность.

Составляющим препарата Аллокин-альфа,

применяемого в нашем исследовании качестве противорецидивной терапии, является аллоферон, представляющий собой цитокиноподобный олигопептид (Гистидил-глицил-валил-серил-глицил-гистидил-глицил-глутаминил-гистидил-глицил-валил-гистидил-глицин). По характеру фармакологического действия наиболее сходен с интерфероном альфа. Аллоферон является эффективным индуктором синтеза эндогенных интерферонов и активатором распознавания вирусных антигенов и инфицированных клеток натуральными (естественными) киллерами (NK), нейтрофилами и другими эффекторными системами естественного иммунитета, ответственными за элиминацию вируса. Применение аллокина-альфа улучшает распознавание пораженных клеток и позволяет подавить очаги репликации вируса. В отличие от известных индукторов ИФН, аллокин-альфа выступает в качестве кофактора, позволяя продуцирующим ИФН-α лейкоцитам эффективно реагировать на вирусный антиген.

Всем пациентам при поступлении проводилась видеоларингоскопия и забор слюны для выявления и дифференциации ДНК вирусов папилломы человека (ВПЧ) 6 и 11 генотипов методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией продуктов амплификации. Также во время операции удаленный материал отправляется на гистологическое, цитологическое исследование и на ПЦР-диагностику ВПЧ. Контрольные сроки наблюдения составляют 3 мес, 6 мес и 1 год после лечения. На всех контрольных визитах бралась слюна для динамического исследования активности ВПЧ и проводилась видеоларингоскопия. Если пациент нуждается в повторной операции, то во время хирургического вмешательства также удаленную ткань отправляют на гистологическое, цитологическое исследование и ПЦР диагностику.

Видеоларингоскопия - выполняется с помощью жесткого ларингоскопа с записывающим устройством, которое регистрирует изображение гортани и верхних отделов трахеи.

Гистологическое исследование в плановом порядке - замораживание полученных в результате биопсии тканей, после чего выполняются срезы специальным ножом (микротом). Затем срезы помещаются на стекло и подготавливаются для окраски (для различных окрасок методики подготовки могут различаться). Далее срезы окрашиваются с помощью различных красителей, что делает клетки, их элементы, а также элементы межклеточного вещества тканей заметными под микроскопом.

Цитологическое исследование - это оценка характеристик морфологической структуры клеточных элементов в цитологическом препарате (мазке). Оно основано на изучении с помощью микроскопа особенностей строения клеток, клеточного состава органов, тканей, жидкостей организма человека в норме и при патологических процессах. Отличие цитологического исследования от гистологического заключается в том, что изучаются не срезы тканей, а клетки; заключение основывается на особенностях изменения ядра, цитоплазмы, ядерно-цитоплазменного соотношения, образования структур и комплексов клеток.

Выявление ДНК ВПЧ из собранного материала проводили методом ПЦР в реальном времени с гибридационно-флуоресцентной детекцией с использованием тест-системы «АмплиСенс ВПЧ 6/11-FL» (ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора). Метод основан на одновременной амплификации участков ДНК ВПЧ и участка ДНК β-глобинового гена, используемого в качестве эндогенного внутреннего контроля. ПЦР-анализ на наличие ДНК ВПЧ 6 и 11 генотипов проводится в одной пробирке. ДНК-мишень, выбранная в качестве внутреннего контроля, является участком генома человека и должна всегда присутствовать в образце в достаточном количестве не только для контроля этапов ПЦР-анализа, но и оценки адекватности взятия материала и его хранения.

Метод включает в себя три этапа: экстракцию ДНК из образцов клинического материала, амплификацию участка ДНК данного патогена и непосредственно детекцию. Для экстракции ДНК использовали комплекты реагентов, рекомендованные ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, в соответствии с инструкцией производителя. Детекцию проводили с помощью амплификаторов CFX-96 (Bio-Rad, США) и Rotor-Gene Q (Qiagen, Германия). Полученные данные в виде кривых накопления флуоресцентного сигнала по трём каналам анализируются с помощью программного обеспечения прибора: по каналу FAM регистрируется сигнал о накоплении продукта амплификации ДНК ВПЧ 6 генотипа, по каналу HEX регистрируется сигнал о накоплении продукта амплификации ДНК ВПЧ 11 генотипа, по каналу ROX регистрируется сигнал о накоплении продукта амплификации ДНК внутреннего контрольного образца (участок β-глобинового гена человека) ВПЧ.

В основе интерпретации результатов лежит «пороговый» принцип: наличие (или отсутствие) пересечения кривой флуоресценции S-образной формы с установленной на соответствующем уровне пороговой линией, что определяет наличие (или отсутствие) для данной пробы ДНК значения порогового цикла Ct. Учет результатов тестирования исследуемых образцов проводят в соответствии с граничными значениями Ct, указанными во вкладыше к набору реагентов. Пробы, в которых появились значения Ct, не превышающие граничное значение порогового цикла, указанное во вкладыше, считаются положительными. Результат ПЦР-исследования считается достоверным, если получены правильные результаты для положительного и отрицательного контролей амплификации, отрицательного контроля экстракции ДНК.

Период наблюдения за больными состоял из времени пребывания больных в стационаре (примерно 1 неделя) и последующего амбулаторного наблюдения после выписки из стационара в контрольные сроки.

Полученные результаты.

По первым полученным результатам (срок наблюдения 9 месяцев) выявлено, что у пациентов первой (основной) группы увеличился межрецидивный период и уменьшилась частота рецидивов.

У пациентов 1 группы увеличился период

ремиссии в среднем до 9 ± 1 месяцев, у 5 пациентов (20%) наблюдались рецидивы. Никаких побочных эффектов, связанных с применением противовирусного препарата, не отмечено.

Среди пациентов 2-ой группы период ремиссии составлял 4 ± 1 месяцев. У 15 пациентов (60%) данной группы за наблюдаемый период выявлены рецидивы

По данным результатов исследования слюны и материала методом ПЦР уменьшилась активность вируса ВПЧ 6 и 11 типа у 20 пациентов (80%), получавших комбинированное лечение.

Заключение.

Таким образом, полученные предварительные данные свидетельствуют о целесообразности комбинированного лечения больных ПГ, требуют продолжения исследования, дальнейшего наблюдения и накопления фактического материала.

Литература:

1. Аиуров З.М., Зенгер В.Г. Респираторный папилломатоз у детей. – М.: Медиа-сфера, 2004. – 208 с
2. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Папилломатоз гортани: современное состояние проблемы // Вестник оториноларингологии. – 2013. – №2. – С. 79-85.
3. Солдатский Ю.Л. Папилломатоз нижних дыхательных путей у детей. // Вестник оториноларингологии. – 2005. – № 5. – С. 20-25.
4. Avelino M.A. [et al.] Surgical treatment and adjuvant therapies of recurrent respiratory papillomatosis // Braz J Otorhinolaryngol. – 2013. – Vol. 79, N 5. – P. 636-642.
5. Bishai D. The Cost of Juvenile-Onset Recurrent Respiratory Papillomatosis [et al.] // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – Vol. 126, N 8. – P. 935-939.
6. Carney A.S. [et al.] Radiofrequency coblation for treatment of advanced laryngotracheal recurrent respiratory papillomatosis // Journal of Laryngology and Otology. – 2010. – Vol. 124, N 5. – P. 510-514.
7. Carvalho C.M. [et al.] Prognostic factor of recurrent respiratory papillomatosis from a registry of 72 patients // Acta Otolaryngol. – 2009. – Vol. 129, N 4. – P. 462-470.
8. Derkay C.S. Recurrent respiratory papillomatosis // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111, N 1. – P. 57-69.
9. Derkay C.S., Wiatrak B. Recurrent respiratory papillomatosis: a review // Laryngoscope. – 2008. – Vol. 118, N 7 – P. 1236-1247.
10. Donne A.J. The role of HPV type in Recurrent Respiratory Papillomatosis // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2010. – Vol. 74, N 1. – P. 7-14.
11. Hermann J.S. Laryngeal sequelae of recurrent respiratory papillomatosis surgery in children // Rev Assoc Med Bras. – 2012. – Vol. 58, N 2. – P. 204-208.
12. Lindeberg H., Elbrond O. Laryngeal papillomas: the epidemiology in a Danish subpopulation 1965–1984 // Clin Otolaryngol Allied Sci. – 1990. – N. 15. – P. 125–131.
13. Psaltis A., Carney A.S. The use of radiofrequency ablation in the treatment of tracheal papillomatosis: A case report // Australian Journal of Otolaryngology. – 2003. – Vol. 6, N 2. – P. 86–88.
14. Rachmanidou A., Modayil P.C. Coblation resection of paediatric laryngeal papilloma // Journal of Laryngology

and Otolaryngology. – 2011. – Vol. 125, N 8. – P. 873–876.

15. Rimell F.L. / Pediatric respiratory papillomatosis: prognostic role of viral typing and cofactors // *Laryngoscope*. – 1997. – Vol. 107, N 7. – P. 915-918.

16. Shah K.V. / Risk factors for juvenile onset recurrent respiratory papillomatosis // *Pediatr Infect Dis J*. – 1998. – Vol. 17, N 5. – P. 372-376.

17. She C.P. / Coblation treatment for laryngeal papilloma in adult // *Chinese Journal of Otorhinolaryngology Head and Neck Surgery*. – 2011. – Vol. 46, N 4. – P. 336–338.

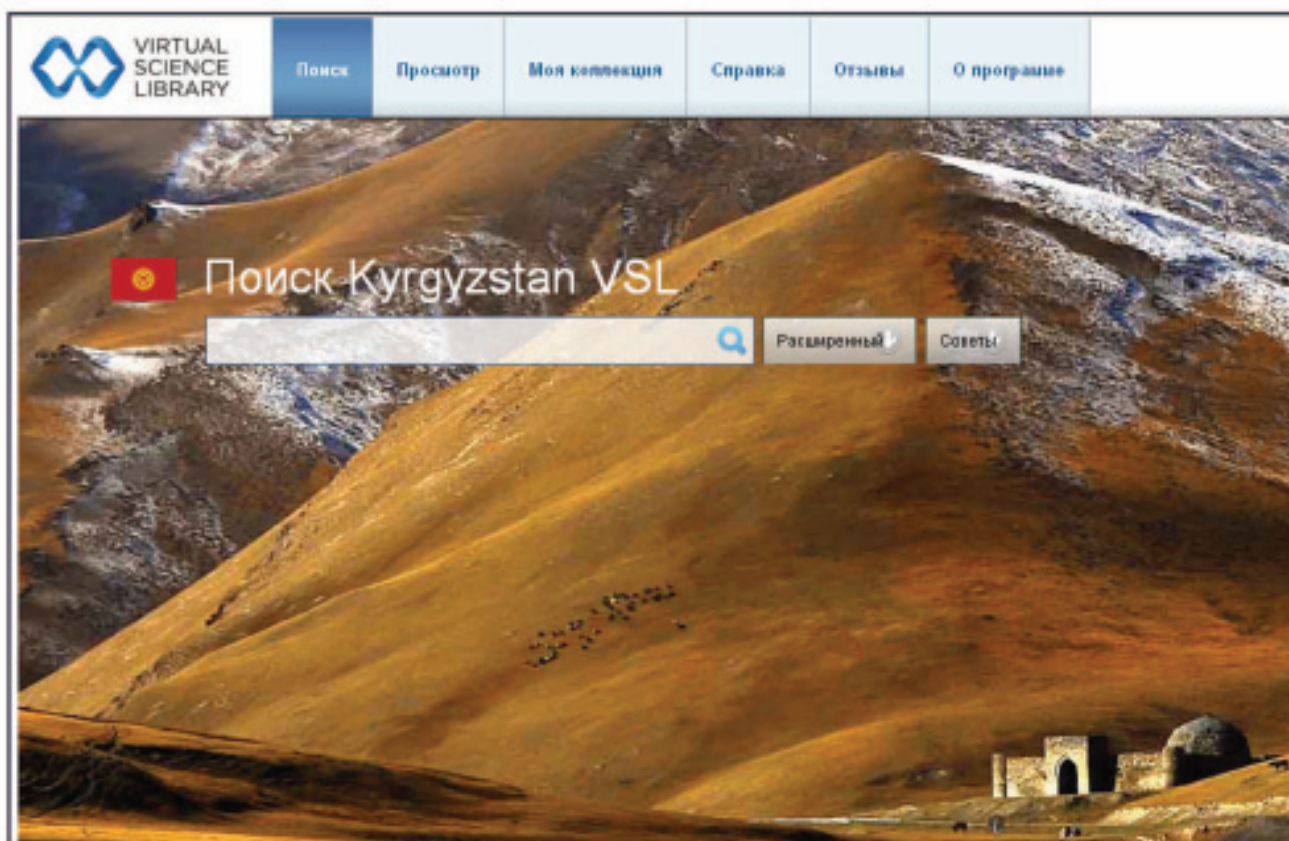
18. Silverberg M.G. / Condyloma in pregnancy is

strongly predictive of juvenile-onset recurrent respiratory papillomatosis // *Obstet Gynecol*. – 2003. – Vol. 101, N 4. – P. 645-652.

19. Timms M.S. / Radiofrequency ablation (coblation): A promising new technique for laryngeal papillomata // *Journal of Laryngology and Otolaryngology*. – 2007. – Vol. 121, N 1. – P. 28–30.

20. Wiatrak B.J. / Recurrent respiratory papillomatosis: a longitudinal study comparing severity associated with human papillomaviral types 6 and 11 and other risk factors in a large pediatric

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.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СФЕНОИДИТОВ

Солодченко Н.В., Исламов И.М., Насыров В.А.

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

Резюме. В данной работе авторы приводят общие сведения о клинике, диагностике и лечении острых и хронических воспалительных процессов клиновидной пазухи, рассматривают клиническую анатомию клиновидной пазухи и ее взаимоотношение с анатомическими образованиями. Рассматриваются способы консервативного и хирургического лечения.

Ключевые слова: основная пазуха, клиновидная пазуха, синусит, сфеноидит, эндоскопия, риносинусохирургия.

СФЕНОИДИТТЕРДИН КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ЖАНА ДАРЫЛООСУ

Солодченко Н.В., Исламов И.М., Насыров В.А.

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

Корутунду. Бул иште сфеноидиттердин клиника, диагностика жана дарылоосу боюнча жалпы маалыматтар берилген, негизги көңдөйдүн клиникалык анатомиясы жана башка анатомиялык пайда болуулар менен өз ара катышы каралды. Консервативдик жана хирургиялык дарылоонун жолу каралууда.

Негизги сөздөр: негизги көңдөйлөр, синуситтер, сфеноидит, эндоскопия, риносинусохирургия.

CLINIC, DIAGNOSTIC AND TREATMENT OF SPHENOIDITIS

Solodchenko N.V., Islamov I.M., Nasyrov V.A.

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

Resume. This article the authors provides about clinical, diagnostic and treatment acute and chronic sphenoid sinus inflammation, considering the clinical anatomy of the sphenoid sinus and its relationship with the anatomical structures. The methods of conservative and surgical treatment.

Keywords: sinus sphenoidale, sinusitis, sphenoiditis, endoscopy, rhinosinusosurgery.

В центре черепа располагается непарная клиновидная кость, граничащая со многими его костями, сосудами, нервами, долями мозга. В теле клиновидной кости находится клиновидная пазуха, разделенная перегородкой на два обособленных синуса, каждый из которых открывается соустьем в сфеноэтмоидальный карман носовой полости.

Околоносовые пазухи развиваются путем врастания в боковую стенку полости носа слизистой оболочки носовых ходов на 8-10й неделе гистационного периода. Зачаток основной пазухи появляется на 9-10й неделе гистационного периода в виде слепого мешочка, вырастающего кзади от задневерхнего угла носа и окруженного хрящевой капсулой. Зачаток развивается и увеличивается очень медленно, в тесной взаимосвязи с нижним придатком мозга – гипофизом [1]. Оссификация начинается на 5-м месяце. К началу рождения полость окружена костной капсулой. У новорожденного клиновидная пазуха имеет вид щели длиной до 2 мм. В первый год высота клиновидной пазухи колеблется от 1 до 8 мм, длина составляет 1-5 мм, ширина 1-6 мм, диаметр соустья – от 0,5 до 2 мм. На второй год высота – 2-6мм, длина – 3-5мм, ширина – 2-7 мм, диаметр соустья – 1,0-1,5 мм; на третий год высота – 6, 6, 9 и 2 мм соответственно; на четвертый год – 4,5-6,0; 3,5-5,0; 7 и 1,5 мм; на шестом году – 10, 6-7, 12 и 1,5 мм; на восьмом году – 8-12, 12-13, 11 и 4 мм соответственно [2]. Наибольшего объема клиновидная пазуха достигает к 14 годам развития, объем составляет 8142,26 мм³. До 12-14 лет клиновидная пазуха занимает передненижнюю часть тела клиновидной кости, затем начинает приближаться к турецкому седлу и к 14 годам распространяется во всем теле клиновидной

кости. Неравномерная резорбция кости в медиальном и латеральном центрах ведет к асимметрии клиновидных пазух [3].

Относительная стабильность строения пазухи наступает к 25 годам [4], но пневматизация ее продолжается до 40 лет, при этом пазуха может достигать задних отделов тела клиновидной кости и даже спинки турецкого седла [5]. После 45 лет начинается некоторое увеличение объема клиновидной пазухи за счет резорбции спонгиозной кости и истончения стенок пазухи, которое продолжается в пожилом и старческом возрасте [6]. Этот процесс сопровождается образованием дегисценций, бухт, карманов, неполных перегородок [7, 8, 9].

Большое практическое значение имеет взаимоотношение клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта. Самая задняя решетчатая ячейка – сфеноидальная – носит название клетки Оноди. Она может внедряться в клиновидную пазуху, образуя в таких случаях как бы ее верхний этаж. Клетка Оноди иногда располагается сбоку от клиновидной пазухи, уменьшая ее объем. Эти варианты непременно следует учитывать при диагностике и хирургическом лечении воспалительных заболеваний клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта, особенно если они сопровождаются поражением зрительных нервов [10]. Значительно увеличенная клетка Оноди может быть ошибочно принята за клиновидную пазуху, и тогда пазуха во время операции не будет дренирована, а ожидаемый лечебный эффект не получен.

Наиболее частой причиной развития острых и хронических сфеноидитов, как и других синуситов, являются острые респираторные, в том числе и вирусные,

заболевания. Инфицированию клиновидной пазухи может способствовать купание в загрязненном водоеме, ныряние, сахарный диабет, черепно-мозговая травма, иммунодефицитные состояния, предшествующая лучевая терапия [11, 12]. Фактором, предрасполагающим к развитию воспаления в клиновидной пазухе, является нарушение аэродинамики в полости носа и пазухе из-за искривления, гребней, шипов носовой перегородки (особенно в задних отделах), гипертрофических, полипозных, а иногда и атрофических процессов в полости носа [13].

При вирусной инфекции происходят значительные нарушения структуры респираторного эпителия вплоть до его разрушения. Это способствует инвазии бактерий в глубокие слои слизистой оболочки, формированию очагов бактериального поражения и поддержанию в ней воспалительного процесса [14]. При длительно текущем воспалительном процессе в клиновидной пазухе происходит метаплазия эпителия в переходный и многослойный плоский [15] и утолщение базальной мембраны, что затрудняет транспорт из подслизистых желез. Из-за атрофических процессов в подслизистых железах синтез слизи-белкового секрета снижается, уменьшается мукоидно-серозный слой, что может приводить к частым обострениям воспаления [16].

Постоянное и длительно действующие аэродинамические, токсические и инфекционные воздействия сенсбилизируют слизистую оболочку. Скопление в ней медиаторов, в частности гистамина, серотонина, брадикинина и др. нарушают проницаемость стенки капилляров, способствуют переходу жидкости из сосудов в ткани и развитию отека слизистой оболочки [17].

По данным Г.З.Пискунова, С.З.Пискунова [18] за последние 10 лет заболеваемость синуситами выросла в три раза, а больные, госпитализированные по поводу болезней околоносовых пазух, составляют примерно 2/3 от общего числа пациентов специализированных стационаров.

Воспаление клиновидной пазухи в структуре параназальных синуситов по данным различных авторов составляет от 10 до 58% случаев [19, 20] и по частоте сфеноидиты занимают третье место после воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух и решетчатого лабиринта, часто при этом сочетаясь с ними в виде полисинусита [21].

Микробная флора клиновидной пазухи исследована с помощью специальных катетеров для промывания пазухи. Она не отличается от таковой при других воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа: преобладает кокковая флора [22].

В 10% случаев при сфеноидите обнаруживается анаэробная инфекция, а в 25% - ее сочетание с аэробной флорой [23]. Этому способствует продуцирование гноя и падение содержания кислорода в пазухе при блокаде естественного соустья [24].

До появления современных методов диагностики магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной (КТ) томографии поражение клиновидной пазухи диагностировалось реже чем встречалось [25]. Это подтверждается расхождением данных клинической

диагностики и патологоанатомических находок различных заболеваний клиновидной пазухи [26]. В 1939 году С.А. Проскуряков [27] на секционном материале 375 трупов, без прижизненной клинической диагностики сфеноидита, выявил поражение клиновидной пазухи в 10,1% случаев.

Н.Л. Levine [28] назвал клиновидную пазуху «забытой». Это связано не только с трудностями диагностики заболеваний клиновидной пазухи, но и с разнообразием, а в ряде случаев скудностью и неопределенностью клинических проявлений поражений клиновидной пазухи [29].

С.З. Пискунов считает, что клиновидная пазуха вовсе не «забытая», а попросту недоступная как в плане диагностики, так и в плане лечения околоносовая пазуха.

Симптоматика поражения клиновидной пазухи разнообразна, однако, одним из основных симптомов сфеноидита, по мнению многих авторов, является головная боль, хотя «патогномичной головной боли» при сфеноидите выявить не удалось [30, 31, 32, 33].

При различных поражениях клиновидной пазухи головная боль может быть сверлящей, тупой, распирающей [34]. Она может локализоваться в «центре головы», иррадиировать в лобную, теменную, затылочную, височную и заглазничную области. По наблюдению А.С. Киселева и соавт. [35], ее можно рассматривать как «сфеноидальный болевой синдром».

Особенностью «сфеноидальной» головной боли является ее мучительность. У ряда обследованных больных появляется ощущение «прокалывания» головы либо сжимание ее «обручем», или ощущение, что голова находится как бы в «тисках». Головная боль отличается постоянством, лишаящим человека покоя, сна, снижается память, работоспособность, интерес к жизни. В отдельных случаях она приводит к чувству отупения, развиваются тревога и депрессия [36]. При изучении клиновидной пазухи на судебно-медицинском материале сфеноидиты обнаружили у 63,3% погибших. Причиной смерти в подавляющем большинстве случаев был реализованный суицид, но при жизни никто из погибших по поводу сфеноидита не лечился [37]. Исходя из этого, высказано предположение о том, что трагическая цепочка может выстраиваться следующим образом: сфеноидит – диэнцефалит – снижение эмоционального фона – суицид [38]. Однако, при своевременной диагностике и лечения сфеноидита: вскрытие и дренирование клиновидной пазухи, отмечается купирование головных болей и депрессивного синдрома [39].

А.Б. Френкель [40], М.В. Бучацкий [41] отмечают три характерных симптома хронического сфеноидита. Первым, и основным, является головная боль, которая часто имеет строго локализованный характер: при малых размерах клиновидной пазухи она обычно локализуется в темени, а при больших - может распространяться в затылок. Вторым симптомом является запах из носа, который ощущается самим больным. Этот запах при сфеноидите преследует больных особенно сильно, так как естественное соустье клиновидной пазухи открывается в обонятельной зоне. Третьим признаком сфеноидита является стекание отделяемого из клиновидно-решетчатой области, вдоль передней стенки клиновидной пазухи,

по своду носоглотки и задней стенке глотки. Нередко сфеноидиты сопровождаются снижением обоняния.

Часто хронический сфеноидит протекает с мало выраженными проявлениями [42, 43]. Неяркая симптоматика, заключающаяся в незначительных выделениях в носоглотку, незначительной головной боли, гиперемии и отечности слизистой оболочки в области хоан и сошника, чаще остается без внимания. Но именно в этих случаях следует провести тщательное обследование клиновидной пазухи.

Среди редких симптомов сфеноидита выделяют ретрокохлеарную глухоту [44], эписиндром [45], эндокринно-обменные нарушения вследствие сопутствующего диэнцефалита (повышенная жажда, расстройство сна, нарушение обмена, усиление потоотделения и появление других вегетативных реакций) [46].

Воспалительные заболевания клиновидной пазухи, в силу анатомо-топографического расположения основных пазух, часто являются причиной внутричерепных осложнений и осложнений со стороны органа зрения [47, 48, 49, 50]. Среди осложнений следует упомянуть гнойный менингит, венитрит, сепсис, оптохиазмальный и базальный арахноидит, тромбоз кавернозного синуса, глазодвигательные расстройства, ретробульбарный неврит и другие [51, 52, 53]. При гнойных внутричерепных риногенных осложнениях распространение воспалительного процесса в полость черепа чаще всего происходит контактным путем, в то время как при негнойных осложнениях (арахноидитах) - по лимфатическим и кровеносным путям [54, 55].

Способ лечения сфеноидита определяется клинической формой заболевания. Экссудативные формы (катаральная, серозная, гнойная) сфеноидита, как правило, лечат консервативно. Продуктивные формы сфеноидита (полипозная, полипозно-гнойная) лечат хирургически. Независимо от формы сфеноидита при наличии внутричерепных осложнений и осложнений со стороны органа зрения основным методом лечения должна быть операция.

Для лечения экссудативных форм сфеноидита В.Ф. Филатов с соавт. [56], рекомендуют местное воздействие лекарственных средств на слизистую оболочку при зондировании или пункции клиновидной пазухи. Ряд авторов [57, 58, 59] предлагают проводить ее кислородную аэрацию, внутриполостную лазеротерапию, в сочетании с назначением общей патогенетической терапии.

Для проведения катетеризации (зондирования) клиновидной пазухи предложены различные гибкие проводники, двухканальные катетеры [60, 61, 62]. При зондировании клиновидной пазухи можно также получить и определенную диагностическую информацию - установить наличие патологического отделяемого, исследовать характер микрофлоры [63].

Ряд авторов предлагает различные устройства для выполнения прицельной пункции клиновидной пазухи [64, 65, 66]. При пункции клиновидной пазухи можно ликвидировать воспаление, но не восстановить функцию соустья пазухи, обструкция которого может привести к рецидиву сфеноидита. Нельзя забывать и то, что

зондирование и пункция пазухи являются инвазивными методами и могут стать причиной осложнений [67, 68]. В ряде случаев они могут потребовать санлирующей операции [56].

Совершенствование эндоскопической техники и введение в практику различных методик эндоскопической ринохирургии изменили взгляд на хирургический подход к клиновидной пазухе [69, 70].

В эндоназальной эндоскопической хирургии околоносовых пазух традиционно противопоставляются две базисные техники ее основоположников: W. Messerklinger и M.E. Wigand.

Сфенотомия по методике M.E. Wigand [71] предполагает резекцию заднего конца средней носовой раковины для обнажения клиновидно-решетчатого углубления, широкое вскрытие передней (хирургической) стенки клиновидной пазухи, а затем всех задних клеток решетчатого лабиринта [72, 73].

Методика, основывающаяся на концепции W. Messerklinger [74] отличается более щадящим подходом. Ряд авторов рекомендуют, по возможности, сохранять среднюю носовую раковину, так как она предохраняет ситовидную пластинку от случайного повреждения во время манипуляций инструментарием в этой области [75, 76]. Удалению подлежит только необратимо измененная слизистая оболочка. Целью операции является восстановление дренажа «больших» околоносовых пазух [77, 78].

Клиновидная пазуха и задние клетки решетчатого лабиринта являются зоной повышенного риска [79]. Топографическая анатомия структур, расположенных за передней стенкой клиновидной пазухи, может сильно различаться в каждом конкретном случае, особенно у детей и подростков [80]. Внутренняя сонная артерия может располагаться непосредственно за передней стенкой клиновидной пазухи, а стенки ее костного канала иметь большие дегисценции и в этом случае не защитят артерию от ранения при хирургических манипуляциях в этой зоне. Wigand M.E., et al. [81], а также Weber R., et al. [82] опубликовали сообщения о смертельных исходах в результате повреждения внутренней сонной артерии во время вмешательства на КП.

Таким образом, анализируя данные отечественной и зарубежной литературы, можно заключить, что до настоящего времени недостаточно изучены особенности патогенеза сфеноидитов, особенности взаимоотношения клиновидной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта, не выявлены факторы, способствующие развитию сфеноидита. Не выяснено функциональное предназначение синуса, недостаточно изучены патоморфологические изменения слизистой оболочки клиновидно-решетчатого углубления и естественного соустья пазухи при разных формах сфеноидитов.

Литература:

1. М.Р. Богомилский «Детская оториноларингология», Москва 2002 стр- 137.
2. Onodi, A. *Topographische Anatomie der Nasen-hohle und ihrer Nebenhohlen.* / A. Onodi // *Handbuch der speziellen Chirurgie des ohers und der oberen luftwege.* Leipzig, 1922. -S.-61-135.

3. Значение особенностей строения клиновидных пазух в развитии сфеноидитов / С.К. Боечко, Л.М. Львов, С.А. Данильченко и др. // *Вестн. оториноларингологии*. 1992. - №4. - С. 16-18.
4. Кочергина, Н.В. Индивидуальная и возрастная изменчивость в рентгеноанатомии пазухи клиновидной кости: автореф. дис. . канд. мед. наук / Н.В. Кочергина. Калинин, 1972. - 22 с.
5. Сперанский, В.С. Основы медицинской краниологии / В.С. Сперанский М.: Медицина, 1988. - 288с.
6. Фукс, В.Ю. Возрастные изменения клиновидных пазух по данным рентгеновского исследования / В.Ю. Фукс // *Вопросы функциональной анатомии человека*. Вып. 2. - Волгоград, 1970. - С. 477-479.
7. Нейман, Л.В. Значение морфологических особенностей в патологии и хирургии основной пазухи / Л.В. Нейман // *ВОРЛ*. 1948. - №3. - С. 35-42.
8. Дашкевич, М. С. Пазуха клиновидной кости / М. С. Дашкевич // *Научные труды Омского мед. института*. Омск, 1964. - №58. - С. 95-104.
9. Кариев, И. У. К вопросу о строении основной пазухи / И. У. Кариев // *Научные труды Самаркандского мед. института*. 1964. - Т. 31. - С. 145 -147.
10. Киселев А.С., Ринохирургия оптохиазмального арахноидита / А.С. Киселев, Т.А. Лушикова. СПб.: *Оргтехиздат*, 1994. - 142 с.
11. Sphenoid sinusitis/ D. Lew F.S. Southwick, W.W. Montgomery, et al.// *Areview of 30 cases*. *New Eng J. Med*. 309.- 1983.- P. 1149-1154.
12. Deans, J.A. Acute isolated sphenoid disease: Adisease with complication/ J.A. Deans, A.R. Welch// *J. Laryngol. Otol.* 1991.- Vol. 105.- P.1072-1074.
13. Пискунов Г.З., Нарахина О.В. Хирургическое лечение больных при сочетанном нарушении дыхательной и эстетической функций носа и, наличием воспаления околоносовых пазух//*Рос.ринол.*-2004.-№2.-С.14-18.
14. Davidson, F.W. Hyperplastic rhinosinusitis / F. W. Davidson//*Ann.Otol.*-1982. -Vol. 82, № 5. P. 703-708.
15. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевание носа и околоносовых пазух. *Эндомикрохирургия*. - М., 2003.- 202с.
16. Анютин, Р. Г. Российская ринология 2005г. N 4 Морфологические особенности слизистой оболочки клиновидной пазухи у больных сфеноидитом / Р. Г. Анютин, Л. С. Куликов, М. В. Нерсисян. - С.21-22
17. С.З. Пискунов, Ф.Н. Завьялов, И.С. Гурьев, В.С. Пискунов «Особенности патологического процесса в околоносовых пазухах в зависимости от расположения и размеров соустья» *Российская ринология №2/1999*.
18. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. *Клиническая ринология*. М.Миколош.-2002.-390с.
19. Счастливого Г.П. Клиника, диагностика и лечение сфеноидитов: Метод, рекомендации. 1972. - 9 с.;
20. Плужников М.С., Усанов А.А. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов. *Методические рекомендации*. Л., 1989. - 15 с.
21. Усанов А.А. Способ диагностики и лечения сфеноидитов//*Актуальные вопросы оториноларингологии: Тез. 7 Республиканской конференции оториноларингологов эстонской ССР*. Таллин, 1986. - С. 226-227.
22. Волков А.Г. Наши приемы в диагностике и лечении сфеноидитов / А.Г. Волков, А.Ю.Ерошенко, А.Ю.Попель // *Рос. ринол*. 2003. - №2. - С. 45.
23. Пискунов Г.З., Нарахина О.В. Хирургическое лечение больных при сочетанном нарушении дыхательной и эстетической функций носа и, наличием воспаления околоносовых пазух//*Рос.ринол.*-2004.-№2.-С.14-18.
24. Drettner B (1980). *Pathophysiology of paranasal sinuses with clinical implications*. *Clin Otolaryngol* 5: 277-284.
25. Счастливого, Г. П. Клиника, диагностика и лечение сфеноидитов : метод. рекомендации / Г. П. Счастливого. – М., 1972. – 17 с.
26. Кажлаев М.Д. Исследование придаточных полостей носа на секционном материале / М.Д. Кажлаев // *Журн. теорет. и практ. мед.*, 1930. №4. - С. 291-304.
27. Проскуряков, А.С. Основная пазуха / А.С. Проскуряков // *Анатомические и клинические наблюдения : Дис.д-ра. мед. наук/ А.С. Проскуряков .-Новосибирск.-1939.-202с.*
28. Levine H.L. The sphenoid sinus, the neglected nasal sinus // *Arch. Otolaryngol*. 1978. -Vol. 104, - №10. - P. 585-587.
29. Wyllie J.W., Kern E.B., and Djalilian M: Isolated sphenoid sinusitis. *Laryngoscope* 1973 p 1252-1265.
30. Ривин Д.Л. Дифференциально-диагностические симптомы при заболеваниях основной пазухи // *Журн. Ушных, носовых и горловых болезней*. 1967. - №1. - С. 22-24.
31. Усанов А.А. Способ диагностики и лечения сфеноидитов//*Актуальные вопросы оториноларингологии: Тез. 7 Республиканской конференции оториноларингологов эстонской ССР*. Таллин, 1986. - С. 226-227.
32. Chow J.M. Rhinologic headaches // *Otolaryngol. Head and Neck Surgery*. -1994.-Vol. 111.-P. 211-218.
33. Clerico D.M. Sinus headaches reconsidered: Referred cephalgia of rhinologic origin masquerading as refractory primary headaches // *Headaches*. 1995.-Vol. 35. - P.185-192.
34. Ng Y.T., Butler I.J. Sphenoid sinusitis masquerading as migraine headaches in children. *J. Child. Neurol*. 2001. Dec; 16 (12): 882 - 884.
35. Киселев А.С., Лушикова Т.А., Мельник В.Ф. О некоторых сфеноидальных синдромах // *Рос. ринология*. 1994. - №2. - С. 9-10.
36. Дунайвицер Б.И., Гюльхасян А.Б., Минасян О.З. и др. О патогенезе головной боли у больных параназальными синуситами // *Тезисы IV Всерос. съезда оториноларингологов*. Горький, - 1978. - С. 327-329.
37. Боечко С.К. Значение особенностей строения клиновидных пазух в развитии сфеноидитов / С.К. Боечко, Л.М. Львов, С.А. Данильченко // *Вестн. оторинолар.* 1992. - №4. - С. 16-18.
38. Боечко С.К. Концептуальная направленность эндоскопических хирургических вмешательств при гайморитах / С.К. Боечко, Д.С. Боечко // *Рос. ринол*. 2002. - №2. - С. 60-61.
39. Киселев А.С. *Хронический сфеноидит*. СПб: *ВМедА*, 1997. 47 с.
40. Френкель А.Б. Головные боли при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. -1970. №6. - С.10-16.
41. Бучацкий М.В. Наблюдение казеозного сфеноидита // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. 1977. - №4. - С. 101-102.
42. Гольдберг Б.Е. К клинике острых и хронических сфеноидитов // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. -1969. №4. - С. 57-61.
43. Dale B.A., Dale B.A., McKenzie J.J. The complications of sphenoid sinusitis // *J. Laryng. Otol*. 1983. - Vol. 97, - № 7. - P. 661 -670.
44. Rudert H., Harder T., Werner J.A. et al. *Riesenumukozelle der Nasennebenhohlen mit Ausdehnung in die Kontralaterale*

- hintere Schadelgrube und reversibler retrocochlearer Schwerhörigkeit // *Laryngo-Rhino-Otologie*. -1993. Vol.72, - №5. - S. 247-251.
- 45.Ельков И.В., Величкина В.А., Бикеева И.Н. Эпилепсия при хроническом гнойном сфеноидите // *Рос. ринология* №1. - 2001. - С. 23.
- 46.Ковалева Л.М. Сфеноидиты у детей. // СПб. Изд. Санкт-Петербургского НИИ ЛОР.-2001.- 170 с.
- 47.Буцацкий М.В. К диагностике и лечению сфеноидитов: Автореф. дис. канд. мед. наук. Харьков, 1984. - 16с.
- 48.Машак В.К., Староха А.В. Применение эндоназальной эзографии в диагностике сфеноидитов // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. 1987. - №3. - С.23.
- 49.Ревской Ю.К., Киселев А.С. Патология околоносовых пазух и оптохиазмальный арахноидит // 9 съезд оториноларингологов СССР: тез. докл. Кишинев, 1988. - С. 463.
- 50.Osborn A.G., Johnson L., Roberts T.S. Sphenoid mucocoele with intracranial extension // *J. Comput. Assist. Tomogr*. 1979. - №13. - P. 335-338.
- 51.Costa L.S., Resende L.A.I. Sphenoid sinus mucocoele. An infrequent finding // *Arch. Neurol*. 1984. - Vol. 41, - № 8. - P. 897-898.
- 52.Sellar S.L. et al. Sphenoid sinus pneumocoele (letter) // *Arch. Otolaryngol*. 1984. Vol.110, - №10. - P. 697.
- 53.Reicher M.A., Betson J.R., Halbach V.V. et al. Pneumosinus dilations of the sphenoid sinus // *Am. Journ. Neuroradiol*. 1986. - Vol.7. - P. 865.
- 54.Благовещенская Н.С. Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на раннем этапе // *Вестн. оториноларингологии*. 1992. -№2. - С. 43-47.
- 55.Киселев А.С., Гофман В.Р., Лушникова Т.А. Ринохирургия оптохиазмального арахноидита. СПб.: Б.и. - 1994. - 142с.
- 56.Филатов В.Ф., Буцацкий М.В., Негина П.С. Диагностика и лечение сфеноидитов: Метод, реком. Харьков, 1984. -9 с.
- 57.Дайняк Л.Б., Счастливого Г.П. Разработка щадящих методов лечения больных различными формами сфеноидитов // *Щадящие методы в оториноларингологии: Сб. тр. Моск. НИИ уха, горла и носа*. 1975. - Вып. XXII. - С. 66-69.
- 58.Счастливого Г.П. Отдаленные результаты лечения больных экссудативными формами сфеноидита с применением эндоназального зондирования // *Сб. тр. Моск. НИИ уха, горла и носа*. 1976. - Вып. XXII. - С. 69.
- 59.Плужников М.С., Усанов А.А. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов. Методические рекомендации. Л., 1989. - 15 с.
- 60.Мельник В.Ф. Двухканальный зонд-канюля для зондирования и промывания основной пазухи // *Здравоохранение Белоруссии*. -1988. № 4. -С. 58-60.
- 61.Разумный В.П. Возможности катетеризации клиновидных пазух в диагностике и лечении сфеноидитов / М. Автореф. дис. . канд. мед. наук. 2000. - 20 с.
- 62.Лиманский С.С., Кондрашова О.В. Дренажное лечение основного синуса через естественное соустье (Методические рекомендации). // Пенза. 2001. -18с.
- 63.Hausler R., Buvelot J.M. La sinusoscopie sphenoidale // *Rev. Laryngol. Otol. Rhinol. (Bord)*. 1991. - Vol.112, - №5. - P. 459-462.
- 64.Пережуд Г.М. Метод прицельной пункции сфеноидальной пазухи // *Вестн. оториноларингологии*. 1966. - № 1. - С. 55-60.
- 65.Мостовой С.И., Макуха А.Л., Буцацкий М.В. Способ диагностики заболеваний основной пазухи // *Журнал ушных, носовых и горловых болезней*. 1974. - №1. - С.118-119.
- 66.Лапченко С.Н., Устьянов Ю.А. О визуально-прицельной пункции основной пазухи // *Вопросы клинической оториноларингологии*. -Оренбург, 1983.-С. 44-45.
- 67.Кусков В.В., Машак В.К., Староха А.В., Петров В.Н. Топографические обоснования пункции клиновидной пазухи // *Журн. ушных, носовых и горловых болезней*. 1986. - №2. - С. 61-62.
- 68.Усанов А.А. Способ диагностики и лечения сфеноидитов//*Актуальные вопросы оториноларингологии: Тез. 7 Республиканской конференции оториноларингологов эстонской ССР*. Таллин, 1986. - С. 226-227.
- 69.Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух. // (Пособие для врачей). Мед. центр при Правительстве Рос. Федерации. Центр, клинич. больница. Ринол. центр. М., 1992. - 34 с.
- 70.Vleming M., Middelweerd M.J., de Vries N. Good results of endoscopic paranasal sinus surgery for chronic or recurrent sinusitis and for nasal polyps // *Ned Tijdschr Geneesk*. 1993. - Bd.137, -№29. - S. 1453-1456.
- 71.Wigand M.E. Endoscopic surgery of the paranasal sinuses and anterior skull base. New York: Thieme, 1990. - 152 p.
- 72.Watson D.J., Griffiths M.V. The safety and efficacy of intranasal ethmoidectomy // *J. Laryngol. & Otol*. 1988. - Vol. 102, - №9. - P. 802-804.
- 73.Weber R., Draf W. Komplikationen der endonasalen mikro-endoskopischen Sieben-operation // *HNO*. -1992. Bd. 40. - S. 170-175.
- 74.Messerklinger W. Endoscopy of the nose. Baltimore-Munich. -Urban&Schwarzenberg, 1978.
- 75.Stammerger H. Endoscopic surgery for mycotic and chronic recurring sinusitis // *Annals of otology, rhynology & laryngology*. 1985. - Vol. 94, -Suppl. 119.- №5. - Pt 2.
- 76.Stammerger H., Pozawetz W. Functional endoscopic sinus surgery. Concept, indications and results of the Messerklinger technique // *Arch. Otolaryngol*. 1990. - Vol. 247, - №2. - P. 63-76.
- 77.Gibbons M.D., Sillers M.J. Minimally invasive approaches to the sphenoid sinus. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 2002. Jun; 126 (6): 635 - 641.
- 78.Watkins L.M., Pasternack M.S., Banks M., Kousoubris P., Rubin P.A. Bilateral cavernous sinus thromboses and intraorbital abscesses secondary to *Streptococcus milleri* // *Ophthalmol*. 2003. - Vol.110, №3. - P. 596-574.
- 79.Садовский В.И., Черныш А.В. Осложнения эндоскопической ринохирургии и их профилактика // *Материалы научно-практической конференции «Современные вопросы аудиологии и ринологии»*. Курск. -2000. - С. 310-311.
- 80.Wong A.M., Bilaniuk L.T., Zimmerman R.A., Simon E.M., Pollock A.N. Magnetic resonance imaging of carotid artery abnormalities in patients with sphenoid sinusitis // *Neuroradiol*. 2003. - №10. - P. 191-194.
- 81.Wigand M.E., Hosemann W., Endoskopische Chirurgie der Nasennbenhohlen und der vorderen Schadelbasis. Stuttgart: Thieme. - 1989. -S.1-151.
- 82.Weber R., Draf W. Komplikationen der endonasalen mikro-endoskopischen Sieben-operation // *HNO*. -1992. Bd. 40. - S. 170-175.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАНЕЕ ИЗГОТОВЛЕННЫХ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Нурбаев А.Ж., Калыбаев С.А., Эркинбеков И.Б.

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

Резюме. обследовано 160 человек в возрасте 55-74 лет, оценивалось качества ранее изготовленных зубных протезов у лиц пожилого и старческого возраста. Исследование имеющихся зубных протезов у пациентов пожилого и старческого возраста показал высокий процент не отвечающих клиническим требованиям.

Ключевые слова: пожилые люди, протезы, оценка.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫ АДАМДАРГА ЖАСАЛГАН КАПТАМА ТИШТЕРДИН САПАТЫН БААЛОО

Нурбаев А.Ж., Калыбаев С.А., Эркинбеков И.Б.

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

Корутунду. 55-74 жаш курактагы 160 улгайган жана карыган адамдарга жасалган каптама тиштердин сапаты бааланган. Изилдөөгө алынган каптама тиштердин талапка ылайык келбеген көп кемчиликтери бар экендиги аныкталган.

Негизги сөздөр: жашы улгайган кары адамдар, каптама тиштер, баалоо.

QUALITY ASSESMENT PREVIOUSLY MADE DENTURES IN ELDERLY AND SENILE AGE

Nurbaev A.J., Kalybaev S.A., Erkinbekov I.B.

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

Resume. Surveyed 160 people aged 55-74 years; quality was assessed previously made dentures in elderly and senile age. Research of existing dental prostheses in patients of elderly and senile age showed a high percentage of inappropriate clinical requirements.

Keywords: older people, dentures, assessment.

Актуальность.

Стоматологическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (ПСВ) в Кыргызстане имеет устойчивую тенденцию к ухудшению [1,4,8].

Надлежащая система стоматологической помощи невозможна без обеспечения соответствующего качества. В течении многих лет, проблема улучшения качества медицинской помощи находится в центре внимания ведущих специалистов мира [3,5,6].

Формирование и развитие рынка стоматологических услуг, а так же многочисленных организаций с различными формами собственности, оказывающих эти услуги, ставят проблему качества в число первоочередных. Появилось значительное количество жалоб и претензий, связанных с качеством медицинской помощи вообще, и стоматологической, в частности [3,5,7].

Критерии оценки качества работы врача-стоматолога-ортопеда и изготовления зубных протезов, содержащиеся в ряде нормативных документов, морально устарели и при современном уровне развития технологий в стоматологии усложняют задачу оценки качества [6,7,8].

Существенное значение при этом имеют качество ранее оказанной ортопедической стоматологической помощи и сроки пользования лицами ПСВ зубными протезами различных конструкций.

Целью данного исследования является оценка качества ранее изготовленных зубных протезов у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования.

Объектами исследования были лица ПСВ в возрасте 55-74 лет и старше, проживающих в различных

регионах Кыргызской Республики, пользующиеся различными конструкциями зубных протезов. Количество обследованных составили 160 человек, которые были разделены на три возрастные группы: 55-64, 65-74, и 75 лет и старше. Сбор материала осуществлялся изучением 160 “Карт оценки стоматологического статуса”.

В специальном разделе “Карты оценки стоматологического статуса” регистрировали наличие зубных протезов. При этом определены их вид и пригодность для дальнейшего использования и сроки пользования ими. Экспертно оценивалось качество оказанной стоматологической помощи. В качестве экспертов выступали независимые врачи и представители администрации ЛПУ (лечебно-профилактическое управление), не осуществляющие лечение в данном конкретном случае. Адекватность оценок удовлетворенности респондентов оценивали, как модуль (абсолютное значение) разности показателей удовлетворенности и экспертно оцененного качества лечения по формуле $A=U-K$ где А-адекватность оценок удовлетворенности, U-удовлетворенность пациента, К-экспертно оцененный уровень качества оказанной стоматологической помощи. Оценку статистической значимости полученных данных производили с применением t - критерия Стьюдента .

Обсуждение результатов исследования.

Исследование имеющихся зубных протезов в полости рта у лиц ПСВ показало высокий процент низкокачественных, требующих замены несъемных и съемных протезов (рис.1, 2).

Из общего числа обследованных лиц ПСВ,

проживающих в г. Бишкек, пользующихся несъемными протезами выявлено -59% негодных и 41,0% годных к использованию протезов. У жителей г.Талас-78,0% негодных протезов, требующих замены.

Изучение состояния ранее изготовленных съемных протезов показало, что в г.Бишкек было выявлено - 42,0% годных и 58,0% негодных, требующих замены, по городу Нарын - 38,0% годных и 62,0% негодных, требующих замены (рис. 2).

Наиболее частой причиной негодности несъемных протезов является расположение края коронки выше уровня десневого края, несоответствующее требованию плотного охвата шейки зуба. Для пластмассовых коронок характерна их потертость и изменение в цвете. Такие же недостатки характерны для паянных мостовидных протезов с пластмассовой облицовкой. Основными причинами негодности съемных протезов была высокая стираемость искусственных зубов и переломы базисов. Неудовлетворительное качество съемных протезов при полной потере зубов обусловлено также плохой

фиксацией и стабилизацией протезов. Переломы базисов в 1,5 раза чаще имели место у лиц ПСВ, пользующихся частичными съемными протезами по сравнению с лицами, пользующимися полными съемными протезами. Помимо этого, нами изучено качество ортопедических конструкций в зависимости от сроков пользования ими. В результате показано, что 45,0-50,0% зубных протезов не соответствуют требованиям уже на первом и на втором году пользования ими.

У лиц ПСВ происходили изменения не только зубов и зубных рядов, но и в физиологии полости рта, в секреторной деятельности слюнных желез, что вызвало сухость в полости рта. У пациентов со сниженной скоростью слюноотделения наблюдалось ухудшение фиксации съемных пластиночных протезов вследствие уменьшения явления адгезии. Указанные факторы способствовали уменьшению сроков пользования протезами. При обследовании и лечении лиц ПСВ, помимо стоматологических проблем, выявлялись многочисленные трудности, связанные с возрастом больных. Наличие

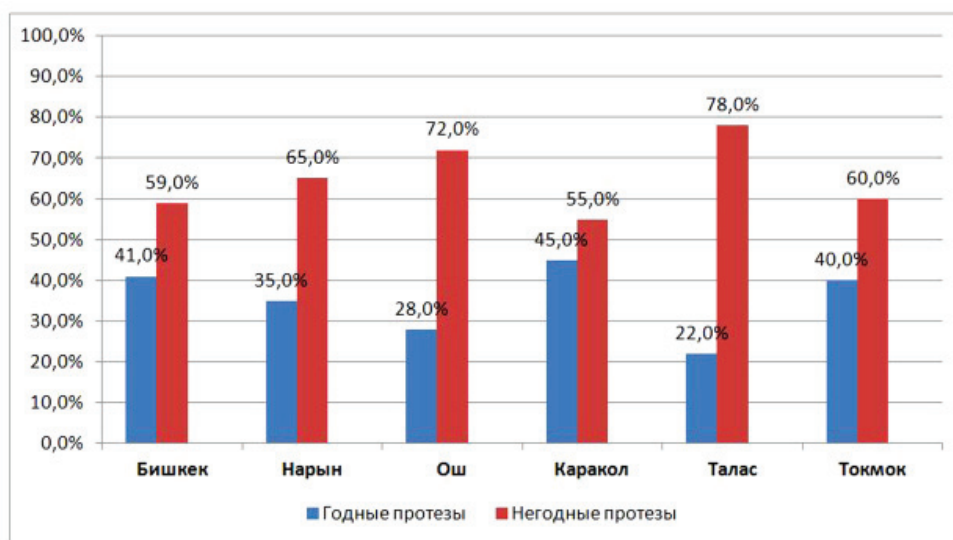


Рис.1. Состояние ранее изготовленных несъемных протезов у лиц ПСВ в целом по всем районам обследования.

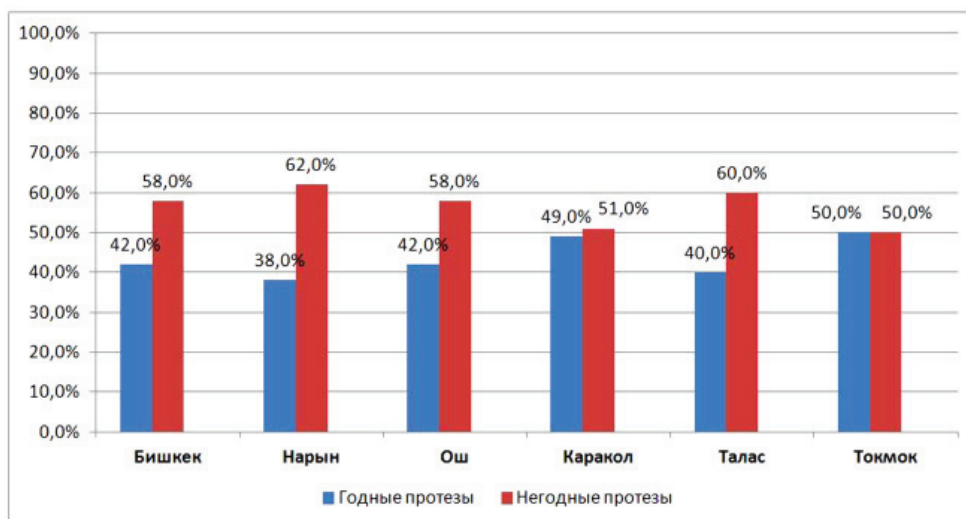


Рис.2. Состояние ранее изготовленных съемных протезов у лиц ПСВ.

одновременно нескольких стоматологических заболеваний у пациентов усугубляли стоматологические проблемы. Известно, что лица ПСВ по многим причинам не обращаются к врачу для замены протезов, длительное время пользуются старыми «негодными», приспособившись к ним.

Проведенный анализ качества ортопедического стоматологического лечения показал, что, к сожалению, на качество протезов оказывают влияние такие факторы:

- где и как проводилось лечение - в городских или сельских лечебных учреждениях;
- в государственных поликлиниках или частных кабинетах;
- проводилось ли лечение бесплатно или платно.

Для дальнейшего определения объемов ортопедической стоматологической помощи были учтены потребности в замене изготовленных конструкций с учетом их реального срока службы, определенного нами на основе клинического и статистического анализа.

Установлено, что сроки пользования годными зубными протезами, многократно ниже сроков пользования негодными аналогичными конструкциями. Так, годными мостовидными и частичными съемными протезами люди в возрасте 55-64 лет пользуются в среднем 2,5 года, в то же время, аналогичными негодными конструкциями в этом возрастесо сроками пользования 7 лет. Соответственно в возрастной группе 65-74 лет те же показатели составили с годными конструкциями 1,5 года, а с негодными 6,5 лет. Хуже всего дело обстояло с полными съемными протезами, большинство из которых оказалось негодными и подлежало переделке к моменту первого визита пациента. Из числа немногочисленных годных съемных зубных протезов выявленный срок пользования ими составил 1,8 лет. В то же время негодными полными съемными зубными протезами лица данного возраста в среднем пользовались по 7,6 лет. Все это с одной стороны свидетельствует о значительных адаптационных возможностях организма, а с другой о том, что население ПСВ несвоевременно обращается по поводу переделок некачественных зубных протезов.

Лечение лиц ПСВ сопряжено со многими трудностями, что обусловлено с возрастом больных. Наличие одновременно нескольких соматических заболеваний у этой категории людей (заболевания сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, сахарный диабет, снижение слуха и зрения, возрастная деменция и др.) усугубляют все стоматологические проблемы, и оказывают влияние на сроки адаптации к зубным протезам, а также на сроки пользования ими.

Выводы:

- Исследование имеющихся зубных протезов в полости рта у пациентов ПСВ показал высокий процент низкокачественных, требующих замены протезов.
- Установлено, что у ПСВ сроки пользования годными зубными протезами многократно ниже сроков пользования негодными аналогичными конструкциями.
- Клинические и статистические исследования протезов населения ПСВ свидетельствует, что 45,0%-50,0% не соответствует требованиям уже на первом и на

втором году пользования ими.

- Лица ПСВ несвоевременно обращаются по поводу замены некачественных зубных протезов.

Литература:

1. Абасканова П.Д. Состояние полости рта у социально незащищенных слоев населения [Текст]. П.Д. Абасканова, М.М.Баширов, С.М. Эргешов // Медицинские кадры XXI века. – Бишкек, 2006. - №2. - С.58-63.

2. Амираев У.А. Причины повторного протезирования съемными пластичными протезами при вторичной полной адентии [Текст]. У.А.Амираев // Медицинские кадры XX века. – Бишкек, 2006. - №2. - С.79-81.

3. Бутова В.Г., Ковальский В.А., Ананьева Н.Г. Экспертиза качества стоматологической помощи [Текст]. В.Г.Бутова, В.Л.Ковальский, Н.Г.Ананьева Экспертиза качества стоматологической помощи. В.кн.: Стоматология на пороге третьего тысячелетия Сб. тезисов.- М.2001.-С.30-31.

4. Коомбаев К.К. Показатели здоровья больных пожилого и старческого возраста с полными и частичными адентиями [Текст]. Коомбаев К.К. // Проблемы стоматологии. – Бишкек, 2010.-№3. –С. 42-44.

5. Кицул И.С., Галонский В.Г. Планирование ортопедической помощи и обеспечение ее качества в современных условиях [Текст] И.С. Кицул, В.Г.Голонский. - Иркутск: ИГМУ, 2002.-164с.

6. Малый А.Ю. Медико-правовое обоснование врачебных стандартов оказания медицинской помощи в клинике ортопедической стоматологии: Автореф. дисс. д-ра мед.наук. - М.,2001.-42с.

7. Максимовский Ю.М., Бутова В.Г., Ульянов Т.В., Ананьева Н.Г. Развитие и функционирование стоматологического рынка [Текст]. Ю.М. Максимов, Бутова В.Г., Ульянов Т.В., Ананьева Н.Г. // Стоматология для всех 1998-№1.-С.58-61.

8. Нурбаев А.Ж. Проблемы и предложения по оказанию ортопедической стоматологической помощи пожилым и лицам старческого возраста [Текст]. А.Ж. Нурбаев // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2008. - №1.- С.18-21.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ НАНОРАСТВОРА ЗОЛОТА С ЦЕЛЮ ЗАМЕЩЕНИЯ КОСТНЫХ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПОСЛЕ ОКОЛОКОРНЕВЫХ КИСТ

Токтосунова С.А., Мамытова А.Б., Сулайманкулова С.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной статье приведено научно-исследовательская работа клинических и рентгенологических данных с применением нанораствора золота после операции цистэктомия. Клиническая и рентгенологическая картина была приведена в сравнении с определенными сроками где в сравнении было изучено применение нанораствора золота показатели которого были лучшими по сравнению с контрольной группой пациентов.

Ключевые слова: Нанораствор золота, операция цистэктомия, рентгенография, клиническая картина.

АЛТЫН НАНОБӨЛҮКЧӨЛӨРҮН КОЛДОНУУ МЕНЕН ЖААКТАРДЫН ТИШТЕРИНИН ТҮЙҮНДӨГҮ КИСТАЛАРЫН ДАРЫЛООСУНУН РЕНТГЕНДИК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Токтосунова С.А., Сулайманкулова С.К., Мамытова А.Б.

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян Университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада жаактардын радикулярдык кисталарынын клиникалык жана рентгендик көрүнүштөрү келтирилген. Клиникалык жана рентгендик көрүнүштөрү негизги жана көзөмөлдүк топторго бөлүнгөн эки топтун арасында алтын нанобөлүкчөлөрүнүн колдонулушу эң жакшы жыйынтыктарды көрсөттү.

Негизги сөздөр: радикулярдык киста, клиникалык сүрөттөмөсү, рентгендик сүрөттөмөсү, рентгендик өзгөчөлөр.

THE PICTURE OF RADIOLOGICAL PARAMETERS BY APPLICATION OF GOLD NANOPARTICLES FOR THE CYST OF JAW

Toktosunova S.A., Sulaimankulova S.K., Mamytova A.B.

B.N. Elcin Kyrgyz-Russian Slavian University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This article it is resulted scientificall research work of clinical and radiological data. Using of gold nanoparticles after the operation a cystectomy is a clinical and radiological picture . Over was brought by comparison application of nanoparticles of gold was studiet indexes of were the best ascompared to the control grjup of patients.

Key words: The gold nanoparticles, operation cystectomy, radiography, clinical picture.

Околокорневые кисты составляют 70-75% от всех кист челюстей [1,2]. Зубы с очагом хронической инфекцией являются источником возникновения околокорневых кист челюстей. Общепринятым методом лечения околокорневых кист челюстей является операция цистэктомия с резекцией верхушки корня «причинного» зуба. За последнее время много публикаций было посвящено восстановительному процессу костного дефекта после операции цистэктомии [3,4]. Большинство исследователей шли по пути заполнения послеоперационного костного дефекта различными материалами [4,5]. В настоящее время в связи с развитием нанотехнологий в медицине были разработаны новые нанотехнологические материалы для быстрой и эффективной остеорегенерации послеоперационных костных дефектов. Одним из этих остеорегенерирующих материалов является нанораствор золота [5,6].

Цель исследования.

Изучение влияния нанораствора золота на процесс остеорегенерации послеоперационного костного дефекта.

Материалы и методы.

В настоящей работе было проведено обследование и лечение 49 пациентов с околокорневыми кистами челюстей, женщины составили 25 человек, мужчины 13 человек. Возраст пациентов составил от 19-58 лет. В зависимости от способа лечения все пациенты разделены

на 2 группы: основную группу составляет (38 человек) и контрольную группу составляет (11 человек). В основную группу вошли пациенты с радикулярными кистами челюстей размеры которых составил от 1,0 см до 3,0 см, кисты были расположены во фронтальных отделах верхних и нижних челюстей. Всем пациентам основной группы была произведена операция «цистэктомия» с резекцией верхушки корня «причинного» зуба с использованием нанораствора золота. Костный дефект высушивали, далее стенки костного дефекта обрабатывали нанораствором золота после чего накладывали гемостатическую губку. Результаты хирургического лечения оценивались по данным клинических и рентгенологических методов исследования. Рентгенологические исследования проводились до операции, через 3 месяца и через 6 месяцев после операции. Из рентгенологических методов исследования мы проводили ортопантонографию. В контрольную группу вошли пациенты у которых так же имелись радикулярные кисты челюстей размером от 1,0 см до 3,0 см, локализация которых была такой же, что и в основной группе. Возраст пациентов контрольной группы составили от 20-60 лет. В контрольной группе было 11 пациентов, из них мужчин было 4 человек, а женщин 7 человек. Всем пациентам контрольной группы так же проводили операцию-цистэктомию с резекцией верхушки

«причинного» зуба. При этом в образовавшиеся в результате операции заполнялись сгустком крови без использования каких-либо остеорегенерирующих материалов в костные дефекты, то есть, заживление происходило естественным путем.

Результаты исследования.

В послеоперационном периоде оценка проведенного хирургического вмешательства производилось как в ближайшем так и в отдаленном периоде до 6 месяцев. У пациентов основной группы, которым была проведена операция «цистэктомия» с использованием нанораствора золота после операционный период протекал гладко без осложнений. Через 6 месяцев после операции никаких клинических осложнений в основной группе не выявлено. У всех пациентов до лечения на рентгенограммах определялись участки разрежения костной ткани с четкими контурами в области верхушки «причинного» зуба. Рентгенологическое исследование проведенное через 3 месяца в основной группе выявило появления участки уплотнения в зоне костного дефекта. Костные края постепенно сглаживались и становились в большей степени рентгеновидимыми. Это говорит о том, что произошло развитие молодой костной ткани, а так же формирование рентгенологически плотных костных мостиков между краями дефекта.

Так же наблюдалось формирование костно-тканевых регенератов в виде нежно-трабекулярной

структуры. К 6 месяцам определяется активный процесс регенерации костной ткани в области послеоперационного дефекта у пациентов основной группы. Наблюдались в большом количестве, костные трабекулы которые заполняли всю площадь дефекта прослеживался этап костеобразования. Остеорегенерируемые участки отличались повышенной плотностью и уплотнением трабекулярных структур. Таким образом, к 6 месяцам происходила организация полноценной костной ткани в области после операционного дефекта, обработанная нанораствором золота (рис.1).

В контрольной же группе пациентов, где применяли традиционный метод операции цистэктомии без использования остеопластического материала, клинические данные показали, что после операционное течение в ближайшие и отдаленные периоды так же протекали гладко без каких-либо осложнений. Рентгенологическое исследование в контрольной группе через 3 месяца показала, что процесс остеорегенерации происходила значительно медленнее, чем по сравнению с основной группой пациентов. Зрелой костной ткани мало или она отсутствует, участки уплотнения еще не были видны. К 6 месяцам было видно уменьшение размеров костных дефектов за счет естественной регенерации костной ткани только по периферии послеоперационного костного дефекта. В центральной части костного дефекта наличие зрелых костных трабекул были единичны (рис.2).

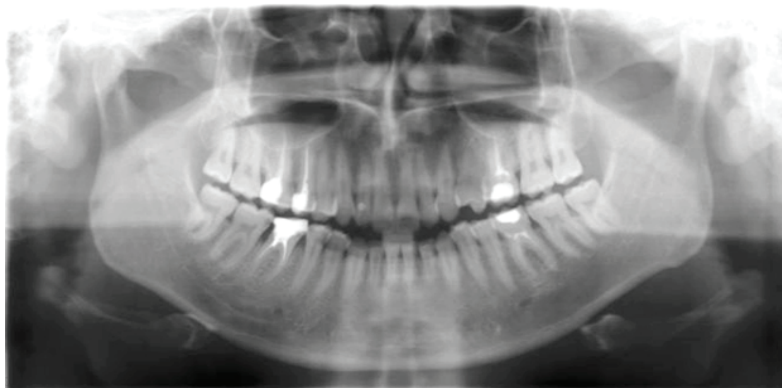


Рис.1. Рентгенография 15 го зуба на верхней челюсти через 6 месяцев применения нанораствора золота.

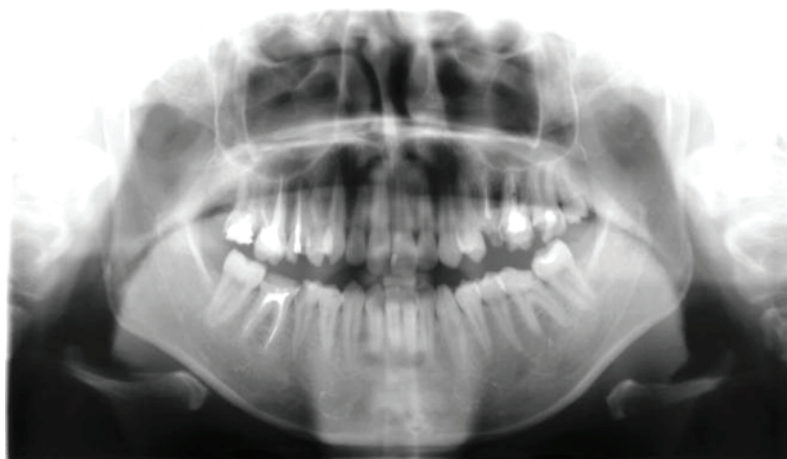


Рис.2. Рентгенография 15 зуба на верхней челюсти без применения какого-либо остеорегенерирующего материала.

Выводы.

Таким образом, по данным рентгенологического исследования проведенного через 6 месяцев в основной группе была определена активная регенерация костной ткани в области послеоперационного костного дефекта у пациентов, которым послеоперационный дефект обрабатывался нанораствором золота, далее накладывалась гемостатическая губка. Костные трабекулы к 6 месяцам наблюдались в большом количестве, прослеживалось полноценное образование кости не отличающееся от окружающей костной ткани челюстной. Рентгенологическая плотность отмечалась даже в центральной части дефекта. Выполненная научно-исследовательская работа подтвердила, что использование нанораствором золота, является стимулятором костноклеточного генеза. Это объясняется выраженным остеоиндуктивным свойством данного материала. Клинические данные тоже показали, что нано частиц золота имеют противовоспалительные, бактериостатические, ранозаживляющие свойства и тем самым ускоряет скорость заживления как в мягких тканях так и в костных структурах.

Литература:

1. Давыдовский И.В. Регенерация. Общая патология человека. \ И.В. Давыдовский.-М., 1990.-С.359-408.
2. Ефимов Ю.В., Семенов В.А. Хирургическое лечение нагноившихся околокорневых кист челюстей с дооперационным прогнозом размеров остаточной костной полости \ Ю.В. Ефимов., В.А. Семенов.- М., 1994.-С.83-85.
3. Иванов С.Ю. Клинические результаты использования различных костнопластических материалов при синуслифтинге./ С.Ю. Иванов. –М., -1999.-С. 51-55.
4. Мирсаева Ф.З. Хирургическое лечение одонтогенных кист с применением трансплантатов./ Ф.З. Мирсаева. –М., 1999.-С-112.
5. Лахтин В.М., Афанасьев С.С., Нанотехнологии и перспективы их использования в медицине и биотехнологии /В.М. Лахтин, Афанасьев С.С.- М., 2008. –С. 50-55.
6. Соловьев М.М., Семенов Г.М., Галецкий Д.В. Оперативное лечение одонтогенных кист./ М.М. Соловьев., Г.М. Семенов., Д.В. Галецкий.- М., 2004.-С-127.

СТРУКТУРА И ЧАСТОТА НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В ОРГАНАХ ЗАГС Г. ОШ.

Мамаджанов Б.Б., Мукашев М.Ш.

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

Резюме. В статье отражены частота и структура смертности населения от насильственных причин по архивным данным г. Ош за 1987-1988 годы. Установлено, что насильственная смерть как причина смерти пострадавших в 1987 году была в количестве 111, в 1988 – 131 случаев. Внешними факторами, действовавшими на организм, были: механические травмы, механические асфиксии, отравления, действие крайних температур и электротравма. Из всех случаев насильственной смерти (111) механическая травма составила 59 случаев, отравлений 10, действия крайних температур – 5 и электротравма – 7 случаев. По полу архивные данные распределены: мужчин 83 (74,7%), женщин – 28 (25,2%).

Ключевые слова: насильственная смерть, половозрастной состав, механическая травма, механическая асфиксия.

ОШ ШААРЫНЫН ЖАМА (ЗАГС) ОРГАНДАРЫНДА КАТТАЛГАН КИШИ КОЛДУУ ӨЛҮМДҮН БОЛГОН СТРУКТУРАСЫ ЖАНА КӨПТҮГҮ

Мамаджанов Б.Б., Мукашев М.Ш.

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

Корутунду. Макалада Ош шаарынын архив маалыматтары боюнча 1987-1988 жылдары кыргыз себептеринен элдин өлүмүнүн болгондугунун структурасы жана көптүгү көрсөтүлгөн. Тактап айтканда, 1987-жылы күч колдонуу, кыргыз себептеринен өлгөндөрдүн саны 111ди, 1988-жылы – 131ди түзгөн. Өлүмдүн себептери болуп механикалык травма, асфиксиялар, уугу, жогорку ысык жана үшүк жана электротравма болгон. Ошонун арасында 59 механикалык травмадан, 30 асфиксиядан, уугудан 10, ысык жана үшүктөн 5, электротравмадан 7 окуя болгон. Жыныстык жагынан – эркектер 83 (74,7%), аялдар – 28 (25,2%) түзгөн.

Негизги сөздөр: киши колдуу өлүм, жыныстык курагы, механикалык жаракат, механикалык дем кыстыктыруу.

STRUCTURE AND FREQUENCY OF VIOLENT DEATHS REGISTERED IN THE REGISTRY OFFICE IN OSH

Mamajanov B.B., Mukhashev M. Sh.

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

Resume. The article reflects the frequency and structure of mortality from violent causes the archives of the city of Osh for the 1987-1988 years. It was established that the cause of violent death victims in 1987 was in the amount of 111, in 1988 -131 cases. External factors acting on the body are: mechanical trauma, mechanical asphyxia, poisoning, acts of extreme temperatures and electrical accident. Of all violent deaths (111 cases), mechanical trauma was 59 cases, mechanical asphyxia - 30, poisoning 10, action extreme temperatures -5 and -7 electrical accident cases. By sex archival data is distributed: 83 men (74.7%), women's -28 (25.2%).

Keywords: Violent death, sex and age composition, mechanical trauma, mechanical asphyxia.

Актуальность.

Демографическая ситуация является одним из наиболее важных признаков, отражающих социальную, экономическую характеристику страны и оценивается она по показателям рождаемости, смертности, естественному приросту, уровню брачности (разводимости), состоянию половозрастной структуры общества [2,14].

Уровень развития регионального здравоохранения на современном этапе определяется многими показателями и одним из значимых показателей является уровень смертности населения [1].

Глубокий анализ общей структуры смертности и других демографических показателей и разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение смертности населения, позволят снизить депопуляционные процессы.

Снижение смертности населения и оказания существенного влияния на депопуляционные процессы как значимые и актуальные задачи здравоохранения зависит от повышения качества всех видов и форм медицинского

обслуживания населения.

Смертность населения прежде всего обусловлена насильственными и ненасильственными категориями смерти, структура и причина которых многолика и требует глубокого анализа.

Основным источником увеличения общей смертности населения является воздействие внешних (экзогенных) факторов.

Рост количества случаев сочетанной травмы приобретает стремительный характер как у взрослых [15] так и у детей [12,16].

По данным Юдинцевой И.В. (2009), травматическая смертность растет опережающими темпами и в структуре причин смерти российских мужчин насильственная причина смерти составляет 15% всех случаев смерти. Причем, взаимосвязь между уровнем потребления населением РФ алкоголя и смертностью от насильственных причин очевидна: около 60% убитых и 80% совершивших преступления находились в состоянии алкогольного опьянения разной степени [3,13].

По данным Кряжева В.С. (2003), преобладающей составляющей насильственной смерти является механическая травма, из механических травм значительная доля приходится на автомобильную травму [14].

Летальный исход пострадавших лиц, доставленных в лечебные учреждения Астрахани после различных травм, имеет тенденцию к увеличению. В 81,2% случаев от причиненных травм умерли лица мужского пола с преобладанием лиц трудоспособного возраста и наибольшее количество смертельных исходов связаны с транспортной травмой - 29,76% [5].

Анализ динамики насильственной смерти в Ленинградской области за 1992-2006 годы показал, что смертность от травм и отравлений составила 17,9% от общего количества умерших, а пик подъема смертности наблюдался в 1994 и 2003 годах [7].

Какова же смертность населения от насильственных причин в Кыргызской Республике? Анализ данной проблемы посвящены ряд работ, однако они не носят системного характера, посвящены отдельным видам травм. Первые исследования по архивным материалам РБСМЭ (ныне РЦСМЭ) МЗ КР проведены в 1993 году и установлено, что 14,1% случаев из общего количества судебно-медицинских исследований трупов приходится на черепно-мозговую травму, из которой 37,7% составляют открытую, 62,3% закрытую черепно-мозговую травму [9,11]. Половозрастные особенности черепно-мозговой травмы за определенный промежуток времени анализированы в работе Мукашева М.Ш., Уразова А (1995).

Смертельный исход от ДТП, падений с высоты, локальных повреждений тупыми твердыми предметами с повреждениями грудной клетки в 1991 и 1992 годах составили соответственно 12,8% и 13,7% от общего количества исследованных трупов и явно имеет тенденцию к увеличению. По возрастному составу погибших от травм грудной клетки преобладающее большинство приходится на лиц молодого возраста - от 26 до 45 лет (46%), на подростковый период - до 5,1%.

Наиболее частыми осложнениями травм грудной клетки как непосредственные причины смерти пострадавших были: гемоторакс - 82,4% в 1991г. и 84,1% в 1992 году; пневмоторакс - 5,2% (1991год) и 6,8% (1992 год); гемопневмоторакс - 15,8% и 15,9%, плевропульмональный шок - 3,5% и 2,3%, посттравматическая пневмония - 1,7% и 6,8% соответственно [8].

Частота смертности от различных видов механических травм в разные годы колеблется в незначительном количестве при сохранности показателей высокой смертности среди лиц мужского и трудоспособного возраста. За 1999-2001 годы механическая травма от действия тупых твердых предметов составила 46,6% (1999 год), 57,3% (2000 год) и 47,16% (2001год); от действия острых предметов 18,14% (1999 год), 19,55% (2000 год) и 25,9% (2001 год); транспортные травмы 25,46%, 15,35% и 22,4% соответственно [2]. По данным указанных авторов, повреждения от действия огнестрельных оружия занимают значительно меньший удельный вес среди механических травм: 9,8% в 1999году, 7,8% в 2000 году и 4,54% в 2001 году. По половому составу при всех видах вышеуказанных

механических повреждений значительную долю составляют мужчины, колеблясь от 75,7% до 86,6% от общего количества пострадавших.

Анализ небольшого количества литературных источников свидетельствует о необходимости и важности изучения проблемы смертности, прежде всего с медицинской, в том числе и судебно-медицинской точки зрения по регионам и в масштабе всей страны.

Материал и методы исследования.

С этой целью нами изучены: архивные данные гражданских свидетельств о смерти, выданных ЗАГСом г. Ош в 1987 и 1988 годах. Следует отметить, что в гражданских свидетельствах о смерти, к сожалению, отражается только лишь непосредственная причина смерти без указания рода и вида смерти, однако по ним достаточно ясно видна категория смерти – насильственная или ненасильственная.

Насильственная смерть как причина смерти пострадавших в 1987 г. была в количестве 111, в 1988 – 131 случаев. Внешними факторами, действовавшим на организм, были: механические травмы, механические асфиксии, отравления, действие крайних температур и электротравма. Из всех случаев насильственной смерти (111 случаев) механическая травма составила 59 случаев, механические асфиксии – 30 случаев, отравлений 10, действия крайних температур – 5 и электротравма – 7 случаев. По полу архивные данные распределены: мужчин 83 (74,7%), женщин - 28 (25,2%).

Очень показательно, что из 59 механических травм в 47 случаях и 30 механических асфиксий в 21 случае пострадавших составили мужчины, от электротравмы погибли исключительно мужчины. Случаи отравлений одинаково распространены как у мужчин так и у женщин (по 5 случаев).

По возрастному составу смерти от механических травм и механических асфиксий подвержены люди в возрасте от 0 - 10 до 46 - 60 и выше 60 лет. Наибольшее же количество механических травм (50 случаев) приходится на возраст 19 - 60 и выше лет. К сожалению, подавляющее количество механических асфиксий (18 случаев) пришлось на возраст 0 - 10 - 18 лет, что не может не вызывать тревогу у общественности (таблица №1).

В 1988 году количество насильственной смерти увеличилось до 131 случая за счет увеличения количества механических травм и механической асфиксии до 62 и 49 случаев соответственно. Случаи отравлений, действия крайних температур, электротравмы не претерпели особых количественных изменений по сравнению с 1987 годом. Вызывает тревогу тенденция увеличения количества механических травм (12) и механических асфиксий (17) и отравлений (2) в детском и подростковом возрасте. Из 131 случая насильственной смерти в 95 случаях были лица мужского пола, в 36 случаях – лица женского пола. Из них в 47 и 31 случае мужчины погибли от механической травмы и механической асфиксии, женщины – 15 и 18 случаях соответственно. Пострадавшими от электротравмы и в этом году были исключительно лица мужского пола.

По возрасту наибольшее количество механических травм причинены лицам в возрасте 19 - 60 и выше лет, от механических асфиксий – лица в возрасте от 19 до

Таблица №1.

Частота и половозрастные показатели насильственной смерти по данным ЗАГСа г. Ош за 1987 год.

№		муж	жен	0-10лет	11-8лет	19-25лет	26-45лет	46-60лет	60 и выше лет	всего
1.	Механические травмы	47 (79,6%)	12 (21,4)	6 (10,1%)	3 (5%)	9 (15,2%)	23 (38,9%)	14 (23,7%)	4 (6,7%)	59
2.	Механические асфиксии	21 (70%)	9 (30%)	16 (53,3%)	2 (6,6%)	3 (10%)	6 (20%)	2 (6,6%)	1 (3,3%)	30
3.	Отравления	5 (50%)	5 (50%)	2 (20%)	-	-	5 (50%)	3 (30%)	-	10
4.	Действия крайних температур	3 (60%)	2 (40%)	1 (20%)	-	3 (60%)	1 (20%)	-	-	5
5.	Электротравмы	7 (100%)	-	-	-	2 (28,5%)	4 (57,1%)	1 (14,2%)	-	7
	ИТОГО:	83 (74,7%)	28 (25,2%)	25 (22,5%)	5 (4,5%)	17 (15,3%)	39 (35,1%)	20 (18%)	5 (4,5%)	111

Таблица №2.

Частота и половозрастные показатели насильственной смерти по данным ЗАГСа г. Ош за 1988 год.

№		муж	жен	0-10	11-18	19-25	26-45	46-60	60 и выше	всего
1.	Механические травмы	47 (75,8%)	15 (24,2)	10 (16,1%)	2 (3,2%)	10 (16,1%)	28 (45,1%)	9 (14,5%)	3 (4,8%)	62
2.	Механические асфиксии	31 (63,2%)	18 (36,8%)	11 (22,4%)	6 (12,2%)	6 (12,2%)	16 (32,6%)	6 (12,2%)	4 (8,1%)	49
3.	Отравления	8 (88,8%)	2 (11,2%)	2 (22,2%)	-	1 (11,1%)	4 (44,4%)	2 (22,2%)	-	9
4.	Действия крайних температур	4 (66,6%)	2 (33,4%)	-	-	2 (33,3%)	1 (16,6%)	2 (33,3%)	1 (16,6%)	6
5.	Электротравмы	5 (100%)	-	-	-	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	-	5
	ИТОГО:	95 (72,5%)	36 (27,5%)	23 (7,5%)	8 (6,1%)	20 (15,2%)	51 (38,9%)	21 (16%)	8 (6,1%)	131

60 и выше (4 случая) лет (таблица №2).

Выводы:

Таким образом, анализ частоты и структуры насильственной смерти по данным ЗАГСа г. Ош показал:

1. Преобладающее большинство насильственной смерти населения обусловлено механическими травмами и механическими асфиксиями.

2. Наибольшее количество погибших составляют лица мужского пола.

3. Возраст от 19 до 60 лет является периодом, представляющим риск для жизни.

4. Вызывает тревогу частота встречаемости механических асфиксий в детском, подростковом и юношеском периодах.

5. Неполнота информации, отраженных в гражданских свидетельствах о смерти.

Литература:

1. Амелехина О.Е., Заславский Г.И., Рязанов Н.Н. *Участие судебно-медицинских экспертных учреждений в развитии здравоохранения Ленинградской области. Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науке и экспертной практики современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Т.1 под общей редакцией д.м.н. Ковалева А.В. М., 2013, с. 56-58.*

2. Борисов В.А. *Демография, 2001.-е.*

3. Голов А.А. *Алкоголь и здоровье населения России. 1900-2000. Материалы Всероссийского форума по политике в области общественного здоровья. «Алкоголь и здоровье» и Всероссийская конференция «Алкоголь и здоровье», М.,1998; 374-385.*

4. Джайлобаев Р.К., Тургунова М.А., Саалиева А.Н. и др. *Сравнительная характеристика различных видов*

травм по данным РБСМЭ за 1999-2001 годы. ЦАМЖ, том 9, 2003. Приложение. с.217-219.

5. Збруева Ю.В. Анализ летальных исходов в результате травмы среди лиц, умерших в стационарах Астрахани (по данным бюро судебно-медицинской экспертизы Астраханской области). Судмедэкспертиза, 2/2010, с. 29-31.

6. Кряжев В.С. Общие положения методики расследования преступлений, совершенных с применением взрывных устройств. Автореф. дис. канд. юр. наук. Иркутск, 2003. 16 с.

7. Лобан И.Е. Основные тенденции динамики насильственной смерти в Ленинградской области в 1992-2006 гг. и прогнозирование уровня смертности. Судмедэкспертиза, 4/2008, с. 3-6.

8. Мукашев М.Ш. Множественные повреждения грудной клетки от действия механических факторов. Актуальные проблемы клинической и экспериментальной хирургии. Материалы 2-съезда хирургов Кыргызстана, Бишкек 4-5 октября 1995 года. Бишкек, 1995.-с. 133-134.

9. Мукашев М.Ш., Мамыркулов Ы.Э. Частота встречаемости субдуральных гематом при черепно-мозговой травме по материалам РБСМЭ МЗ Республики Кыргызстан. Современные вопросы судебной медицины и

экспертной практики. Ижевск-Москва, 1993. с. 121-129.

10. Мукашев М.Ш., Уразов А. Черепно-мозговая травма в судебно-медицинском отношении. Актуальные вопросы современной медицины. Материалы 2-й Международной конференции студентов и молодых ученых 24-26 апреля 1995 г. Бишкек, 1995. С. 89.

11. Мукашев М.Ш., Шарипов А.И. Сравнительный анализ смертельной автотравмы за 1986-1988 г. по материалам РБСМЭ МЗ Республики Кыргызстан. Современные вопросы судебной медицины и экспертной практики. Ижевск-Москва, 1993. с. 110-117.

12. Ормантаев К.С. Тяжелая черепно-мозговая травма у детей. Л.: Медицина, 1982.

13. Пиголкин Ю.И., Богомолова И.Н., Богомолов Д.В. и др. Судебно-медицинская диагностика отравлений спиртами. М., 2006, е.

14. Пиголкин Ю.И., Сидорович Ю.В. Характеристика смертности в Российской Федерации. Судмедэкспертиза, 1/2011.- с.14-18.

15. Соколов В.А. Множественные и сочетанные травмы. М.: Геотар-Медиа, 2006.

16. Okeniyi J.A. et al. Road Traxxie Injuries among semi-urban African children assessment ex severity with the peditarie trauma score. Jnt j Third ulorlg Med. 2005;2;2.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ГОРМОНОВ И МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ГИПОФИЗА ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ РАЗЛИЧНОЙ ДАВНОСТИ

Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э.

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

Резюме. В статье отражена динамика изменений содержания гормонов и морфофункциональных изменений при черепно-мозговой травме различной давности, выражающиеся в изменении содержания кортизола, тестостерона и Т4 общего в крови в зависимости от давности смерти. Установлено, при смерти через 22-36 часов содержание гормонов значительно уменьшается по сравнению с содержанием их при быстрой смерти после травмы, что свидетельствует о стадии истощения гормональной активности гипофиза. Морфологическая картина изменений в ткани железы подвергается тотальной или очаговой дисконкомплексации, что так же свидетельствует о значительном функциональном истощении гипофиза.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, гипофиз, гормоны, морфофункциональные изменения.

АР КАНДАЙ МӨӨНӨТТӨГҮ БОЛУП ӨТКӨН БАШ-МЭЭНИН ТРАВМАСЫНДАГЫ ГИПОФИЗДИН ГОРМОНДОРУНУН ӨЛЧӨМҮ ЖАНА МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨРҮҮЛӨРҮ

Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э.

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

Корутунду. Макалада ар кандай мөөнөттөгү болуп өткөн баш-мээнин травмасындагы гипофиздин гормондорунун өлчөмү жана морфофункционалдык өзгөрүүлөрү көрсөтүлгөн. Жаракат алгандан кийин 22-36 сааттын ичинде каза болгондо гормондордун (кортизол, тестостерон, Т4 жалпы) кандагы өлчөмү салыштырмалуу бат каза болгондор менен кескин түрдө азайды. Ошондой эле гипофиздин морфологиялык структурасы да айтылган мөөнөттүн убагында (22-36 саат) өзгөрүлүп, көбүнчө дисконкомплексация болгондугу аныкталды. Мындай өзгөрүштөр гипофиздин функциялык милдети өтө төмөндөгөнүн көрсөтүп турат.

Негизги сөздөр: баш-мээнин травмасы, гипофиз, гормондор, морфофункционалдык өзгөрүүлөр.

DYNAMICS OF HORMONES CONTENT AND MORPHOFUNCTIONAL CHANGES OF HYPOPHYSIS AT CRANIOCEREBRAL INJURY OF DIFFERENT LIMITATION

Mukashev M.Sh., Turganbaev A.E.

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

Resume: This article reflects the dynamic changes hormone levels and morphological and functional changes in traumatic brain injury different diagnosis, which is expressed in change of cortisol, testosterone and total T4 levels depending on the time of death. Found death 22-36 hours after hormone content substantially reduced compared to their content in rapid death following trauma, which indicates exhaustion pituitary hormonal activity. Morphological changes in the pattern of glandular tissue in this period of injury or undergoes total focal discompleksatsii, which also shows a significant depletion of pituitary function.

Key words: craniocerebral injury, hypophysis, hormones, morphofunctional changes.

Актуальность.

Одной из основных задач государственной судебно-медицинской экспертной службы является обеспечение деятельности судебно-следственных органов через судебно-медицинскую реконструкцию условий возникновения повреждений, установление давности и механизма возникновения повреждений, реконструкцию постмортального периода, в том числе и в первую очередь время наступления смерти [1].

При судебно-медицинской экспертизе как насильственной, так и ненасильственной (скоропостижной, внезапной) смерти вышеуказанные проблемы в целом или часть их возникают всегда и для решения их используются, наряду с другими методами, и морфофункциональные изменения органов и тканей, происходящие в момент травмы и в посттравматическом периоде при переживании организма острого периода травмы.

В связи с интенсивным развитием транспорта,

механического производства и ухудшением криминогенной обстановки в целом, проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) приобретает государственную значимость [2].

Черепно-мозговая травма преобладает среди основных видов механических повреждений и имеет явную тенденцию к увеличению и, прежде всего, у наиболее активной категории населения – среди лиц в возрасте 20-49 лет [3], а смертность от сочетанной черепно-мозговой травмы колеблется от 12% до 69%, при этом у 70-75% пострадавших причиной смерти является ЧМТ (закрываая, открытая) [4]. По мнению других авторов [3], частота ЧМТ колеблется от 180 до 220 на 100 000 населения в возрасте от 20 до 40 лет и является основной причиной смерти [4], по данным ВОЗ, частота черепно-мозговой травмы во многих странах мира идет к росту и, в среднем увеличивается на 2%.

ЧМТ со смертельным исходом, по данным [5],

составляла 4,7% от общего количества проведенных исследований, 11,8% - от случаев насильственной смерти и 33,6% - от механической травмы.

Гипофиз, как железа, осуществляющая связь между ЦНС и органами эндокринной системы и важнейшего руководящего места данного органа в эндокринной системе, претерпевает значительные функциональные и структурные изменения, соответствующие «стадиям тревоги, приспособления и истощения» - по Н Selye. По мнению автора, «исход борьбы организма с тем или иным повреждающим агентом зависит, в основном, от функционального состояния гипофиза и коры надпочечников».

Стадийный характер поражения гипофиза установлен и при действии наркотических веществ на организм. Изменения гипофиза можно разделить на три стадии - становления, компенсации и декомпенсации [6].

I стадия - характерны дисфункция гипофиза с нарушением продукции тропных гормонов. Имеет место очаговая аденоматозная гипоплазия и гипертрофия с появлением базофилов.

II стадия отличается стереотипными изменениями гипофиза. Структурные изменения выражены минимально, но чаще указывают на относительную компенсацию его функции с возможной гиперпродукцией ряда тропных гормонов.

III стадия характеризуется атрофическими и склеротическими морфологическими изменениями, указывающих на истощение компенсаторных возможностей гипофиза.

Известно, что ЧМТ вызывает в организме состояние напряжения (стресс), которое проявляется в активации симпато-адреналового аппарата и системы гипоталамус-гипофиз-кора надпочечников с выбросом в кровь больших количеств гормонов. Эти нарушения выражаются в одних случаях длительной активацией, в других - торможением этой системы. Рядом авторов [7,8,9] указываются о выделении АКТГ в кровь в ближайшие 10 секунд после травмы, о зависимости реакции передней доли гипофиза в ответ на травму от исходного функционального состояния гипофиза и повышении уровня 17-ОКС периферической крови, эозинопении, лимфопении. Я. Сентоготай, Б.Флерко, Б.Меш, Б.Халас, (1965) отметили увеличение веса гипофиза, связанного активацией его функции, причем значительное увеличение веса (до 50%), авторы отметили при повреждении переднего гипоталамуса. Дискомплексация клеточных элементов, сосудистые расстройства в виде стазов, кровоизлияний, изменение волокнистого каркаса в ткани гипофиза отмечала и Е.П. Смоличева(1964).

На основе изучения функционально-морфологических изменений гипофиза 70 трупов мужчин в возрасте 18 - 45 лет, погибших от черепно-мозговой травмы в различные сроки после ЧМТ (5 мин., 10 мин, от 3 до 7 часов, от 13 - 16 часов 22 - 36 часов), В.Е.Локтев (1971) установил увеличение веса, степени кровенаполнения, увеличение ШИК-положительных базофилов в окружности сосудов, увеличение ядер в объёме, значительное уменьшение гранул нейросекрета в задней доле гипофиза.

Через 3 - 16 часов после травмы морфологическая картина свидетельствовала о выраженной функциональной активности, проявляющейся в прогрессивном увеличении веса, разрыхлении стромы, стенок сосудов с интенсивной выраженной ШИК реакцией, нарастание базофилов. Нейросекреторных гранул в задней доле мало. Такая морфологическая картина свидетельствовала о сохранении к этому периоду высокой функциональной активности. При продолжительности жизни после травмы 22 - 36 часов, морфологическая картина выявляла признаки истощения функциональной активности гипофиза, выражающиеся в дискомплексации паренхимы, резкой дегрануляцией и вакуолизацией цитоплазмы клеточных элементов.

Таким образом, при наличии ряда исследований, касающихся морфологических и функциональных изменений гипофиза при черепно-мозговой травме различной давности работ, сравнивающих корреляцию морфо изменений с содержанием гормонов в крови трупов в зависимости от давности ЧМТ и давности смерти нами в доступной литературе не обнаружены.

Целью настоящего исследования была оценка морфофункционального состояния гипофиза (адено и нейрогипофиза) в корреляции с количественным содержанием гормонов гипофиза в крови в различные сроки черепно-мозговой травмы.

Материал и методы исследования.

Были проведены морфологические методы и ИФА исследование. Объектами исследования были гипофиз и кровь трупов лиц, погибших от черепно-мозговой травмы в различные сроки после травмы.

Причиной смерти пострадавших была черепно-мозговая травма - закрытая и острая - в различные периоды после травмы и в зависимости от давности травмы наш секционный материал (15 трупов) распределен на 4 группы:

1-я группа - давность травмы до 5 минут;

2-я группа - давность травмы от 30 минут до 1,5 часов;

3-я группа - давность травмы 3-16 часов;

4-я группа - давность травмы 22-36 часов.

Для выявления и сопоставления функционального состояния и морфологических изменений железы в зависимости от давности травмы, мы провели биохимическое исследование крови трупов, взятых в ближайшие сроки после наступления смерти. Целью исследования было обнаружение количественного содержания гормонов - кортизола, тестостерона и Т4 общий. Установлено, что при быстрой смерти (в течении 5 минут) содержание кортизола, тестостерона и Т4 практически не отличались от нормы (соответственно - 160 нмоль/л; - 10,3 нмоль/л и 69,3 нмоль/л).

При смерти через 30 м - 1,5 часа содержание кортизола в крови имеет тенденцию к увеличению и составил 163 нмоль/л; тестостерона 11,7 нмоль/л; Т4 общий - 75,8 - 84,2 нмоль/л

Через 3-16 часов показатели содержания гормонов значительно выросли, кортизол до 289 нмоль/л; тестостерон 26,4 - 28,7 нмоль/ и Т4 общий 90,2 - 104,6 нмоль/л.

При продолжительности жизни 22-36 часов

содержание гормонов уменьшается: кортизол до 142,5 - 148,5 нмоль/л, тестостерон до 4,09 нмоль/л и Т4 общий до 69,3 нмоль/л, что указывает на снижение (истощение) функциональной активности гипофиза к этому времени.

Морфологическая картина гипофиза в случаях быстрой смерти пострадавших характеризовалась компактным расположением клеточных элементов: эозинофилов - 39,14 ± 11,1; хромофобов - 50,49 ± 0,8; базофилов - 10,37 ± 0,3. Количество вакуолизированных базофилов от общего их числа составило 8,3%. Ядра округлой формы с четкой структурой, средний объем их - 77,8 ± 2,1 м³. В средней зоне гипофиза большое количество гранул нейросекреторного вещества. При продолжительности жизни 30 минут - 1,5 часа после ЧМТ увеличивались вес и степень кровенаполнения железы. Много базофилов в окружности сосудов, где часто встречались вакуолизированные. Ядра увеличены в объеме, пузырьковидные с гипертрофированными ядрами. Количество гранул нейросекрета в задней доле гипофиза значительно уменьшилось и располагалось преимущественно в окружности сосудов.

В последующие 3 - 16 часов после черепно-мозговой травмы морфологическая картина свидетельствовала о выраженной функциональной активности железы, что проявилось в значительном увеличении веса, разрыхлении стромы, стенок сосудов с интенсивно выраженной ШИК - реакцией. Отмечается постепенное нарастание (к 16 часам) общего количества базофилов (17,9 ± 2,55), в том числе дегранулированных и вакуолизированных. Вблизи сосудов очаги распавшихся базофилов. Нейросекреторных гранул в задней доле мало, они располагались очагами в окружности сосудов.

При продолжительности жизни 22 - 36 часов морфологическая картина характеризовалась очаговой или тотальной дисконфлексацией паренхимы, резкой дегрануляцией и вакуолизацией цитоплазмы клеточных элементов, в связи с чем контуры их нечеткие. Железистые ячейки образованы беспорядочно расположенными некрупными клетками, отмечается жировая дистрофия. Степень кровенаполнения выражена умеренно, стенки сосудов разрыхлены, нередко стазы. Фолликулы уменьшены в размерах, с базофильным вакуолизированным коллоидом, в котором много клеток слущенного эпителия с резко выраженными дистрофическими изменениями. Соотношение клеточных элементов: хромофобов - 51,6 ± 4,1, эозинофилов - 27,85 ± 2, базофилов - 30,55 ± 2,1. Гранулы нейросекрета в задней доле гипофиза почти полностью отсутствовали. Такая морфологическая картина соответствует резкому истощению функциональной активности гипофиза.

Выводы:

Полученные нами результаты совпадают с данными других исследователей, которые отмечают фазность ответной реакции эндокринной системы (гипофиза) на внешний раздражитель - черепно-мозговую травму.

Выявленные морфофункциональные изменения (изменение структуры железы и содержание гормонов в крови) в гипофизе могут быть использованы в судебно-медицинской практике при установлении давности

черепно-мозговой травмы, а в клинике - для коррекции гормональной терапии в случаях ЧМТ различной давности.

Литература:

1. Ковалев А.В. Судебно-медицинская служба России начала XXI столетия: состояние, проблемы, пути их решения, нормативно-правовое регулирование деятельности. Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Т. I под общей редакцией д.м.н. А.В. Ковалева. М., 2013, С. 13-55.

2. Хижнякова К.И. Судебно-медицинская экспертиза давности черепно-мозговой травмы. - М., 1974. - С.3-5.

3. Ханин А.С., Берснев 8.П., Шапиро К.И., Филиппов О.Г. Состояние и динамика черепно-мозгового травматизма в Камчатском крае. // Вестник хирургии. - 2010. - №5. - Том 169. - С. 91-93.

4. Идирисов А.Б. Исходы тяжелой черепно-мозговой травмы: определяющие факторы. // Вестник КГМА. - 2009. - №1. - С. 163-165.

5. Попов В.Л. Решенные и нерешенные проблемы судебной медицины. // Судмедэкспертиза. - №1. - 2011. - С.4-9.

6. Гасанов А.Б., Мусаев Ш.М. Особенности морфологических изменений гипофиза при хронической опиатной наркомании. Труды VII Всероссийского съезда судебных медиков. Задачи и пути совершенствования судебно-медицинской науки и экспертной практики в современных условиях. 21-24 октября 2013 года. Т. I под общей редакцией д.м.н. А.В. Ковалева. М., 2013, С.211-213.

7. Жаныбеков Д.Е. Морфологическое и функциональное состояние микроциркулярного русла аденогипофиза после гетеротипической аллотрансплантации гипофиза. Вестник Казыму №5 (1), 2013, с. 339-341.

8. Кулдашев К.А. Острая сочетанная черепно-мозговая травма: комплексная диагностика на этапах оказания медицинской помощи. // Вопросы нейрохирургии. - 2012. - № 6. - С. 40-44.

9. Лихтерман 6.Л., Непомнящий В.П. Эпидемиология острой черепно-мозговой травмы. В книге: Социально-экономические психологические проблемы в травматологии и ортопедии. - М.: 1999. - С. 12-18.

10. Локтев В.С. Динамика функционально-морфологических изменений гипофиза при черепно-мозговой травме. - М.: 1971. - 39с.

СПОСОБ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ОБОСНОВАНИЯ АНТИПАРАЗИТАРНОЙ ОБРАБОТКИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ПЕЧЕНИ

Алиев М.Ж.

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

Резюме. Проведено экспериментальное и лабораторное исследование на 18 животных для выявления токсичности препарата декасан 0,02% на печеночную ткань. Представлены результаты оперированных 134 больных эхинококкозом печени, для обеззараживания плодоносных элементов эхинококка использован декасан 0,02%. С целью профилактики рецидива болезни у 22 больных введен декасан 0,02% в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени, которые были осложненными формами и высоким риском рецидива эхинококкоза печени. Накопленный материал является результатом обследования больных эхинококкозом печени оперированных в хирургических отделениях ГКБ№1 с 2011 по 2014 гг.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, декасан, сколексоцидное действие.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫНЫН МИТЕ КУРТТАРЫН ЗЫЯНСЫЗДАНДЫРУУДА КЛИНИКАЛЫК-ЛАБОРАТОРДУК-МОРФОЛОГИЯЛЫК НЕГИЗИНДЕГИ ЫКМА

Алиев М.Ж.

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

Корутунду. Декасан 0,02% аралашмасынын боор этине зыян эместигин аныктоо үчүн 18 жаныбарга эксперименталдык жана лаборатордук изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Боордун эхинококкоз дартына чалдыккан 134 бейтаптын хирургиялык ыкма менен дарылоо жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Эхинококк мите курттарын жугушсуздандыруу боюнча декасан аралашмасы колдонулду. Дарттын кайталануусун алдын алуу үчүн 22 бейтапка эхинококк ыйлаакчасынын фиброздук чел кабыгына жана анын жанындагы боордун кабыкчасына декасан 0,02% аралашмасы куюлду. Алар эхинококкоз дартынын өтүшкөн түрлөрү жана анын кайталануусунун өтө кооптуу жагдайы болуп эсептелинет. Чогулган маалыматтар №1 шаардык клиникалык бейтапкананын хирургиялык бөлүмдөрүндө 2011 – 2014-жылдарынын аралыгында дарыланып чыккан бейтаптардын жыйынтыктары болуп саналат.

Негизги сөздөр: декасан, боор, эхинококкоз, эхинококк мите курттарын зыянсыздандыруу.

THE METHOD OF CLINICAL LABORATORY AND MORPHOLOGICAL STUDY OF ANTIPARASITIC TREATMENT WITH LIVER ECHINOCOCCOSIS

Aliev M. J.

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

Resume. 18 animals were conduct an experimental and laboratory research to defect toxicity 0, 02% dekasane on the liver tissue. There are results of 134 operated patients with hydated disease of liver. For disinfection of fruit-bearing elements of echinococcus used dekasane 0,02%. In order to prevent recurrence of the disease 22 patients were given dekasane 0,02% into their the fibrous capsule and perycapsular liver tissue, which were complicated forms and high risk of recurrence of hepatic echinococcus. The accumulated data is the result of examination of patients with hepatic echinococcus operated in surgical wards of city clinical hospital №1 from 2011 to 2014 years.

Key words: dekasane, liver, echinococcus, disinfection, scolecite action.

Введение.

Эхинококкоз в Кыргызской Республике является краевой патологией, где ежегодно отмечается увеличение встречаемости этого тяжелого паразитарного заболевания, приносящего большой социально-экономический ущерб государству [1,2].

На сегодняшний день единственным радикальным методом лечения эхинококкоза признан хирургический, однако рецидивы заболевания встречаются в 10- 15% наблюдений, чаще всего после операций по поводу сочетанных и множественных форм [3,4].

В последнее время многими исследователями не раз доказывалось, что для рецидива эхинококкоза печени фиброзная капсула играет важнейшую роль [5], так как зародышевые элементы эхинококка, выводковые капсулы с протосколексами могут находиться также в

фиброзной капсуле. По литературным данным отмечено, что при нарушении целостности хитиновой оболочки, при всех формах, особенно осложненном эхинококкозе, при погрешностях техники хирургической обработки, в микротрещинах фиброзной капсулы оседают зародышевые элементы эхинококка, которые впоследствии могут стать причиной рецидива заболевания [5,6,7]. Поэтому успех хирургического лечения и профилактика послеоперационных рецидивов во многом зависит от надежной интраоперационной противопаразитарной обработки. Наиболее сложную проблему представляют повторные и многократные рецидивы эхинококкоза, при которых возможен летальный исход.

Цель: определить сколексоцидное действие препарата *in vitro* на плодоносные элементы эхинококка и определить токсичность действия на ткань печени в

эксперименте.

Материал и методы исследования.

Экспериментальная часть проводилась в ветеринарной клинике при КНАУ им. К.И.Скрябина совместно с сотрудниками кафедры хирургии и акушерства, а морфологические исследования на кафедре патологической анатомии КГМА имени И.К. Ахунбаева.

Исследования проведены на 18 собаках. В ткань печени вводили препарат декасан 0,02% в количестве 5-7 мл. Действие препарата исследовали на 3-4, 15-16 и 28-30 сутки путем взятия ткани печени для гистологического исследования и параллельно выполняли биохимические анализы крови (трансаминазы, тимоловая проба, общий билирубин, мочевины, креатинин, общий белок) и наблюдение за состоянием животных.

В экспериментальной части провели исследования на животных (беспородные собаки). При проведении всех манипуляций (обкалывание паренхимы печени, взятие биопсии, фотографирование) соблюдены правила гуманного отношения с лабораторными животными (Закон КР от 17.06.99г. №59 ст. 30, 36), а также требования и условия, изложенные в Хельсинской Декларации Всемирной Медицинской ассоциации норм асептики и антисептики. Кроме того нами были выполнены исследования *in vitro* для определения сколексоцидного действия препарата декасан (содержимое кист брали у больных эхинококкозом печени).

Результаты и их обсуждение.

Нами установлено, что «*in vitro*» препарат декасан 0,02% влияет на зародышевые элементы эхинококка с экспозицией в 5 мин, сколексы погибают полностью (100%). Этапы изменения плодоносных элементов даны на рисунках 1-4.

Таким образом, на 3-4 минутах происходит полное уничтожение сколексов и протосколексов, что является оптимальным временем экспозиции.

Гистологическое исследование ткани печени путем взятия биопсии выполнялось на 3-4; 15-16; 28-30 сутки после инъекции декасан в ткань печени и при этом было установлено, что препарат декасан в концентрации 0,02% не является гепатотоксичным и в то же время надежно защищает от рецидива эхинококкоза.

До введения препарата в паренхиму печени установлено, что дольковое и балочное строение печени сохранено. Местами синусоиды умеренно расширены. В портальных трактах определяются ветви воротной вены, печеночной артерии и желчные капилляры. Гепатоциты имеют ядра округлой формы, которые занимают 1/4 части цитоплазмы. Цитоплазма отдельных гепатоцитов зернистая. В отдельных гепатоцитах отмечается слабовыраженная мелкокапельная жировая дистрофия (рис5).

На 3-4 сутки после введения препарата определяются очаги кровоизлияний с умеренной воспалительной реакцией и местами начало формирования грануляционной ткани. Вдали от места введения декасана определяется незначительное разрушение балочного строения гепатоцитов, склероз и инфильтрация печеночных клеток (рис 6).

На 15 сутки дольковое и балочное строение ткани печени сохранено. Отмечается умеренное расширение центральных вен и синусоидов центральной части с полнокровием. Гепатоциты обычного строения, в отдельных гепатоцитах определяется зернистость цитоплазмы. Близко в месте введения препарата отмечается гиперплазия гепатоцитов, слабовыраженный холестаза (рис 7).

На 28-30 сутки наблюдается формирование фиброзной ткани. Морфологическая картина ткани печени в месте введения и вдали от него однотипная, портальные тракты обычного строения. Гепатоциты имеют ядра округлой формы, цитоплазма мелкозернистая, балочное строение сохранено. Умеренное расширение центральных вен (рис 8).

Наряду с гистологическим исследованием в эти же сроки выполнены анализы крови по определению функционального состояния печени и почек (табл.1).

Полученные экспериментальные данные обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (σ) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по таблице Стьюдента.

Как показали результаты биохимических исследований крови экспериментальных животных после

Таблица 1.
Динамика показателей функционального состояния печени и почек после введения декасана в ткань печени животных

Сроки исследования	Билирубин, мкмоль/л	АЛТ, мккат/л	АСТ, мккат/л	Общий белок, г/л	Тимоловая проба, ед	Мочевина, ммоль/л	Креатинин, мкмоль/л
До введения, $M_1 \pm m_1$	13,5 \pm 2,12	0,06 \pm 0,002	0,04 \pm 0,002	55,8 \pm 1,12	2,0 \pm 0,04	6,2 \pm 0,37	92,4 \pm 2,15
3-4 сутки $M_2 \pm m_2$	14,8 \pm 1,05	0,08 \pm 0,001	0,07 \pm 0,001	52,3 \pm 1,27	2,8 \pm 0,05	6,6 \pm 0,24	98,6 \pm 1,11
15-16 сутки $M_3 \pm m_3$	13,2 \pm 1,12	0,07 \pm 0,001	0,05 \pm 0,002	53,2 \pm 1,18	3,2 \pm 0,1	6,1 \pm 0,15	94,3 \pm 0,42
$M_1 - M_2$	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
$M_1 - M_3$	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	>0,05	>0,05

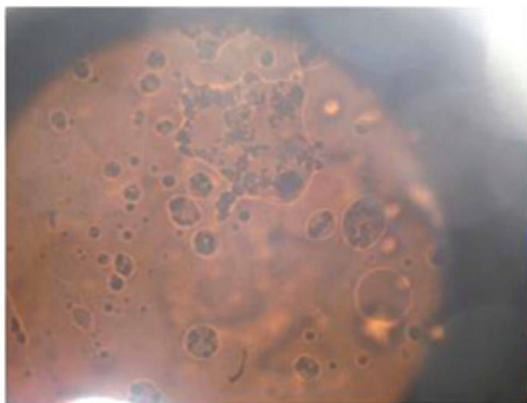


Рис 1. Живые сколексы

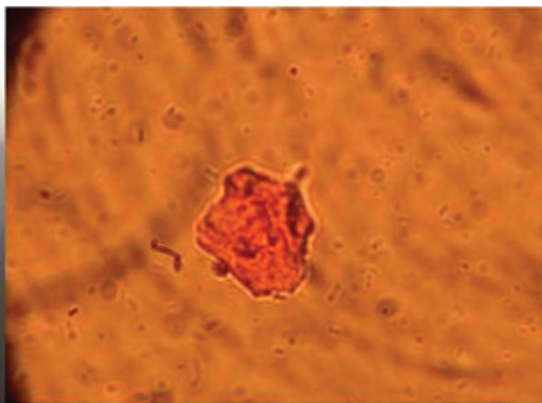


Рис 2. Изменение сколекса через одну минуту

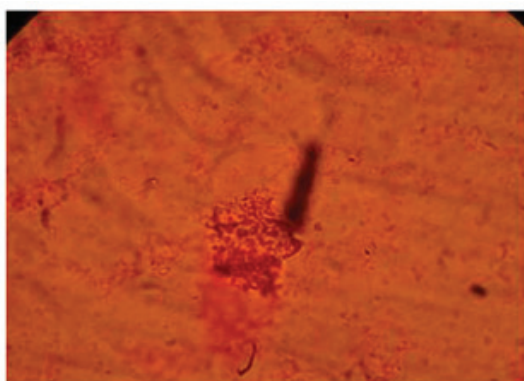


Рис 3. Состояние сколекса через две минуты

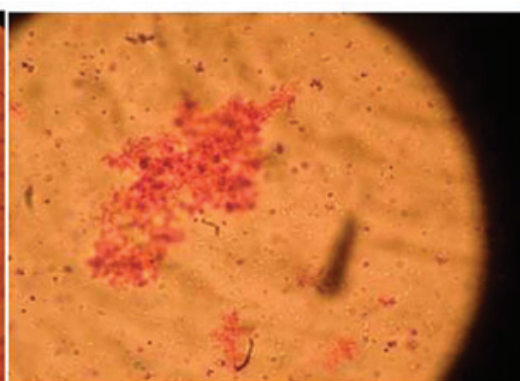


Рис 4. Сколексы разрушаются через четыре минуты

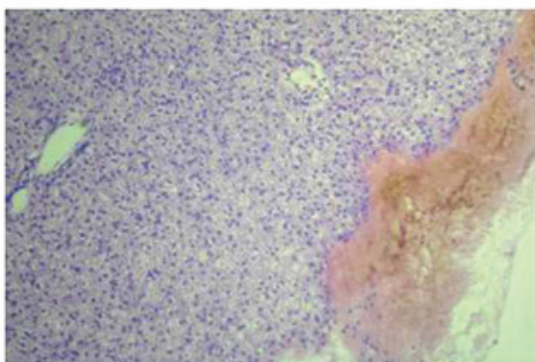


Рис 5. Ткань печени до введения декасана, окраска по Ван Гизону, ув. x100

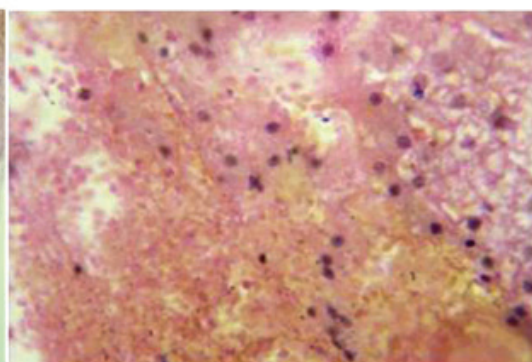


Рис 6. Ткань печени на 3 сутки после введения декасана, окраска по Ван Гизону, ув. x100

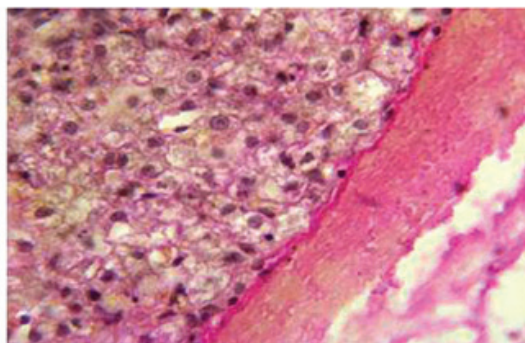


Рис 7. Ткань печени на 15 сутки после введения декасана, окраска по Ван Гизону, ув. x100

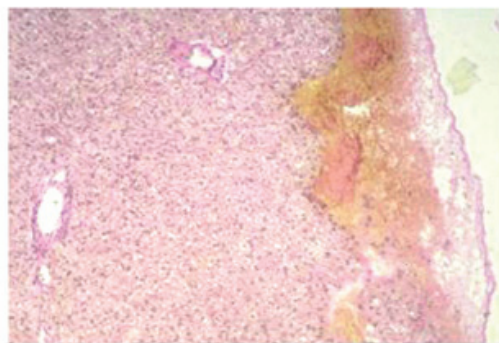


Рис 8. Ткань печени на 28 сутки после введения декасана, окраска по Ван Гизону, ув. x100.

введения декасана 0,02% в паренхиму печени, на 3-4 сутки отмечалось повышение уровня трансаминаз и тенденция к повышению креатинина, а в последующие сроки (15,28-30 сутки) показатели биохимических анализов крови достигли исходных величин.

Нами, 22 больным эхинококкозом печени с высоким риском рецидива болезни, из которых у 8 был нагноившийся, у 6 – разложившийся, у 2 – с прорывом в желчные пути, у 4 – с рецидивным эхинококкозом печени, у 2 – с прорывом в брюшную полость, во время операции после обеззараживания полости фиброзной капсулы произведено введение препарата декасан 0,02% в перикапсулярную ткань и в фиброзную капсулу печени после предварительного подогревания до 36-38°C (температура тела). Эти больные в послеоперационном периоде находились под нашим наблюдением в течение 1,5 лет. При периодическом обследовании (УЗИ печени, печеночные и почечные тесты) показатели данных лабораторно - инструментальных исследований были в пределах нормальных величин. Рецидивов эхинококкоза у этих пациентов не выявлено.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения препарата декасан для обеззараживания плодородных элементов эхинококка в клинике.

Выводы:

1. Препарат декасан 0,02% обладает высоким сколексоцидным действием на плодородные элементы эхинококка.

2. Введение препарата декасан 0,02% в ткань печени не оказывает гепатотоксического действия в

эксперименте и может применяться в клинических условиях для обеззараживания плодородных элементов эхинококка и профилактики рецидива болезни.

Литература:

1. Акматов Б.А. Эхинококкоз. [Текст] / Б.А. Акматов. – Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 1994.- 158с.

2. Ахмедов И.Г. Рецидив эхинококковой болезни; патогенетические аспекты, профилактика, ранняя диагностика и лечение [Текст] / И.Г. Ахмедов//Хирургия-2006.-№4.-С.52-57.

3. Байбеков И.М. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / И.М.Байбеков, М.М.Алиев, А.И.Икрамов // -Вестник хирургии им. И.И. Грекова.- 2001.-№ 6 - С. 51-53.

4. Белеков Ж.О. Вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококковых кист печени[Текст] / Ж.О. Белеков //Хирургия Казахстана. -1997.-№1-2.-С.79-84.

5. Ветшев П.С. Эхинококкоз: Современный взгляд на состояние проблемы [Текст] /П.С.Ветшев // Анналы хирургической гепатологии.- 2006.- Т.11, №1.- С.111-117.

6. Назыров Ф.Г. Химиотерапия и проблемы рецидивного эхинококкоза печени. [Текст] / Ф.Г.Назыров, А.В.Девятов, М.М.Акбаров //Анналы хирургической гепатологии. -2011.-№4.-С. 19-21.

7. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А.Кубышкин, В.А. Вишневецкий и др.// Хирургия.- 2003.-№ 1.- С.31-35.

АНАЛИЗ ДЕТСКОГО ТРАВМАТИЗМА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Анаркулов Б.С., Джумабеков С.А., Шамбетов Ж.З., Омурбеков Т.О.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Ежегодно в Кыргызстане по причине травм госпитализируются более 90 000 пациентов (876 – 100 000 населения), среди них дети до 14 лет - более 10000. В структуре детской заболеваемости класс «травмы и отравления» занимает девятое место (3,5%), что составило 1060,2 случая на 100 тысяч детского населения. Анализ детского травматизма по республике за 2009-2013 гг. показал, что ситуация с детским травматизмом за 5 лет практически находится на одном уровне, но количество ДТП с участием детей резко увеличилось с 663 до 949 пострадавших. Травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, - это главная причина смертности среди подростков 15-19 лет и вторая из ведущих причин смертности среди детей в возрасте от 5 до 14 лет. В данном исследовании отражены результаты анализа ситуации детского травматизма в Кыргызской Республике за период 2009 – 2013 годы согласно официальным данным РМИЦ и отдела безопасности ГУБДД КР. Сделан обзор существующей политики и нормативно правовых актов, и подготовлены рекомендации по улучшению ситуации детского травматизма в республике.

Ключевые слова: Травма, травматизм, дети, смертность, ДТП, статистика.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАЛДАР ЖАРАКАТТУУЛУГУН ТАЛДОО

Анаркулов Б.С., Джумабеков С.А., Шамбетов Ж.З., Омурбеков Т.О.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Жыл сайын Кыргызстанда жаракаттардын себебинен 90 000 ден ашуун бейтаптар (876-1000 000 калкка) ооруканаларга жаткырылышат, алардын ичинен 14 жашка чейинки балдардын саны 10 000 ден ашат. Балдардын ооруулуулугунун структурасында “жаракаттар жана уулануулар” классы тогузунчу орунду ээлейт (3,5%), бул балдар калкынын ар бир 100 000де 1060,2 учурду түздү. Балдар жаракаттуулугунун абалы 5 жыл ичинде иш жүзүндө бир деңгээлде турганын 2009 – 2013 ж.ж. республикадагы балдар жаракаттуулугун талдоо көрсөттү, бирок балдардын катышуусу менен болгон ЖТК саны 663төн 949га көбөйгөн. Жол - транспорт кырсыктарында алынган жаракаттар – бул 15-19 жаштагы өспүрүмдөр арасында өлүм санынын негизги себептери жана 5 -14 жаштагы балдардын өлүмүнүн экинчи себептеринен. Бул изилдөөдө РММБ жана КР ЖККМБ коопсуздук бөлүмүнүн расмий маалыматтарынын негизинде Кыргыз республикасындагы 2009 - 2013 жылдар аралыгындагы балдар жаракаттуулугунун абалын талдоонун жыйынтыктары чагылдырылган. Болуп жаткан саясат жана укуктук актыларга сереп жүргүзүлдү жана республикада балдардын жаракаттуулугунун абалын жакшыртуу боюнча сунуштар даярдалды.

Негизги создөр: Жаракат, жаракаттуулук, балдар, өлүм саны, ЖТК, статистика.

ANALYSIS OF CHILD INJURY IN THE KYRGYZ REPUBLIC

Anarkulov B.S., Dzhumabekov S.A., Shambetov Zh.Z, Omurbekov T.O.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. For more than 90 000 patients (876 - 100 000) are hospitalized because of injury in Kyrgyz Republic annually, among them children are under the age of 14 - more than 10000, in the structure of child morbidity class “injury and poisoning” ranked ninth (3.5%), which amounted to 1,060.2 cases per 100,000 child population. Analysis of child injury in the republic for the period of 2009-2013 showed that the situation of child injury in 5 years is practically at the same level, but the number of accidents involving children has increased dramatically from 663 to 949 victims. Injuries in road accidents - is the main cause of death among 15-19 year olds and the second leading cause of death among children aged 5 to 14 years. This study presents the results of analysis of the situation of child injury in the Kyrgyz Republic for the period 2009 – 2013 years. A review of existing policies and regulations was conducted and made recommendations to improve the situation of child injuries in the country.

Keywords: Trauma, injuries, children, death, road traffic accident, statistics

Введение.

Одной из главных проблем здравоохранения, представляющих угрозу во всем мире, являются травмы. Травмы создают для общества колоссальные человеческие, финансовые и другие издержки.

Непреднамеренные травмы и насилие являются третьей ведущей причиной смертности в Европейском регионе – приблизительно 700 000 случаев смерти в году. Каждый день в Европейском регионе ВОЗ в результате травм погибает более 2000 человек, 60 тысяч человек попадают в больницы, а 600 тысяч вынуждены обращаться за неотложной амбулаторной помощью [Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2005; Этьенн Г.

Круг, 2010].

Больше всего людей гибнет в регионе в странах с низким и средним уровнем доходов, на долю которых приходится пять из шести случаев смерти [Dinesh Seti, 2009; Анаркулов Б.С., 2014].

Ежегодно в Кыргызстане по причине травм госпитализируются более 90 000 пациентов (876 – 100 000 населения), среди них дети до 14 лет - более 10 000.

При этом от болезней и внешних причин (травм) ежегодно умирают около 36 000 человек, в том числе от несчастных случаев, отравлений и травм около - 4000 человек, среди них дети до 14 лет – более 500. При этом крайнюю озабоченность вызывает тот факт, что

ежегодно в стационаре погибают более 300 пациентов. Преобладающее количество составляют сочетанные, множественные травмы и повреждения длинных костей скелета [Джумабеков С.А. с соавт., 2012; РМИЦ, 2012].

В этой статье проведена оценка ситуации по детскому травматизму в Кыргызской Республике, проведен анализ случаев травматизма за период 2009 - 2013 годы, сделан обзор существующей политики и подготовлены рекомендации по улучшению ситуации с травматизмом.

Материалы и методы исследования.

При выполнении нами исследовательской работы информационной базой исследования служили следующие источники:

- информационные данные Республиканского медико-информационного центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
- информационные данные Национального статистического комитета Кыргызской Республики;
- информационные данные Медико-социальной экспертной комиссии при Министерстве Социальной Защиты КР;
- оперативно-статистические данные отдела анализа и пропаганды безопасности дорожного движения Главного управления безопасности дорожного движения Кыргызской Республики;
- статистическая отчетность областных, городских стационаров и ЦСМ КР;

- законодательные и нормативные документы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;
- результаты собственных исследований.

Предметом исследования

являлись: изучение и анализ ситуаций детского травматизма в Кыргызской Республике (2009-2013 гг.).

Материалами исследования служили:

- Динамика экстенсивных и интенсивных показателей распространенности травм среди детей с 2009 по 2013 годы в КР;
- Динамика изменения в структуре заболеваемости населения класс «травмы и отравления» за 5 лет;

Программой исследования предусматривалось решение комплекса задач, связанных с разработкой новых методических подходов к информационно-аналитическому обеспечению развития травматологической помощи в Кыргызской Республике и профилактические меры по снижению детского травматизма.

Основной материал.

В 2013 году в лечебные учреждения Кыргызской Республики обратились 2 118 602 больных с различными заболеваниями и повреждениями костей скелета, что составило 34.3% от общего количества жителей страны.

По числу обратившихся больных в лечебные учреждения нашей Республики за 5 лет (2009 – 2013 гг.), выявилось увеличение количества пострадавших с 1 803 554 (2007 г.) до 2 118 602 (2011 г.), т.е. их прирост на 315

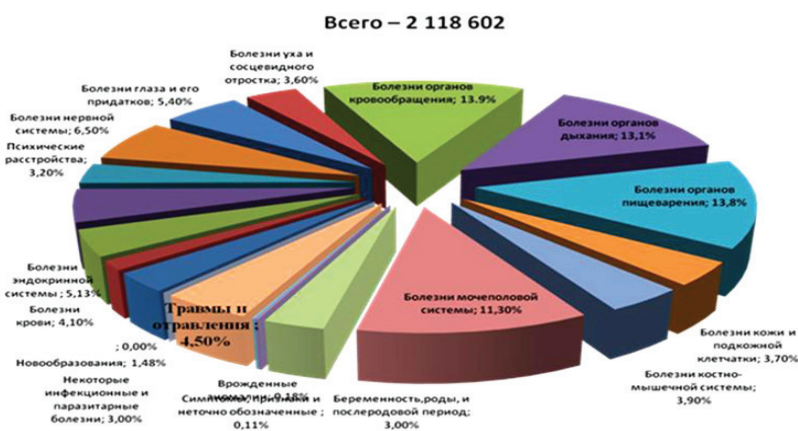


Диаграмма. 1. Структура заболеваемости среди взрослых и подростков КР (2013)

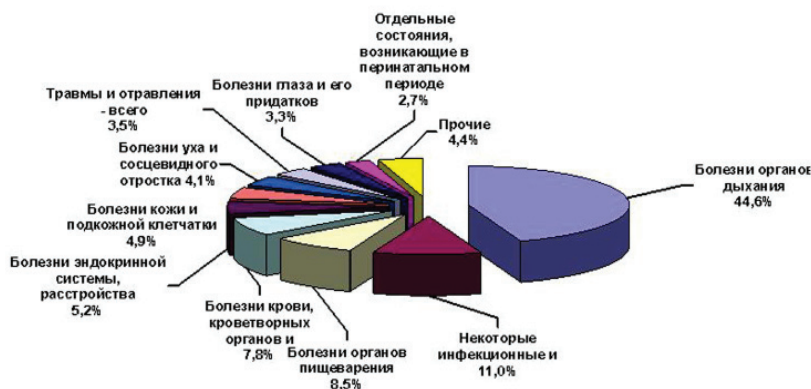


Диаграмма 2. Структура заболеваемости среди детей КР

048 больных. Такая же динамика наблюдается по всем классам болезней (I - XXI) [Нацстатком, 2012; РМИЦ, 2012].

В общей структуре заболеваемости населения класс «болезни, травмы и отравления» среди взрослых и подростков Кыргызской Республики в 2013 году занимал пятое место – 94 105 (8.4%), после болезней органов дыхания –13.1%; органов кровообращения -13.9%; болезней мочеполовой системы – 11.3%; болезней органов пищеварительной системы 13.8%– и составил 2275 случая на 100 тысяч населения (диагр. 1).

В структуре детской заболеваемости класс «травмы и отравления» занимает девятое место (3,5%), что составило 1060,2 случая на 100 тысяч детского населения (диагр. 2).

По данному классу «травмы и отравления» в 2009 году число обративших больных в лечебные учреждения было 79 036, а в 2010 году их же количество увеличивается до 82 700 больных, в 2011 году количество больных по классу травмы и отравления увеличивается до 87 351, в 2012 году – 92 592, а 2013 году- 94105. Таким образом, ежегодно их количество увеличивается до 17%. В КР от

болезней и внешних причин (травмы) ежегодно умирают 36 000 человек, в том числе от несчастных случаев, отравлений и травм около 4 000 человек, что составляет около 11% (рис.1)

В следующем фрагменте этого раздела исследования проводилось изучение динамики изменения смертности населения КР за пять лет в структуре заболеваемости по классам.

В структуре смертности населения в КР на первом месте, как и во всем мире, стоит система кровообращения – 18 056 случаев (50.1%), на втором месте новообразования – 10.4%, затем внешние причины смерти (несчастные случаи, отравления и травмы) – 3 620 случаев (9%), далее болезни органов дыхания – 7.2% и.т.д. (табл.1).

По данным РМИЦ общее количество пострадавших по классу «травмы и отравления» среди детей ежегодно совместно с амбулаторными и стационарными больными составляют более - 23 798, но наблюдается небольшой прирост (рис.2).

Анализ детского травматизма по республике за 2009-2013 гг. показал, что ситуация с детским травматизмом за 5 лет также показала их практическое одинаковое

Таблица 1.
Структура смертности населения КР

	2009	2010	2011	2012	2013
Инфекционные и паразитарные болезни	2,6	2,5	2,9	2,6	2,8
Новообразования	9,1	9,0	9,4	9,2	10,0
Болезни нервной системы	1,5	1,4	1,3	1,3	1,5
Болезни системы кровообращения	49,0	48,8	50,1	51,3	50,5
Болезни органов дыхания	8,4	7,9	7,2	7,0	6,2
Болезни органов пищеварения	6,6	6,8	6,8	6,8	7,1
Болезни мочеполовой системы	2,3	2,0	1,6	1,5	1,5
Состояния, возникающие в перинатальном периоде	6,1	5,8	5,6	5,4	5,7
Врожденные аномалии	1,3	1,4	1,3	1,4	1,6
Внешние причины смерти	9,7	10,9	10,1	9,6	9,0
Прочие	3,4	3,5	3,7	3,9	4,1

Таблица 2.
Детский травматизм на 100 000 населения КР

	на 100 тыс. детского населения							
	Всего	Бытовые	Уличные	ДТП	Школьные	Спорт	Прочие	Умерло
2009	982,8	542,7	227,4	30,3	43,2	34,3	104,8	6,0
2010	1014,8	563,4	225,0	33,6	45,4	31,9	115,5	4,9
2011	1065,9	525,3	236,2	45,1	76,3	48,6	134,6	4,7
2012	1041,8	550,3	258,1	40,9	61,9	35,1	95,5	5,6
2013	950,1	547,1	248,7	20,0	42,9	18,0	73,5	5,0

количество и мы показали число госпитализированных пострадавших на 100 тыс. населения, но количество ДТП резко увеличилось с 663 до 949 пострадавших (табл.2).

При анализе данных за пятилетний период (2009-2013 годы) по типу травмы в зависимости от величины интенсивного показателя установлено, что в структуре травматизма среди детей первое место занимают бытовые травмы, второе место - уличные, третье - занимают прочие травмы, на последнем месте - ДТП (табл.2.2). Динамика бытовых и уличных травм показывает, что наибольшее их количество было зарегистрировано в 2011 и 2012 годах, с незначительным спадом в 2013 году.

Одним из видов непреднамеренных травм являются – падения. Травмы, получаемые в результате падения, становятся причиной 4% случаев смерти детей от травм в общемировом масштабе. Падения – это двенадцатая по значимости причина смертности среди детей в возрасте 5-9 и 15-19 лет.

По данным РМИЦ в стационары нашей республики обращаются более 6609 (2009 г.) пострадавших от падения (окна домов, высота и т.д.), ежегодное их количество увеличивается до 6799 (2013 г.) (рис.3).

Анализ динамики показателей дорожно-транспортного травматизма (ДТТ)

Травмы в результате ожога уносят жизни более 9% детей, погибающих от травм в мире, и 30% таких смертей – следствие ожогов огнем среди детей и подростков в возрасте младше 20 лет.

Ожоги в структуре травмы и отравления занимает одно из ключевых мест. Ежегодно в клиники нашей республики обращаются более 3117 (2009 г.) пострадавших от термических травм, среди них число госпитализированных составляет 1664 больных, печально, судьба умерших составляет -113 детей до 14 лет. Динамика термических повреждений (ожоги, отморожения) за 5 лет показывает динамику роста их количества 3747 (2013 г.) прирост 16.7%, примерно такое же количество госпитализированных детей 1810 (2013 г.) прирост составляет – 8.1% за пять лет (рис.4). Немного радует факт уменьшения смертных случаев от термических травм – 62 (2013 г.), уменьшение на - 49.8 %.

Утопление является еще одним видом

предотвратимого травматизма, представляющим серьезную угрозу для детей во всем мире. Эти травмы уносят жизни почти 17% от общего числа всех детей, гибнущих от травм во всем мире, и среди всех утонувших, 45% - это дети моложе 20 лет.

Хотя утопление занимает 13 позицию в общем списке причин смертности детей не достигших 15-летнего возраста во всем мире, больше всего в результате утопления гибнет детей в возрасте от 0 до 4 лет. Анализируя данные по республике за 2009 год, мы выяснили, что всего умерло от утоплений (взрослые и дети) – 243, среди них дети до 14 лет 143, что составляет 58.9% из всех погибших (рис.5). В динамике самые высокие показатели 2010 г. – 325 взрослых и 194 детей до 14 летнего возраста. Показатели в 2013 году составили 214 взрослых, среди них дети – 167 (78 %), что составило прирост 19 % за пять лет.

Из всех отравлений со смертельным исходом, ежегодно происходящих в мире, 13% приходится на детей и подростков в возрасте до 20 лет. Общемировой уровень смертности детей в результате отравления составляет 1,8 на 100 000 человек, т.е. отравление со смертельным исходом уносит жизни 4% детей во всем мире.

Сравнительный анализ смертности населения республики от отравлений показывает снижение общего количества с 490 (2009 г.) среди взрослых, в том числе 29 детей, до 366 (2013 г.) среди них 5 детей (рис.6).

Дорожно-транспортный травматизм является одной из главных проблем детского здравоохранения.

Дорожно-транспортный травматизм становится причиной 22% случаев смерти от травм среди детей во всем мире. Травмы, полученные в дорожно-транспортных происшествиях, - это главная причина смертности среди подростков 15-19 лет и вторая из ведущих причин смертности среди детей в возрасте от 5 до 14 лет.

Последствия ДТП, связанные с гибелью или ранением, потерей материальных ценностей наносят значительный ущерб экономике Кыргызской Республики.

По данным ГУБДД МВД КР за период с 2009 по 2013 годы в целом по республике произошло 5790 случаев ДТП с участием детей, в которых погибло – 621 детей и было ранено - 5445 детей до 14 лет. Большая часть ДТП, произошла в городах Бишкек и Ош. В последние пять лет

Таблица 3.
Дорожно-транспортный травматизм с участием детей

	2009	2010	2011	2012	2013
ДТП	862	884	970	1184	1545
Погибло	120	120	113	126	142
Ранено	868	916	1038	1297	1685
Пассажиры погибло	53	50	57	59	75
Пассажиры ранено	356	396	480	626	794
Пешеходы погибло	67	70	56	67	67
Пешеходы ранено	512	520	558	671	891
Всего	1976	2072	2302	2846	3654



Рис.1. Класс «травмы и отравления» (2009-2013 гг).
Источник: РМИЦ

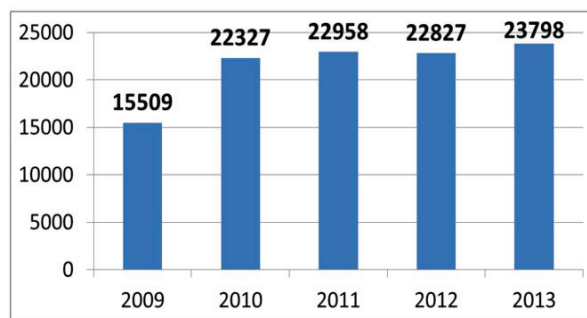


Рис.2. Дети до 14 лет класс «травмы и отравления»

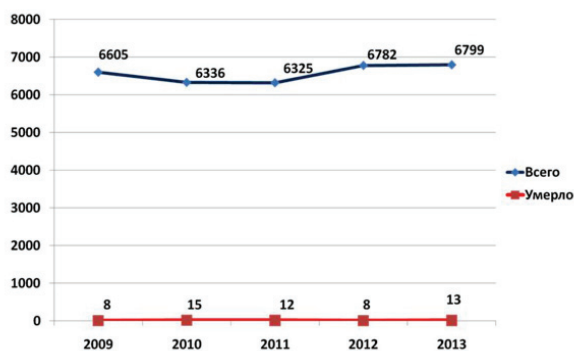


Рис. 3. Падения дети до 14 лет

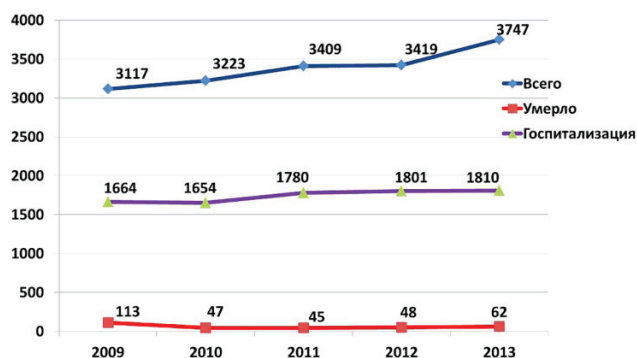


Рис. 4. Термические повреждения (ожоги) дети до 14 лет

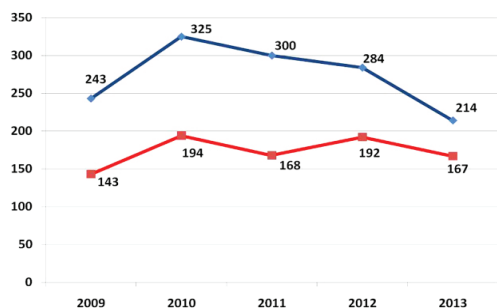


Рис. 5. Утопление (дети до 14 лет)

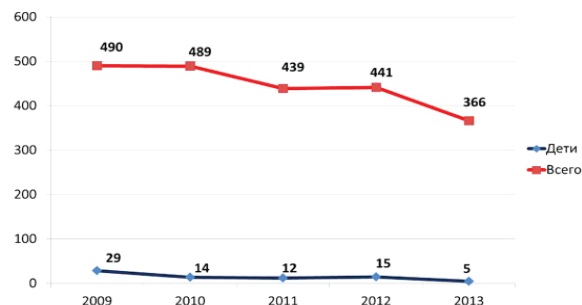


Рис.6 Показатели отравления по республике

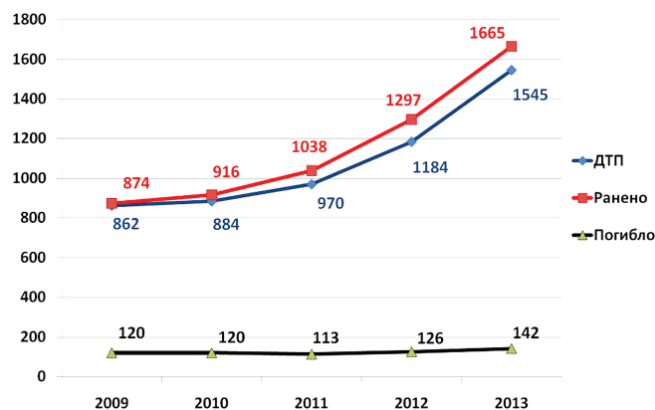


Рис.7. Количество ДТП с участием детей

в Кыргызской Республике отмечается постоянный рост случаев ДТП. Одновременно увеличилось количество погибших и раненых, в результате транспортных несчастных случаев (рис.7). Количество ДТП с участием детей до 14 лет с 2009 года – 862 увеличился до 1545 в 2013 году, что составило увеличение на 79% за пять лет. Число раненных в 2009 году составил 874 детей в 2009 году, а их число в 2013 году составил – 1665 (90% за пять лет).

При анализе случаев ДТП было установлено, что в период с 2009 по 2013 годы, из всех видов происшествий (рис. 2.9) наиболее регистрируемым был наезд на пешехода (57,2% - 49,3%), затем - столкновения (21,8% - 28,0%) и наезд на велосипедиста (3,7% - 1,7%). Таким образом, пешеходы являются наиболее уязвимыми участниками дорожного движения (табл.3).

Все участники движения одинаково ответственны за безопасность дорожного движения. За последние пять лет дорожно-транспортные происшествия произошли преимущественно по вине водителей, которые составили в среднем 74% от всех зарегистрированных случаев; по вине пешеходов - 20,2%; велосипедистов - 0,7% и других участников движения - 4,7%.

Причинами дорожно-транспортных происшествий могут быть различные факторы: человеческий фактор, употребление алкоголя, неудовлетворительные дорожные условия, неблагоприятные погодные условия, недостаточное количество светофоров, техническая неисправность автомобиля и другие.

Таким образом, проблема дорожно-транспортного травматизма остается приоритетной, так как количество случаев ДТП постоянно растет и увеличивается число пострадавших. Чаще всего жертвами транспортных несчастных случаев становятся дети-пешеходы. При этом, наиболее частыми факторами риска возникновения аварийно-опасных ситуаций и дорожно-транспортных происшествий были превышение скорости и состояние алкогольного опьянения, как водителей, так и пешеходов.

Профилактические меры по снижению детского травматизма в республике

Примеры успешной реализации акций по профилактике травматизма:

Главным Управлением по безопасности дорожного движения МВД КР регулярно проводятся профилактические мероприятия по предотвращению детского дорожно-транспортного травматизма:

- В период с 15 августа по 15 сентября ежегодно проводится месячник по безопасности дорожного движения, в рамках которого проводится рейд под названием «Внимание дети!», повсеместно используются рекламные щиты, билборды и мониторные табло для привлечения общественности к профилактике детского травматизма на дорогах.

- Сотрудниками отдела безопасности дорожного движения ГУБДД МВД КР совместно с представителями отделами образования проводится работа по составлению дислокации постов инспектора дорожно-патрульной службы в местах расположения школ, составляются планы и графики занятий, проводятся беседы и лекции «О нормах общественного поведения и необходимости соблюдения Правил дорожного движения» с привлечением

участковых уполномоченных милиции, инспекции по делам несовершеннолетних.

- Вблизи учебных заведений произведены обследования улиц и дорог, по результатам которых были внесены коррективы в организацию дорожного движения с обновлением дорожных знаков и разметок.

- Были составлены графики дежурств личного состава подразделений БДД совместно с членами отрядов юных инспекторов дорожного движения (ЮИДД) вблизи школ и дошкольных учреждений. При этом для повышения эффективности профилактических мероприятий использовались сигнально-громкоговорящие установки (СГУ) патрульных автомашин. В ходе проведения данного мероприятия для учеников начальных классов были разработаны и внесены в дневники маршруты безопасного передвижения «Дом - Школа - Дом», организованы дежурства педагогического состава перед началом и окончанием занятий.

- Были подготовлены три демонстрационных фильма (по обучению навыкам вождения в экстремальных и сложных погодных условиях, правил дорожного движения, организации безопасности дорожного движения). Были изданы цветные плакаты на кыргызском и русском языках по Правилам дорожного движения (все группы знаков).

Исследование «Анализ детского травматизма в КР» было проведено с привлечением всех заинтересованных сторон. В дальнейшем необходима разработка Национальной стратегии по проблеме травматизма и Государственной программы по предупреждению травматизма и насилия в отношении детей Кыргызской Республики, которые будут предусматривать взаимодействие всех государственных структур в сотрудничестве с частным сектором, общественностью и неправительственными организациями.

Роль сектора здравоохранения в части предупреждения травматизма и насилия (ПТН) должна включать:

- пересмотр регламентирующих документов, совершенствование законодательной базы и гармонизация с международными документами в отношении профилактики травматизма и насилия;

- улучшение информационно-аналитической базы, путем внедрения современных информационных технологий и программного обеспечения (модернизацию сбора, хранения, передачи, анализа данных, отчетности, создание баз данных) для анализа, мониторинга, оценки риска и прогнозирования травматизма и насилия;

- совершенствование методов лечения и профилактики различных видов травм через внедрение новых технологий и подходов в диагностике, лечении, реабилитации и профилактике травматизма;

- разработку и совершенствование программ обучения для специалистов сектора здравоохранения по ПТН при чрезвычайных ситуациях, в условиях горной местности и т.д.;

- укрепление и повышение кадрового потенциала (организация курсов/циклов обучения по повышению квалификации медицинских работников);

- организация и проведение учебных курсов

и тренингов для специалистов заинтересованных министерств и ведомств по оказанию доврачебной и первой медицинской помощи пострадавшим лицам в зависимости от вида травм (ДТП, пожары, утопления, падения, отравления, несчастные случаи и др.) и насилия;

- определение факторов риска получения травм и минимизация их воздействия;

- проведение научно-исследовательских и изыскательских работ (в т.ч. развитие нано-технологий) по профилактике травматизма;

- проведение в тесном сотрудничестве с местными сообществами кампаний по социальной мобилизации (информирование и пропаганда) населения в вопросах предотвращения травматизма (в т.ч. в условиях ЧС) и насилия; соблюдения ПДД;

- внедрение и пропаганда ведения здорового образа жизни, развития физической активности и спорта.

Вышеуказанные действия и мероприятия требуют соответствующего финансирования и технической помощи. Наиболее остро эта проблема стоит в таких направлениях как:

- мониторинг травматизма среди уязвимых групп населения (дети, пожилые лица, малоимущее население, отдельные профессиональные категории работников);

- подготовка специалистов, занимающихся диагностикой, лечением и профилактикой травматизма;

- ликвидация неблагополучных травмоопасных (пожароопасных, лавиноопасных и др.) участков или мест, предметов, представляющих угрозу здоровью человека;

- обеспечение безопасного дорожного движения (в т.ч. лиц с ограниченными физическими возможностями) необходимо установка светофоров со звуковыми сигналами, знаков «слепой пешеход» и указателей для инвалидов по зрению на проблемных перекрестках, транспортных магистралей, восстановление и ремонт поврежденных участков дорог, установка специальных средств (пандусы, лежачие полицейские, и др.), переоборудование остановок и общественного транспорта для обеспечения их доступности;

- совершенствование законодательной базы;

- внедрение альтернативных и/или современных методов диагностики, лечения, реабилитации и профилактики травматизма.

В процессе осуществления программ обязательна процедура оценки, проведение которой предусматривает использование системы индикаторов количественного и качественного характера. Такими индикаторами могут быть:

- количественная оценка соответствия стандартам и требованиям безопасности;

- количество установленных информационных систем (программного обеспечения) для мониторинга и оценки состояния травматизма и насилия;

- количество нормативных и правовых актов, принятых в рамках создания законодательной базы по предупреждению травматизма и насилия;

- количество подготовленных специалистов, занятых в сфере ПТН;

- количество проведенных тренингов, циклов, курсов обучения по проблеме травматизма;

- уровень социальной поддержки (лицам, с ограниченными физическими возможностями и малоимущим);

- количество местных сообществ, НПО, участвующих в реализации планов и программ по проблеме ПТН.

При проверке результатов оценки необходимо привлечение представителей донорских организаций, научных учреждений и общественных объединений. Эта работа должна проводиться с участием СМИ для информирования населения и повышения его активности в решении проблем травматизма и насилия.

Разработанные государственные программы и планы действий по охране здоровья населения, в том числе профилактике травматизма должны обновляться и корректироваться с учетом реалий.

Деятельность по предупреждению травматизма и насилия должна осуществляться в тесном сотрудничестве всех заинтересованных организаций при адекватном финансировании программ и планов действий.

Литература:

1. *European Child Safety Alliance [web site]. - Amsterdam, European Consumer Safety Association, 2005 (<http://www.childsafetysafetyeurope.org>).*

2. *Sethi, D. Injuries and violence in Europe. Why they matter and what can be done [Text] / Sethi D. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010. – 35 p.*

3. *ВОЗ 60 лет в Европе [Текст]; Всемирная Организация здравоохранения. – Копенгаген, 2010. – 70 с.*

4. *Всемирный доклад о предупреждении дорожного травматизма: резюме [Текст]; Библиотечный каталог ВОЗ / Всемирная Организация здравоохранения. – Женева, 2004. – 68 с.*

5. *Анаркулов Б.С. Травматизм населения республики и пути её снижения [Текст] / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов, Н.С. Усупбеков // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2013 - №5. – С.17-24.*

6. *Джумабеков С.А. Предварительные результаты оценки травматизма в Кыргызстане в 2009 году [Текст] / С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов, Б.С. Кулиев // Медицина Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №4. – С. 15-17.*

7. *Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2005 – Европейское региональное бюро ВОЗ [Текст]: / Копенгаген, 2005. – 154 стр.*

8. *Доклад о состоянии здравоохранения в мире [Текст]; Всемирная Организация здравоохранения. – Женева, 2010. – 129 с.*

9. *Европейская База Данных «Здоровье для всех» [Text] <http://www.euro.who.int/hfad>.*

10. *Насилие и её влияние на здоровье. Доклад о ситуации в мире [Текст] / [Этьенн Г. Круг, Линда Л. и др.] // ВОЗ – Женева, 2010. – 376 с.*

11. *Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст]: интернет ресурсы (<http://www.stat.kg/>)*

СОВРЕМЕННЫЕ МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ: ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯ ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ УЗЛОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМОРРОЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ АНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Байгазаков А.Т.¹, Маманов Н.А.¹, Осмоналиев Б.К.^{1,2}
Конурбаев Ж.Т., Шадибеков Р.А.²**

Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

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

Резюме. В работе представлены результаты дезартеризации геморроидальных узлов с лифтинговой мукопексией под контролем доплерографии у 155 пациентов с II-IV стадией хронического геморроя. У 45 (29%) больных была проведена симультанная коррекция сопутствующей анальной патологии. Послеоперационные осложнения возникли у 12 (7,7%) пациентов.

Ключевые слова: геморрой, дезартеризация геморроидальных артерий, лифтинговая мукопексия, доплерометрия.

ЗАМАНБАП МИНИМАЛДЫК ИНВАЗИВ ТЕХНОЛОГИЯСЫ: АНАЛДЫК ПАТОЛОГИЯ МЕНЕН КОШТОЛУУЧУ ӨНӨКӨТ ГЕМОРРОЙДУ ДАРЫЛООДО ГЕМОРРОИДАЛДЫК ТҮЙҮНДӨРДҮ ДЕЗАРТЕРИЗАЦИЯЛОО

**Байгазаков А.Т.¹, Маманов Н.А.¹, Осмоналиев Б.К.^{1,2}
Конурбаев Ж.Т., Шадибеков Р.А.²**

Бишкек шаардык ЮРФА-Clinic Эндовидеохирургия борбору

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

Корутунду. Бул иште II-IV стадиядагы өнөкөт геморрой менен жабыркаган 155 оорулууга жасалган доплерографиялык көзөмөлдөө аркылуу лифтингдик мукопексия менен геморроидалдык түйүндөрдү дезартеризациялоонун жыйынтыктары берилди. Булардын ичинен 45 (29%) оорулууда аныкталган аналдык патологияга бир эле учурда коррекция жасалды. Операциядан кийин 12 (7,7%) бейтапта ар-түрдүү кабылдоолор байкалды.

Негизги сөздөр: геморрой, геморроидалдык артерияларды дезартеризациялоо, лифтингдик мукопексия, доплер.

MODERN MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES: DEZARTERIZATSIYA HEMORRHOIDS IN THE TREATMENT OF RECTO ANAL CONCOMITANT PATHOLOGY

**Baygazakov A.T.¹, Mamanov N.A.¹, Osmonaliev B.K.^{1,2}
Konurbaev G.T., Shadibekov R.A.²**

URFA-Clinic Endovideosurgical Center

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

Resume. This paper presents the results of hemorrhoids ligation with lifting controlled with Doppler in 155 patients with stage II-IV chronic hemorrhoids. In 45 (29%) patients underwent Simultaneous correction of concomitant anal pathology. Postoperative complications occurred in 12 (7.7%) patients.

Keywords: hemorrhoids, hemorrhoidal artery ligation, mucocutaneous lifting, doppler.

Введение.

Геморрой – это заболевание, которое широко распространено среди взрослого населения, частота его составляет 40% от общего числа проктологических заболеваний. Геморроидальной болезнью чаще всего страдают пациенты работоспособного возраста. Основным методом лечения этой патологии является операция геморроидэктомия в различных модификациях [1, 2, 3].

Основными недостатками геморроидэктомии являются выраженный болевой синдром у 23-34% оперированных, требующий неоднократного применения наркотических анальгетиков, у 15-24% - дизурические расстройства, приводящие к катетеризации мочевого пузыря и необходимости длительной медикаментозной стимуляции, у 2-4% возникают кровотечения, у 2-3% гнойно-воспалительные осложнения. В отдаленные сроки у 6-9% оперированных формируются стриктуры анального канала, а у 1,8-4% пациентов выявляется недостаточность анального сфинктера. По литературным данным, средний

срок реабилитации после геморроидэктомии составляет не менее 4 недель [4, 5, 6].

Достаточно большое число осложнений в послеоперационном периоде и желание сократить период восстановления послужили поводом для хирургов к дальнейшему поиску альтернативных методов лечения хронического геморроя, таких как лигирование внутренних геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция [7, 8].

Несмотря на распространенность малоинвазивных способов, следует отметить, что все эти методы направлены лишь на купирование характерных симптомов, без воздействия на основные патогенетические факторы геморроидальной болезни. Применяемые малоинвазивные методы лечения невозможно использовать при сопутствующей патологии анального канала [9].

Оптимальный способ лечения геморроя, в первую очередь, должен эффективно воздействовать на основные патогенетические факторы, быть прост в применении,

хорошо переноситься пациентами, не сопровождаться выраженным болевым синдромом, обладать коротким сроком реабилитации [10].

Из малоинвазивных способов своей новизной и оригинальностью отличается дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии. Предложенный японскими хирургами К. Morinaga, К. Nasuda и Т. Ikeda в 1995 году методика позволяет четко локализовать терминальные ветви геморроидальных артерий в подслизистом слое прямой кишки, перевязать их, тем самым предотвратив доступ артериальной крови к геморроидальным узлам. Начиная с 2000 года агентство медицинских инноваций (А.М.И.) Австрия, внедрило методику и оборудование для HAL (hemorrhoidal artery ligation) во всем мире. В конце 2005 года технология HAL, была дополнена методом RAR («ректо-анальный ремонт», «лифтинг») т.е. подтяжки узлов. В Кыргызской Республике HAL-RAR методика успешно применяется в Эндовидеохирургическом центре ЮРФА-Clinic с 2011 года.

Материалы и методы.

Представлены результаты 155 пациентов с II-IV стадией хронического геморроя за период с июля 2011 года по настоящее время. Мужчин было 94 (60,6%), женщин 61 (39,4%). Возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет, средний возраст составил $41,4 \pm 6,2$ года. Длительность заболевания от 2 до 35 лет.

У 45 (29%) больных имелась сопутствующая патология прямой кишки, которым одномоментно проведены сочетанные вмешательства. У 4 пациентов анальная трещина сочеталась с полипами, у 1 анальная трещина сочеталась с интрасфинктерным свищем, у 5 – интрасфинктерный свищ различной локализации, у 13 – анальная трещина, и у 22 – полипы или гипертрофированные анальные сосочки.

Противопоказанием к дезартеризации являлся острый тромбоз геморроидальных узлов, острый парапроктит и тяжелые соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Предоперационное обследование пациентов проводилось по общепринятой методике. После выявления жалоб и сбора анамнестических данных проводили осмотр больных на гинекологическом кресле в положении для литотомии. При осмотре заднего прохода и перианальной области обращали внимание на состояние кожных покровов, наличие гиперемии или расчесов и мацераций, на форму заднепроходного отверстия, его зияние, на наличие наружных геморроидальных узлов, свищевых отверстий или трещин заднего прохода. При осмотре определяли степень выпадения внутренних геморроидальных узлов в покое и при натуживании, а также возможность их самостоятельного вправления. При пальцевом исследовании прямой кишки обращали внимание на тонус наружного и внутреннего сфинктеров. Определяли наличие дефектов стенки анального канала и прямой кишки, расположение, консистенцию и размеры внутренних геморроидальных узлов. При аноскопии (рис. 1) осматривали: аноректальную область с геморроидальными внутренними узлами, которые при натуживании выпадали в просвет аноскопа, слизистую оболочку

анального канала, при подозрении на сопутствующие заболевания назначали фиброколоноскопию. У пациентов с низкими показателями гемоглобина крови проводилась гастроскопия и колоноскопия.

Все больные прошли стандартное обследование, включающее общеклинические анализы, коагулограмму, сахар крови, группу крови и резус фактор, определение маркеров ВГ В, С, ИФА ВИЧ, сифилис, ЭКГ, рентген органов грудной клетки, аноскопию и ректороманоскопию.

Перед операцией проводилась подготовка прямой кишки, очистительными клизмами объемом не менее двух литров каждая, накануне вечером и утром (по схеме 2+1), и подготовка операционного поля.

Техника операции.

Операция проводилась в позиции для литотомии чаще всего под сакральной или спиномозговой анестезией. Процедуру выполняли с помощью аппарата «Ангиодин-ПК» (НПФ БИОСС, Россия) (рис. 2).

Использовали шовный материал Викрил 2/0 с иглой 5/8 круга, с длиной иглы 27 мм. После обработки операционного поля и дивульсии вводили проктоскоп, проводили диагностическую доплерометрию и, как правило, диагностировали 4-6 артерий, расположенных на 1, 3, 5, 7, 9 и 11 часах по условному циферблату. Артерии лигировались двумя 8-образными швами, затем нить не срезая использовали для лифтинга и мукопексии слизистой при наличии выпадения геморроидальных узлов. Накладывали непрерывный шов от проксимального участка до дистальной части, не доходя до зубчатой линии 5-6 мм. Нити связывали, подтягивая слизистую. Таким образом, проводили дезартеризацию и лифтинг на других участках (рис. 3, 4).

При наличии сочетанной патологии прямой кишки, сначала проводили оперативное лечение сопутствующей патологии, а затем дезартеризацию с лифтинговой мукопексией.

Результаты и обсуждение.

Длительность операции при геморрое составила 40-50 минут, а при коррекции сопутствующей патологии – 60-80 минут. Выраженность болевого синдрома после ДГУ была меньшей, так как во время операции анальный канал задействован минимально. При иссечении трещины или свища болевой синдром более выражен. Анальгетики (анальгин+димедрол, кетонал, промедол) назначали в 1-2 сутки после операции, в последующие дни потребление анальгетиков снижалось с переводом на таблетированные формы. Также пациенты получали антибактериальную терапию (цефтриаксон по 1 гр 2 раза в день), венотоники (детралекс по 1 капсуле 3 раза в день или флебодиа-600 по 1 капсуле 2 раза в день), и для смягчения стула использовали дюфалак в дозе 20-50 мл в сутки.

В раннем послеоперационном периоде осложнения были у 12 (7,7%) пациентов. Из них у 7 (4,5%) отмечен тромбоз наружных геморроидальных узлов (произведена тромбэктомия под местной анестезией) и у 5 (3,2%) несостоятельность лифтинговых зон (произведен релифтинг). Эти осложнения были связаны с несоблюдением рекомендаций и режима, а также с явлениями проктита.

Пациенты находились в стационаре от 1 до 5 дней (в зависимости от объема вмешательства при сопутствующей



Рис. 1. Аноскоп фирмы HEINE (Германия).



Рис.2. Аппарат «Ангиодин-ПК» (НПФ БИОСС, Россия)



Рис. 3. До процедуры ДГУ с лифтингом.



Рис.4. После процедуры ДГУ с лифтингом.

патологии), среднее пребывание в стационаре после операции составило 2,27 дней, период нетрудоспособности составил 5-7 дней. При исследовании на 10, 30, 60 сутки и в последующем не отмечено сужения анального канала, не наблюдалось рецидива геморроидальных симптомов.

Выводы.

Дезартеризация геморроидальных артерий под контролем доплерометрии с лифтинговой мукопексией воздействует на патогенетические факторы геморроидальной болезни, не требует этапности лечения, минимизирует риск послеоперационных осложнений, существенно сокращает сроки лечения и реабилитации. Болевой синдром значительно меньше, чем при традиционной геморроидэктомии. Данная операция успешно сочетается при хирургическом лечении сопутствующей патологии анального канала и может быть альтернативой хирургическому лечению.

Литература:

1. Ривкин В.Л., Капуллер Л.Л., Дульцев Ю.В. Геморрой и другие заболевания заднепреходного канала. М.: Медицина, 1994.-143 с.
2. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Благодарный Л.А. Геморрой. М.: Митра-пресс, 2002.-192 с.
3. Milligan E., Morgan G., Jones L., Officer R. Surgical anatomy of the anal canal and operative treatment of haemorrhoids. Lancet, 1937.-2.-p. 1119-1124.
4. Благодарный Л.А. Клинико-патогенетическое

обоснование выбора метода хирургического лечения геморроя. Автореф. дисс. д.м.н. М., 1999.-29 с.

5. Дульцев Ю.В., Титов Ю.А., Каланов Р.Г. Геморроидэктомия с использованием сшивающих аппаратов. Хирургия.-1989. №2.-С.115-118.

6. Arberman G., Krook H., Haapaniemi S. Closed vs. open haemorrhoidectomy – is there any difference? Dis. Colon. Rectum, 2000.-43(1). -p. 31-34.).

7. Соловьев О.Л. Склерозирующая терапия в амбулаторном лечении геморроя. Автореф. дисс. к.м.н. Волгоград, 1996, 23 с.

8. Tsamakidis K., Dimitroulopoulos D., Xinopoulos D., Karaitianos I., Archavlis E., Kontou M., Paraskevas E. Infrared photocoagulation as a treatment in the acute haemorrhoidal disease. 8 Biennial congress European council of coloproctology. Abstract book, Prague, 2001, p.92.

9. Соловьев О.Л., Наумов А.И., Коцгеруба А.Р. Сравнительная оценка оперативного и консервативного методов лечения геморроя. В сб.: “Актуальные проблемы колопроктологии”: Материалы Всеросс. конф. Н.Новгород, 1995.-С. 28-31.

10. Morinaga K., Hasuda K., Ireda T. Anovel therapy for internal haemorrhoids: ligation of the haemorrhoidal artery with a newly devised instrument (Moricorn) in conjunction with a Doppler flowmeter. Am. J. Gastroenterol.- 1995.-90(4).-P.610-613.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Болоткан уулу Н., Айтназаров Э.Т., Джумабеков С.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Дегенеративно-дистрофические заболевания коленного сустава сопровождаются нарушением и повреждением суставного хряща, что приводит к потере им эластичности и нарушение конгруэнтности и в конечном итоге приводит к инвалидизации пациента. Операцией выбора при таких тяжелых случаях является эндопротезирование. Данная статья посвящена опыту применения эндопротезов коленного сустава при различных заболеваниях коленного сустава. Больные были распределены по нозологиям и по половому признаку. Эндопротезы применяемые в БНИЦТиО производились в США и различных европейских странах. Также в работе представлен новый метод устранения сгибательной и разгибательной контрактуры коленного сустава без вмешательства на мягких тканях. Результаты исследования ближайших и отдаленных результатов эндопротезирования коленного сустава считаются положительными и свидетельствуют об эффективности этого метода лечения.

Ключевые слова: эндопротезирование, варусная деформация, коленный сустав.

ТИЗЕ МУУНДАРЫН ЭНДОПРОТЕЗДӨӨДӨ АЛЫСТАТЫЛГАН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Болоткан уулу Н., Айтназаров Э.Т., Джумабеков С.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Тизе муундун дегенератив-дистрофикалык оорулары муундун чемирчегинин жаракаланышына жана анын ийилчээк сапатын жоготушуна түрткү болуп, акыр эсебинде адамдын майып болушуна алып келет. Мындай учурда операциянын жалгыз жолу болуп эндопротездөө болуп эсептелет. Бул иште тизе муунунун ар түрдүү ооруларда эндопротездөө тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Бейтаптар жыныстык жана оорунун себеп мүчөлөрү менен бөлүнүшкөн. БТжОИИБ да колдонулган эндопротездер АКШ жана башка чет мамлекеттерде иштеп чыгарылган. Бул иште андан сырткары, тизе муунунун бүгүлүшүнө тоскоол болгон контрактураны, жумшак эттерге тийбестик жолу менен түстөө жаңы ыкмасы көрсөтүлгөн. Изилдөөнүн жакынкы жана алыскы жыйынтыктары дурус болуп эсептелип, бул дарылоо ыкмасы эффективдүү деп саналат.

Негизги сөздөр: эндопротездөө, тизе муун, варус деформациясы.

LONG-TERM RESULTS ENDOPROSTHESIS OF KNEE JOINT

Bolotkan uulu N., Aitnazarov E.T., Djumabekov S.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Degenerative-dystrophic diseases of the knee joint are accompanied by infraction and defect of the articular cartilage, which leads to loss of their elasticity and violation of congruency, and as a result leads to disability of the patient. The arthroplasty is chosen as a treatment in these difficult cases. This article focuses on the experience of usage of arthroplasty in various diseases of the knee joint. Patients were divided according to nosology and gender. Implants used in Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics (BRCT&O) were produced in the United States and in various European countries. Also the paper presents a new method Flexion and extension contracture of the knee joint without intervention on the soft tissues. The results of the study of immediate and long-term results of the knee arthroplasty are considered to be positive and shows the effectiveness of this method of treatment.

Key words: arthroplasty, knee-joint, varus deformity.

Актуальность.

Эндопротезирование коленного сустава на сегодняшний день является наиболее прогрессивным методом хирургического лечения поражений суставов разной этиологии, который быстро развивается и находит все большее применение в ортопедической практике, благодаря полноценному восстановлению опорной и двигательной функции коленного сустава. Эндопротезирование занимает одно из ведущих мест в лечении патологий коленного сустава. Данные зарубежной литературы свидетельствуют, что в эндопротезировании каждый год нуждаются около 200 пациентов из 1 миллиона населения. Это значит, что для Кыргызстана выполняется в 27 раз меньше прогнозированного количества эндопротезирований суставов. Это обусловлено как медицинскими, так и социальными причинами:

- Распространенность воспалительных заболеваний, вызванных специфической и неспецифической микрофлорой в области оперируемой конечности.

- Последствия инфицированного остео синтеза, остеомиелиты костей, наличие активных очагов воспаления.

- Активный туберкулез.

- Тяжелые сопутствующие заболевания.

- Больные, прикованные к постели и неспособные ходить после операции (нецелесообразность эндопротезирования)

- Неадекватные психические расстройства.

Немаловажную роль играет экономический фактор, так как стоимость компонентов эндопротеза является повышенной заводом изготовителем и немного превышает средний доход трудоспособного населения.

Кроме того в отличие от западных стран где хорошо развита страховая медицина в нашей стране она находится в зачаточном состоянии.

История эндопротезирования крупных суставов в нашей, а также в постсоветских странах неразрывно связано с именем К.М. Сиваша, создавшего первые имплантаты для замещения тазобедренного и коленного суставов [2]. Его разработки имели огромное научное и практическое значение. Однако при несомненных достоинствах этот эндопротез имел свои недостатки: биомеханические характеристики этого протеза не соответствовали геликоидным движениям в нормальном коленном суставе, а также наблюдался отрицательный эффект контакта в металло-металлической паре этого протеза, выражающейся в явлении металлоза и избыточного износа трущихся поверхностей.

Современным эндопротезам коленного сустава присущи: модельное исполнение, взаимозаменяемость компонентов, изготовление в цементном и бесцементном вариантах, металлополимерная пара трения. Тотальные эндопротезы коленного сустава выпускаются двух видов: салазкового типа и шарнирные цельносборные.

Материал и методы исследования.

С 2004 года под руководством академика НАН КР Джумабекова С.А. было внедрено в отделениях патологии суставов и ортопедии взрослых БНИЦТиО современные модели эндопротезов коленного сустава. С 2004 года операции по замене коленного сустава искусственными имплантатами было выполнено 100 больным.

Нами использовались эндопротезы салазкового типа, произведенные фирмами «DePuy», «Stryker», «аар», «Тreu», «Zimmer». Большинство операций было выполнено эндопротезами фирм «Stryker» - 50 операций и «аар» - 20 операций, а также эндопротезами «Тreu» - 10 операций, «DePuy» - 20 операций. Подавляющее большинство операций проводились с использованием цементной фиксации, что было обусловлено как экономическими причинами (имплантаты для бесцементного крепления дороже цементных моделей), так и наличием у большинства пациентов выраженных явлений остеопороза. Кроме того цементная техника дает лучшие долговременные результаты эндопротезирования коленного сустава с протезированием надколенника и без такового сопоставимы, поэтому мы пошли по пути упрощения и сокращения продолжительности операции.

В целом 100 больным было выполнено операции по замене коленного сустава искусственными

имплантатами. Возраст больных варьировал от 20 до 70 лет. Основной контингент больных составляли женщины - 67%, мужчины - 33%. Средний возраст женщин составил 50 лет, мужчин - 54 года (таблица 1).

Меньший средний возраст женщин объясняется тем, что подавляющее большинство больных ревматоидным артритом, развивающимся преимущественно в молодом возрасте, были женского пола. Наиболее частым диагнозом был ревматоидный полиартрит, вторичный гонартроз - 35 операций, на втором месте гонартроз - 30 операций, на третьем посттравматический гонартроз - 25 операций. Остальные 10 операций проводились по поводу болезни Бехтерева. Среди 35 пациентов с ревматоидным полиартритом, вторичным гонартрозом было - 28 женщин 80 % и 7 - мужчин 20%, среди 30 больных с гонартрозом было - 25 женщин 23,3% и 5 мужчин 16,6 %, среди 25 пациентов с посттравматическим гонартрозом - 17 женщин 68% и 8 мужчин 32 %, среди 10 пациентов с болезнью Бехтерева было - 8 женщин 80% и 2 мужчин 20%.

У больных с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом женского пола в 20 случаях были применены эндопротезы фирмы «Stryker», в 10 случаях эндопротезы фирмы «аар», в 8 случаях фирмы «DePuy», у больных мужского пола в 5 случаях был применен эндопротез фирмы «Stryker» и в 2-х случаях «аар». У больных с гонартрозом женского пола в 15 случаях был применен «Stryker», в 10 «аар», у больных мужского пола в 4 случаях «Тreu» и в 4 - х случаях «Zimmer». При посттравматическом гонартрозе у женщин в 10 случаях применены эндопротезы «Stryker» и в 7 случаях был применен «аар», у мужчин с заболеванием данной патологии были применены эндопротезы фирмы «Stryker». У больных с болезнью Бехтерева женского пола в 6 случаях был применен «DePuy» в 2 случаях «аар», у мужчин в 2-х случаях был применен эндопротез «Stryker».

В послеоперационном периоде реабилитация больных проводилась по следующей схеме. На второй день после операции удаляли дренаж и обучали пациентов изометрическим упражнениям для мышц оперированной конечности. С третьего дня начали восстанавливать амплитуду движений в суставах оперированной конечности, прежде всего в коленном за счет пассивных движений. Через 3-5 дней, после достижения в оперированном суставе угла сгибания 90 градусов, приступали к активным движениям. Постельный режим больные соблюдали 3-4 дня, до момента, когда они могли активно поднять выпрямленную оперированную ногу над плоскостью кровати, что

Таблица 1.

Распределение больных по нозологиям

Диагноз	Всего больных (операций)	Женщины	Мужчины
Ревматоидный полиартрит вторичный гонартроз	(35) 100%	(28) 80%	(7) 20%
Гонартроз	(30) 100%	(25) 83,3%	(5) 16,6%
Посттравматический гонартроз	(25) 100%	(17) 68%	(8) 32%
Болезнь Бехтерева	(10) 100%	(8) 80%	(2) 20%

Таблица 2
Оценочная таблица Knee Society

Часть 1		Часть 2	
Функция коленного сустава	баллы	Функциональные возможности пациента	баллы
Боль:		Ходьба по ровной поверхности	
Нет	50	Не ограничена	50
Слабая и непостоянная	45	>1000 м	40
Только при ходьбе по лестнице	40	500-1000 м	30
При ходьбе по ровной поверхности и по лестнице	30	<500 м	20
Боль средней интенсивности:		Только по дому	
Непостоянная	20	невозможно	0
постоянная	10	Ходьба по лестнице	
сильная	0	Без поддержки вверх и вниз	50
Амплитуда движений (5 гр= 1 балл)	25	Без поддержки вверх, держась за перила вниз	40
Стабильность (максимальная подвижность в любой позиции)		Вверх и вниз, держась за перила	
переднезадняя		Держась за перила вверх, вниз невозможно	15
<5мм	10	Использование дополнительных средств опоры	
5-10 мм	5		
>10 мм	0		5
медиолатеральная	15	Две трости	10
<5гр	10	Костыли или ходунки	20
6-9 гр	5	сумма	
10-14 гр	0		
15 гр			
Сгибательная контрактура:			
5-10 гр	-2		
10-15 гр	-5		
16-25 гр	-10		
>20гр	-15		
Разгибательная контрактура			
< 10гр	-5		
10-20гр	-10		
>20гр	-15		
Отклонение голени			
5-10 гр	0		
0-4 гр (каждый градус)	-3		
11-15 гр (каждый градус)	-3		
Другие значения	-20		
Сумма			

доказывало способность пациента активно выносить ногу при ходьбе, не травмируя оперированный сустав. В течении 10- 12 дней больные получали антикоагулянтную терапию фраксипарином 0,4 мг. подкожно 1 раз в сутки в течении 5 дней, а также конечности бинтовали эластическими бинтами или чулками. Также применялись антибиотики, по индивидуальным показаниям. Пациентам с выраженным остеопорозом, выявленным при клинико-инструментальном обследовании, рекомендовали препараты кальция, регулирующие стрессовое ремоделирование кости.

Клиническая оценка результатов проводилась по оценочной таблице KneeSociety, состоящий из двух частей: оценки функции коленного сустава и функциональных способностей пациента (таблица 2).

Производится опрос по пунктам оценочной таблицы «KneeSociety» затем баллы суммируются и выводится окончательный результат. По нашему мнению данный опросник наиболее полноценно отражает качественные и количественные характеристики функциональных возможностей коленного сустава до и после лечения.

Результаты и их обсуждение.

По мере освоения данного метода мы столкнулись с рядом специфических особенностей эндопротезирования коленного сустава. Все хирургические вмешательства выполнялись в условиях значительной деструкции суставов, поэтому у большинства больных имелись различные осевые деформации коленных суставов. Чаще всего больные были с варусной деформацией. Варусная деформация самая распространенная. При оперативных вмешательствах у большинства больных учитывая то, что больше деструкции было в медиально бедренно-большеберцовой стороне коленного сустава, сопровождающееся с нарушением оси конечности (варусная деформация), уровень резекции разрушенной суставной поверхности большеберцовой кости было ниже и соответственно для достижения противоположной ширины и равновесия суставной щели в положении разгибания и сгибания под углом 90 гр., нами были установлены тибиальные платформы эндопротезов фирмы «Stryker» размером 10-12 мм. Схематично это показано на рисунке 1.

При выраженной варусной деформации

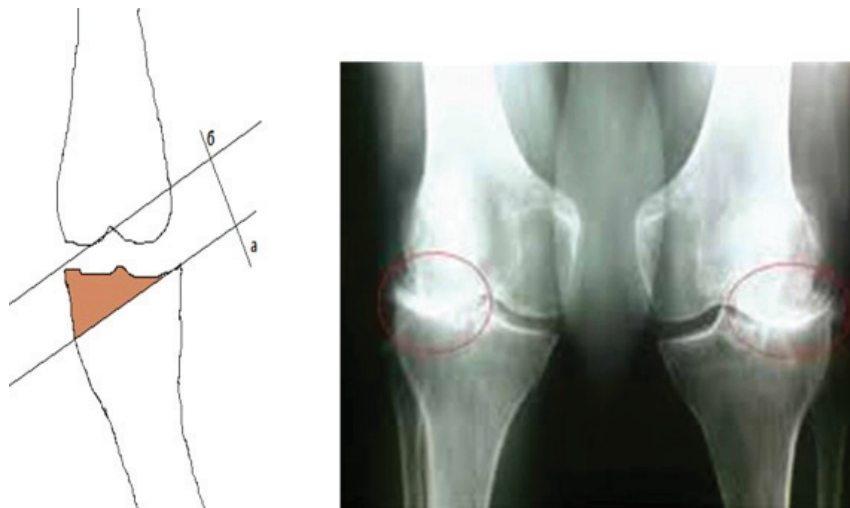


Рис.1 схема резекции костной ткани для посадки тибиальной платформы.



Рис. 2. Укорачивающая остеотомия для редрессации мышц бедра.

Результаты опроса по «KneeSociety» до и после эндопротезирования коленного сустава.

Результат Диагноз	Средняя оценка до эндопротезирования	Средняя оценка после эндопротезирования
Ревматоидный полиартрит и вторичный гонартроз	23	83
Первичный гонартроз	31	87
Посттравматический гонартроз	26	79
Болезнь Бехтерева	21	70

конечности в коленном суставе высота резекции тибиальной части (а-б) возрастала. При наличии длительных сгибательных контрактур коленного сустава, даже после замены коленного сустава на искусственный очень тяжело разработать движения, до некоторых пор мы применяли случаях миофасциотенолиз, однако последствия таких операций очень различны, возможно развитие воспалительных осложнений, в последующем происходит обильное разрастание соединительно-рубцовой ткани. С учетом этих обстоятельств нами разработана методика интраоперационной редрессации мышц бедра. Перед эндопротезированием производится укорачивающая резекция бедренной кости и фиксация на костной пластине. При укорочении бедренной кости происходит расслабление и растяжение мышц бедра, благодаря чему мы одновременно можем устранить контрактуры коленного сустава без вмешательства в мягкотканые структуры (рис.2).

Большинство исследователей считают, что главным ориентиром для корректной установки эндопротеза должно служить состояние суставной щели в положении разгибания, так как в этом положении происходит основная нагрузка на коленный сустав. При наличии небольших костных дефектов последние пломбировались цементом. В ряде случаев при большом дефиците костной ткани использовались ауто и аллотрансплантаты.

Осложнения. Парез малоберцовой порции седалищного нерва отмечен в 1 случае. После проведения консервативного лечения у больного наступил регресс неврологических симптомов до полного восстановления функции нерва. У двух пациенток с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом, амплитуда движений в коленном суставе осталась неудовлетворительной (менее 10 градусов). Это можно объяснить особенностями их психики, в силу которых не удалось добиться соблюдения ими правил реабилитации.

В предоперационном периоде средняя функциональная оценка коленного сустава составляла в группе пациентов с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом 23 балла, с гонартрозом 31 балл, с

посттравматическим гонартрозом 26 баллов, с болезнью Бехтерева 21 балл. В послеоперационном периоде функциональная оценка коленного сустава составляла в группе с ревматоидным полиартритом и вторичным гонартрозом 83 балла, с гонартрозом 87 баллов, с посттравматическим гонартрозом 79 баллов, с болезнью Бехтерева 70 баллов. Результат показан в таблице 3.

Рентгенологическая оценка результатов проводилась от 3 до 6 месяцев. Ни у одного из наблюдаемых больных признаков нестабильности эндопротезов не выявлено, образование послеоперационных оссификатов также не обнаружено.

Выводы: опыт эндопротезирования коленных суставов эндопротезами нового поколения мы оцениваем как положительный. Положительные ближайшие и отдаленные результаты лечения тотального эндопротезирования (2-3 года) коленного сустава свидетельствуют об эффективности этого метода лечения, который позволяет эффективно ликвидировать болевой синдром, восстановить полный объем движений в короткие сроки после операции, вернуть пациентам прежнюю двигательную активность. Есть основания полагать, что дальнейшее накопление опыта применения эндопротезирования коленных суставов позволит добиться отличного результата лечения у большинства пациентов.

Литература:

1. Ушакова О.А. Ортопедо-хирургические и артроскопические методы диагностики, профилактики и лечения гонартроза: Автореф. дисс.... д-ра.мед. наук: 14.00.22-М., 1990.-44 с.
2. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия / руководство для врачей; в 3 томах- Том 1.- М.; Медицина.- 1997. С. 539-542.
3. Door L.D., Scott R.D., Scott W.N. Functional results of treatment knee joint trauma // J. Bone et Surg. – 1989. – N 248.- P. 13-14
4. Feller J.A., Bartlett R.J., Lang D.M. Treatment knee arthrosis with artificial joint // J. Bone et Surg.- 1996. – vol. 78 B.-P. 226-228.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Касенов А.С.

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

Резюме. В статье изложены результаты применения препарата: «декасан» 0,02 %, обладающего бактерицидным, противовоспалительным действием с целью профилактики послеоперационных осложнений при деструктивных формах аппендицита и холецистита. В момент операции после удаления основного очага поражения (аппендикулярный отросток, желчный пузырь), брюшная полость орошалась 0,02% раствором «декасан» с экспозицией 5 минут, а затем полость осушали и рану ушивали до микроирригатора. Данная методика использовалась у 25 больного с деструктивным аппендицитом. И у 25 холециститом. Послеоперационный период протекал благоприятно. Осложнения после операции (инфильтрат) имел место у 1-го больного (4%). При использовании «декасан» для профилактики осложнений отмечено и снижение сроков стационарного лечения. После аппендэктомии $4,3 \pm -0,3$ и после холецистэктомии $5,7 \pm 0,3$ койко дней.

Ключевые слова: аппендицит, холецистит, профилактика осложнений, «декасан».

ОПЕРАЦИЯ ДАН КИЙИНКИ ИРИҢ-СЕЗГЕНУҮНҮН КҮЧӨП КЕТҮҮСҮН АЛДЫН АЛУУНУН ЭФФЕКТИВДҮҮЛҮГҮ

Касенов А.С.

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

Корутунду. Бул макалада препаратты колдонуунун жыйынтыгы баяндалган: бактерия өлтүргүчтүк, сезгенүүгө каршы таасирлүү 0,02% «декасан» аппендициттин жана холециститтин бузуку формасында операциядан кийинки күчөп кетүүнү алдын алуу максатында. Операция учурунда жараттын (аппендикулярия өскөн жер, өт) негизги жерлерин алып салгандан кийин, ич көндөйү 5 мүнөт убактысында 0,02% «декасандын» ээритмеси менен куюлду, андан кийин көндөй кургатылып жана жараатты микроирригаторго чейин кыскартылып тигилген. Бул усул бузуку аппендицит менен ооруган 25 бейтапка жана холецистит менен ооруган 25 бейтапка пайдаланылган. Операциядан кийинки учур жагымдуу өтүп жатты. Операциядан (инфильтрат) кийинки күчөп 1 бейтапта (4%) болду. Күчөп кетүүнү алдын алуу үчүн «декасанды» пайдаланууда стационардык дарылануунун мөөнөтү да азайгандыгы белгиленди. Аппендэктомиядан кийин $4,3 \pm -0,3$ жана холецистэктомиядан кийин $5,7 \pm 0,3$ күн.

Негизги сөздөр: аппендицит, холецистит, күчөп кетүүнү алдын алуу, «декасан».

THE EFFECTIVENESS OF THE PREVENTION OF POSTOPERATIVE PURULENT INFLAMMATORY COMPLICATIONS

Kasenov A.S.

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

Resume. The article presents the results of the drug, «dekasana» 0.02%, has bactericidal, anti-inflammatory action to prevent postoperative complications in destructive forms of appendicitis and cholecystitis. At the time of surgery after removal of the primary lesion (appendicular appendix, gall bladder), abdomen watered 0.02% solution of «dekasana» with an exposure of 5 minutes, and then dried cavity and the wound sutured to mikroirrigator. This technique was used in 25 patients with destructive appendicitis. And 25 cholecystitis. The postoperative course was favorable. Postoperative complications (infiltration) occurred in the 1st patient (4%). When using «dekasana» to prevent complications noted and decreasing time-patient treatment. After appendectomies $4,3 \pm -0,3$ and after cholecystectomy $5,7 \pm 0,3$ bed days.

Keywords: appendicitis, cholecystitis, prevention of complications, «dekasana» .

Введение.

Проблема послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений в хирургии в последнее время не только не теряет своей значимости, но и привлекает вновь все более пристальное внимание специалистов, поскольку доля этих осложнений не уменьшается [1,2], а по некоторым данным, даже имеет тенденцию к увеличению [3,4]. Что связано с тем, что в последние годы больные с заболеваниями органов брюшной полости стали обращаться в поздних стадиях заболевания с деструктивными формами, что существенно увеличивает риск возникновения осложнений в послеоперационном периоде [5,6,7].

Указанная проблема значима не только в медицинском, но и социально-экономическом отношении, так как на длительные сроки стационарного лечения больных государство затрачивает большое количество финансов [8,9].

Особенно острое значение рассматриваемая проблема имеет в неотложной абдоминальной хирургии, где частота послеоперационных гнойно - септических осложнений достигает 23,5-71,2 %.

Поиск мер профилактики идет на протяжении многих десятилетий, а число осложнений снижается незначительно. В последние годы, с целью профилактики раневых осложнений стали применять различные

физические методы (лазер, ультразвук, УФО крови, инфракрасное излучение, медицинский озон в виде озонкислородной смеси или озонированных растворов), но недостаток их применения в том, что во многих лечебных учреждениях отсутствует аппаратура для их использования, а также сложность в их применении.

Помимо этих методов с целью профилактики применяется ряд антисептиков. Мы обратили внимание на раствор «декасан», который обладает широким спектром действия на аэробную и анаэробную микрофлору. Механизм его действия основан на способности его активных компонентов разрушать клеточные мембраны микроорганизмов. «Декасан» выпускается в удобной упаковке для их применения в клинике (во флаконах по 50 мл, 250 мл, 400 мл) и стоимость его доступна для больных. В литературе присутствуют сведения, что «декасан» используется при гнойно-воспалительных заболеваниях, а какова их эффективность в профилактике осложнений в экстренной хирургии, то этих сведений в доступной нам литературе мы не обнаружили, что и явилось основанием для планирования данного исследования.

Цель: представить результаты использования 0,02% раствора декасана для профилактики гнойно-воспалительных осложнений при деструктивных формах острого аппендицита и холецистита.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 50 больных из них с острым аппендицитом - 25 и острым холециститом – 25. Возраст больных колебался от 17 до 67 лет. Давность заболевания при аппендиците составляла от 20 часов до 4 суток и при холецистите от 2 до 5 суток.

В обследовании больных помимо общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, биохимических анализов крови, электрокардиография (ЭКГ)) использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) внутренних органов, ультразвуковую эхоморфometriю послеоперационной раны для определения течения раневого процесса.

Полученные результаты обработаны методом вариационной статистики с определением средней арифметической (M), средней квадратичной величины (σ) и ошибки ряда (m).

Результаты и их обсуждение.

Все больные оперированы в экстренном порядке. При остром аппендиците использовали внутривенное обезболивание у 23 и у 2 эндотрахеальный наркоз. Всем больным с острым холециститом операция проведена под эндотрахеальным наркозом.

При остром аппендиците доступ был традиционным в правой подвздошной области по Волковичу-Дьяконову. А при остром холецистите у большинства больных применяли минидоступ (6-7 см), также использовали доступ по Федорову или Кохеру и лишь у 2 больных применен традиционный лапаротомный доступ.

Флегмонозный аппендицит обнаружен у 21 больного и гангренозный у - 4.

При холецистите флегмонозная форма имела место у 19 больных, эмпиема желчного пузыря у 4, больных с перивезикальным абсцессом было 2.

Всем больным во время операции была проведена обработка операционной раны раствором декасана 0,02 % с экспозицией 5 минут.

В период операций осложнений не наблюдали. Послеоперационный период протекал благоприятно. В первые 24 часа после операции больные нуждались в парентеральном введении обезболивающих средств. На 3 сутки анальгетики отменены. Температура тела оставалась в пределах нормы, и лишь у 3 больных с острым аппендицитом наблюдалось повышение температуры тела до 37,6°C. У одного больного с перивезикальным абсцессом температура тела повысилась до 37,9°C. Нормализация температуры тела наблюдалась уже ко 2 суткам.

В анализах крови наблюдалось стремительное снижение количества лейкоцитов до нормы. Также уменьшилось среднее пребывание больных в стационаре. Швы сняты на 6 и 7 сутки после операции. Клинические показатели даны в таблице 1.

Таким образом, наши пока малочисленные исследования показали целесообразность применения 0,02% раствора декасана в профилактике гнойно-воспалительных осложнений при деструктивных формах острого аппендицита и холецистита. Но для окончательных выводов необходимо накопление клинического материала, что и будет нами выполнено в последующем.

Таблица 1.
Клинические показатели послеоперационного периода

Показатели	острый аппендицит	острый холецистит
Исчезновение болевого синдрома, сутки	3,2 ± 0,2	3,5 ± 0,3
Нормализация температуры, сутки	2,5 ± 0,1	3 ± 0,3
Нормализация количества лейкоцитов, 10 ⁹ /л	3 ± 0,4	3 ± 0,1
Сроки пребывания в стационаре, койко дней	4,3 ± 0,3	5,7 ± 0,3
Осложнения(%)	-	1 (4)

Литература:

1. Абаев, Ю. К. *Современные особенности хирургической инфекции [текст] / Ю. К. Абаев // Вести. Хирургии.* - 2005. Т. 164, № 3. - С. 107 -111.
2. Абрамов, А. Ю. *Современная абдоминальная травма / А. Ю. Абрамов // Материалы IV Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и Пленума проблемной комиссии «Инфекции в хирургии» . Ярославль. - 2007. - С. 293 - 297.*
3. Абрамов, М. Г. *Клиническая цитология / М. Г. Абрамов // М.: Медицина. 1974. - 335 с.*
4. Абрамов, М. Г. *Цитологическая диагностика злокачественных новообразований / М. Г. Абрамов // Атлас. М. - 1964. - С. 234.*
5. Адамян, А. А. *Система обозначения хирургических шовных материалов / А. А. Адамян, Т. И. Винокурова // Хирургия. 1990. - № 12. - С. 77 - 79.*
6. Александров, К. Р. *Пролонгированное антибактериальное действие шовных материалов с полимерным покрытием. / К. Р. Александров, А. В. Воленко, Т. А. Васина // Антибиотики и химиотерапия. 1991. - №11.- С. 37'-40.*
7. Алмагабеков, К. Х. *Транслокация кишечной микрофлоры и ее механизмы / К. Х. Алгабеков, Е. М. Горская М. В. Бондаренко // Журн. микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. 1991. - № 10. - С. 74 - 79.*
8. Амруллаев, Г. А. *Прогнозирование и фармакологическая коррекция течения раневого процесса при хирургическом лечении острых гнойных заболеваний в условиях поликлиники / Г. А. Амруллаев // Диссертация. канд. мед. наук.: 14.00.27. Тверь. - 2009. - С. 99.*
9. Ассонов, Н. Р. *Микробиология / Н. Р. Ассонов // М.: ИНФА-М -2000г.-С 456.*

ГЕМОДИНАМИКА ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ЭХИНОКОККОЗОМ ПОСЛЕ АБДОМИНИЗАЦИИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ

Мадаминов Э.М.

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

Резюме. Дано состояние гемодинамики печени после абдоминации паразитарных кист печени у 56 больных. Установлено, что при абдоминации имеет место минимальное нарушение гемодинамики печени в сравнении с капитонажем и инвагинацией.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, абдоминация, капитонаж, инвагинация, УЗ доплерография.

ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУНА ЧАЛДЫККАН БЕЙТАПТАРДЫН ФИБРОЗДУК ЧЕЛ КАБЫКТЫ АБДОМИНИЗАЦИЯЛОО БЫКМАСЫНАН КИЙИНКИ БООРДУН ГЕМОДИНАМИКАСЫ

Мадаминов Э.М.

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

Корутунду. Боордун мите ыйлаакчасынын фиброздук чел кабыгын абдоминациялоодогу 56 бейтаптын боор гемодинамикасынын абалы берилген. Абдоминациялоодо капитонаж жана инвагинацияга салыштырмалуу, боордун гемодинамикасынын бузулушу минималдуу болгон.

Негизги сөздөр: Боор, абдоминациялоо, капитонаж, инвагинация, ультрадобуштук доплерография.

LIVER HEMODYNAMICS OF ECHINOCOCCOSIS PATIENTS AFTER ABDOMINIZATION OF THE FIBROUS CAPSULE

Madaminov E. M.

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

Resume. The state of the liver hemodynamics after abdominization of the parasitic cysts of 56 patients is given. It was found that there is a minimal liver hemodynamics abnormality in abdominization comparing with the capitonnage and invagination.

Keywords: liver, echinococcosis, abdominization, capitonnage, invagination, Doppler Ultrasound.

Введение.

В оперативном лечении эхинококкоза печени одним из основных этапов является ликвидация полости фиброзной капсулы и в литературе представлено очень много методов посвященных этому вопросу, но все они не лишены таких недостатков как возникновение остаточной полости с последующим нагноением и нарушение гемодинамики [1,2,4,5,8].

Идут поиски методов ликвидации полости фиброзной капсулы с минимальным нарушением гемодинамики и снижение частоты остаточной полости.

Цель работы: изучить состояние гемодинамики печени при использовании метода абдоминации в ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе.

Материал и методы обследования.

Под наблюдением находилось 56 больных эхинококкозом печени. Возраст их колебался от 18 до 64 лет. Женщин было 36, мужчин 20. Кисты локализовались у 42 больных в правой доле печени, у 12 – в левой и у 2 - в обеих долях. При правосторонней локализации был доступ по Федорову, а в левой – верхне - срединный. У 36 больных кисты были средних размеров (от 10 до 15 см в диаметре), у 20 - больших (от 15 до 20 см).

В обследовании больных, помимо общеклинических методов, использовано ультразвуковое исследование (УЗИ) и ультразвуковая доплерография на диагностическом сканере «Acuson Sequoia 512». Дан анализ основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения

печеночной артерии, воротной вены и печеночных вен. При этом определяли диаметр сосудов (d), среднюю (V mean) и объемную (V vol.) скорость кровотока для венозных сосудов и для артериальных, пиковую систолическую скорость кровотока (V max), конечную диастолическую скорость кровотока (V min), объемную скорость кровотока. Полученные результаты обработаны с определением средней арифметической (M), средней квадратичной (d) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t - критерию по таблице Стьюдента.

В ликвидации полости использована методика абдоминации, предложенная А.А. Вишневым [6] и использованная широко Ахунбаевым И.К. и Ахунбаевой Н. И. [2], которую они применяли при эхинококкозе легких.

Методика операции заключалась в следующем: после ревизии печени и предварительного обеззараживания содержимого кист гипертоническим раствором хлорида натрия (30%) или озонированным раствором (8-10мкг/ мл), иссекается часть фиброзной капсулы, выступающая над поверхностью печени. После иссечения фиброзной капсулы до печеночной ткани накладываем гемостатический шов, полость еще раз обрабатываем и тщательно осматриваем для выявления желчных свищей. При обнаружении свища его ушивали (6 чел), а у 2 к ушитому свищу фиксировали прядь большого сальника. Оставшаяся тарелкообразная часть фиброзной капсулы оставалась открытой и к ней подводили 1-2 страховых дренажа, послонные швы на рану. После операции

выполняли УЗИ для контроля стояния дренажа и своевременного контроля скопления жидкости в брюшной полости.

УЗ доплерографию выполняли до операции и при выписке. При этом были проанализированы значения основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения. Проводилось определение количественных показателей гемодинамики печени: венозной и артериальной системы.

Результаты и их обсуждение.

При анализе показаний гемодинамики печени до операции, было установлено, что нарушение были равнозначными в группах больных, которым полость фиброзной капсулы была ликвидирована капитонажем, инвагинацией и абдоминализацией. Динамическое

наблюдение за больными показало, что течение послеоперационного периода было благоприятным. Лишь у одного больного на 3-4 сутки после операции по дренажам стало выделяться отделяемое с примесью желчи, при контрольном УЗИ выпота в брюшной полости не обнаружено, усилена противовоспалительная терапия и дренажи задержаны до 8 суток. Отделяемое постепенно уменьшалось и после его прекращения дренажи были удалены.

В послеоперационном периоде выполнена УЗ доплерография и ее результаты были сопоставлены с показателями больных, которым полость была ликвидирована капитонажем (25 чел) и инвагинацией (18 чел). В качестве контроля было обследовано 20 практически здоровых лиц (таблица 1).

Таблица 1.
Сравнительная оценка ультразвуковой доплерографии больных эхинококкозом печени с различными методами ликвидации полости фиброзной капсулы

Показатели	Методы ликвидации фиброзной капсулы						Практически здоровые n-20, M ₇ ±m ₇
	абдоминализация n-56		капитонаж n-25		Инвагинация n-18		
	до операц. M ₁ ±m ₁	при выписке M ₂ ±m ₂	до операц. M ₃ ±m ₃	при выписке M ₄ ±m ₄	до операц. M ₅ ±m ₅	при выписке M ₆ ±m ₆	
V.portae Главная вена: d,см.	1,040±0,02	0,92±0,02	1,92±0,06	1,64±0,07	1,71±0,05	1,02±0,06	0,91±0,02
P	M ₁ -M ₃ >0,05 M ₂ -M ₄ >0,01		M ₃ -M ₅ >0,05 M ₄ -M ₆ >0,05		M ₅ -M ₇ <0,01 M ₆ -M ₇ <0,01		
Vvol., мл/мин	634,32± 14,28	670,5± 12,12	676,32± 12,17	652,31± 4,12	678,35± 12,13	612,51± 10,13	674,30±8,13
P	M ₁ -M ₃ >0,05 M ₂ -M ₄ >0,05		M ₃ -M ₅ >0,05 M ₄ -M ₆ <0,05		M ₅ -M ₇ <0,01 M ₆ -M ₇ >0,05		
Vcp.,см/сек	18,90 ±0,11	16,2±0,52	21,10±0,28	18,14±0,72	20,18±0,27	19,14±0,31	16,10±0,48
P	M ₁ -M ₃ <0,01 M ₂ -M ₄ <0,05		M ₅ -M ₇ >0,05 M ₄ -M ₆ >0,05		M ₅ -M ₇ <0,01 M ₆ -M ₇ <0,01		
Правая ветвь: d,см	0,92±0,02	0,81±0,01	0,66±0,01	0,69±0,05	0,66±0,07	0,68±0,06	0,71±0,01
P	M ₁ -M ₃ <0,05 M ₂ -M ₄ <0,05		M ₃ -M ₅ >0,05 M ₄ -M ₆ >0,05		M ₅ -M ₇ >0,05 M ₆ -M ₇ >0,05		
V vol, мл/мин	452,15±5,14	359,4±7,13	4,17±1,71	392,13±3,13	328,14 ±2,71	321,51±2,37	329,31±7,14
P	M ₁ -M ₃ <0,01 M ₂ -M ₄ >0,05		M ₃ -M ₅ >0,05 M ₄ -M ₆ <0,05		M ₅ -M ₇ <0,05 M ₆ -M ₇ >0,05		
V cp, см/сек	11,49±0,63	12,6±0,37	15,31±0,92	12,81±0,13	15,92±1,13	14,41±0,73	13,61±0,11
P	M ₁ -M ₃ <0,01 M ₂ -M ₄ >0,05		M ₃ -M ₅ >0,05 M ₄ -M ₆ <0,05		M ₅ -M ₇ <0,05 M ₆ -M ₇ >0,05		
Левая ветвь d,см	0,73±0,01	0,68±0,02	0,56±0,01	0,61±0,02	0,56±0,02	0,62±0,03	0,67±0,01

P	$M_1-M_3 < 0,05$ $M_2-M_4 > 0,05$		$M_3-M_5 > 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 < 0,05$ $M_6-M_7 > 0,05$		
	Vvol, см/сек	316,17± 5,14	301,5± 4,18	231,11± 1,49	299,75± 1,59	249,13± 2,14	
P	$M_1-M_3 > 0,05$ $M_2-M_4 < 0,05$		$M_3-M_5 > 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 < 0,05$ $M_6-M_7 > 0,05$		
Кровоток в общей печеночной артерии: d, см	0,42±0,01	0,44±0,02	0,49±0,05	0,46±0,06	0,50±0,05	0,52±0,04	
P	$M_1-M_3 > 0,05$ $M_2-M_4 > 0,05$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,05$ $M_6-M_7 < 0,05$		
Vmax, см/сек	83,62±0,97	71,21±2,21	107,8±1,15	85,14±0,97	99,7±1,11	88,54±1,12	
P	$M_1-M_3 > 0,01$ $M_2-M_4 > 0,01$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,001$ $M_6-M_7 < 0,05$		
V min, см/сек	22,14±0,11	18,63±1,14	36,18±1,14	26,4±1,19	35,12±0,92	31,18±0,61	
P	$M_1-M_3 > 0,001$ $M_2-M_4 > 0,01$		$M_3-M_5 < 0,05$ $M_4-M_6 > 0,05$		$M_5-M_7 > 0,01$ $M_6-M_7 < 0,01$		

Анализ результатов доплерографии показал, что если до операции у всех 3х групп нарушения гемодинамики были однотипным, то в послеоперационном периоде отмечены существенные различия. Более выраженные нарушения наблюдались у больных, которым выполнена инвагинация и несколько меньше при капитонаже. При капитонаже после операции как в венозной, так и в артериальной системах нарушение гемодинамики усугублялись. При инвагинации к моменту выписки из стационара наблюдалось снижение объемной скорости кровотока, уменьшение диаметра портальной вены, а средняя скорость находилась в пределах нормы. В правой и левой портальных венах были однотипные изменения.

После операции абдоминализации полости фиброзной капсулы показатели гемодинамики не усугублялись, снижение объемной скорости было незначительным, в правой и левой портальных венах показатели не отличались от нормы.

При оценке клинического течения, у 5 больных из 25, у которых полость ликвидирована капитонажем, выявлены остаточные полости, хотя и без признаков нагноения. Были и различия в сроках пребывания больных в стационаре. После абдоминализации среднее пребывание составило $7,4 \pm 0,37$ койко - дней, при капитонаже $8,5 \pm 0,41$ и при инвагинации $9,9 \pm 0,61$.

Таким образом, наши исследования показали преимущества выполнения метода абдоминализации в сравнении с капитонажем и инвагинацией. Метод абдоминализации может быть использован при краевом расположении кист, при локализации кист в зоне S (III, IV, VI) печени. При абдоминализации возникают минимальные нарушения гемодинамики печени.

Литература:

1. Арипов, У.А. Эхинококкоз - важнейшая медико - социальная проблема в хирургии [Текст] / У.А. Арипов, Н.У. Арипов, Ф.Н. Насыров // Хирургия рубежа XX и XXI века: материал III конгресса хирургов Кыргызской Республики - Бишкек, 2000.- С.211-222.
2. Ахунбаев И.К. Эхинококкоз легких и его хирургическое лечение / [Текст] И. К. Ахунбаев, Н.И.Ахунбаева – Фрунзе: Кыргызстан, 1977-312 с.
3. Бебезов, Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст] / Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышпаев // Проблема эхинококкоза в Кыргызстане: Сб. научн. Тр- Бишкек.- 2002.- С.22-27.
4. Гальперин Э.М. Ультразвуковая доплеровская оценка функционального резерва печени [Текст] / Э.М. Гальперин, Г.Г. Ахаладзе // Хирургия.- 1992.-№ 1 –С. 18-22.
5. Камалов, Ю. Р. Ультразвуковая оценка диаметра и показателей кровотока сосудов печени: методика определения и значения у здоровых лиц [Текст]/ Ю.Р. Камалов, В.А. Сандриков, Т.С. Бохян // ангиология и сосудистая хирургия.- 1999.-№2.- С. 25-41.
6. Вишневский, А.А. К хирургическому лечению эхинококка легкого [Текст] / А.А. Вишневский // Вестник хирургии. - 1956. - № 11. – С.74–79.
7. Killi, R.M. Doppler sonography of the native liver [Text] / R.M. Killi // Eur.J. Radid.- 1999.- vol.32, №1.- p. 21-35
8. Morel Ph. Surgical treatment of hydatid disease of the liver : A surgery of 69 patients [Text]. / Ph. Morel, I. Robert, A. Rohner // Surgery.- 1998.-vol.104, №5.- P.852-862.

FAST TRACK SURGERY: ОПЫТ ВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Айтеев А.У.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Городская клиническая больница №1
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе дискутируются первые результаты реализации программы Fast track surgery (FTS) «быстрый путь в хирургии» в лечении 50 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Программа FTS осуществлялась на до-, интра- и послеоперационном периодах. Использование программы способствовало реабилитации, улучшению качества жизни, снижению срока нахождения в стационаре и уменьшению материальных затрат на лечение.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лечение, программа FTS.

FAST TRACK SURGERY: ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ӨНӨКӨТ ТАШ ООРУСУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН ХИРУРГИЯЛЫК ООРУЛУУЛАРДЫ КАРООНУН ТАЖРЫЙБАСЫ

Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Конурбаева Ж.Т., Айтеев А.У.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
№ 1 шаардык клиникалык оорукана
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу менен жабыркаган 50 оорулуну Fast track surgery (FTS) «хирургиядагы кыска жол» программасын колдонуп, дарылоонун биринчи жыйынтыктары талкуулоого алынды. FTS программасы өз ичине операцияга чейинки, операция учурунда жана операциядан кийинки учурларды камтыйт. Бул программаны колдонууда реабилитациялоонун убактысы кыскарат, жашоонун сапаты мыктыланат, бейтаптардын стационардык дарылануусунун убактысы кыскарат жана материалдык чыгымдары азаят.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу, дарылоо, FTS программасы.

FAST TRACK SURGERY: EXPERIENCE OF SURGICAL PATIENTS WITH CHOLLITHIASIS

Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Konurbaev Z.T., Aitikeev A.U.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
City clinical hospital № 1
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Are discussed in the first results of the implementation of the program Fast track surgery(FTS) in the treatment of 50 patients with chollithiasis.FTS program includes: preoperative, intraoperative and postoperative periods. Using the program helps to reduce the time of rehabilitation and improves the quality of life of patients and also reduces the time spent in hospital and material costs for treatment.

Keywords: chollithiasis, treatment, FTS program.

Актуальность.

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ)—одно из наиболее распространенных заболеваний в мире и занимает третье место после сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета. По клинко-эпидемиологическим данным в последние 40 лет заболеваемость холелитиазом за каждые 10 лет удваивается, 10-20% взрослого населения в мире являются носителями камней в желчном пузыре [1, 2].

В результате поиска эффективных методов лечения хирургических пациентов с минимальным риском возникло новое понятие – Fast track surgery (FTS) «быстрый путь в хирургии»[3, 4]. Предложенная датским анестезиологом Henrik Kehlet в 90-е годы прош-лого века программа охватывает до-, интра- и послеоперационную периоды, целью которой является уменьшение периода нахождения в стационаре, количества послеоперационных осложнений и материальных затрат на лечение [5].

Подбор методов обезболивания, мало-инвазивных способов оперативного лечения, контроля болевого синдрома и активного послеоперационного восстановления в FTS уменьшает стрессовые реакции и дисфункцию органов, значительно сокращая время, необходимое для полного восстановления. Максимально принципам FTS соответствует применение малоинвазивных способов.

Растущий интерес к этой программе отражается в абдоминальной хирургии [6, 7], онкологии [8], гинекологии [9, 10], урологии [11]. J. Wind суммировал и идентифицировал факторы, входящие в состав fast track программы в рандомизированных исследованиях и мета-анализе (табл. 1) [12].

Материалы и методы.

В настоящей работе нами проведен многофакторный анализ оперативного лечения больных с ЖКБ, основанный на реализации программы FTS в нашей клинике. В исследование были включены 50 пациентов с хроническим калькулезным холециститом, оперированных в городской клинической больнице №1 (ГКБ №1) за период с сентября по декабрь 2014 года. Женщин было 45 (90%), мужчин - 5 (10%). Возраст пациентов колебался от 25 до 72 лет, средний возраст составил $48 \pm 5,2$ года. Длительность заболевания от 1 года до 7 лет. У 8 (16%) пациентов имелась сопутствующая патология: гипертоническая болезнь 2 степени (7 больных), хронический пиелонефрит вне обострения (1 больной). В программу FTS не были включены больные с острым калькулезным холециститом, осложнения ЖКБ (синдром Мириizzi, холедохолитиаз, холангит, стриктура сфинктера Одди), с ожирением 4 степени и тяжелые соматические заболевания в стадии

**Таблица 1.
Fast track факторы (WindJ., 2006)**

1	Дооперационное информирование пациента
2	Отказ от подготовки кишечника перед операцией
3	Отказ от премедикации
4	Применение пробиотиков перед операцией
5	Отказ от полного голодания перед оперативным вмешательством
6	Применение раствора декстрозы (глюкозы) за 2 ч до операции
7	Регионарная анестезия, короткодействующие анестетики
8	Адекватный объём инфузии в периоперационном периоде
9	Короткие разрезы (мини-инвазивный доступ, поперечные разрезы)
10	Профилактика дооперационной гипотермии
11	Применение высоких концентраций O ₂ интраоперационно
12	Неопиоидная аналгезия
13	Отказ от рутинного использования дренажей и назогастральных зондов
14	Раннее удаление мочевого катетера
15	Прокинетики
16	Раннее начало послеоперационного перорального питания
17	Ранняя мобилизация

декомпенсации.

Предоперационное обследование пациентов проводилось по общепринятой методике, помимо общеклинических анализов, определения сахара крови, группы крови и резус фактора, маркеров ВГ В, С, ИФА на ВИЧ и сифилис, ЭКГ, рентгенографии органов грудной клетки использовали ультразвуковое исследование до и после операции.

Результаты и обсуждение.

Согласно программе FTS, все мероприятия были проведены на 3 этапах: до -, интра - и послеоперационном.

На предоперационном этапе:

- при первичном обращении обследовании проводилось подробное информирование пациента о предстоящих медицинских процедурах, операции, послеоперационном периоде;

- госпитализация пациента в стационар осуществлялась в день операции, пациент не ограничивал питание до вечера накануне перед операцией. С применением принципов доказательной медицины продемонстрировано, что дооперационное голодание снижает резервы гликогена и вызывает послеоперационную устойчивость к инсулину. Уменьшение выраженности страха в результате выброса эндогенных опиоидов, в свою очередь, приводит к снижению интраоперационной потребности в анестетиках [3,13];

- пациентам не проводилась механическая подготовка кишечника (очистительные клизмы, слабительные средства). По данным рандомизированных исследований, необходимость механической подготовки

кишечника к операции не считают обоснованной [13];

- перед операцией не проводилась премедикация, но обязательно проводили антибиотикопрофилактику (цефтриаксон 1,0 в/м) [14].

На интраоперационном этапе:

- все пациенты прооперированы под эндотрахеальным наркозом из мини доступа. Болевой синдром и легочная дисфункция встречаются реже, если вместо длинного вертикального лапаротомного разреза используют поперечные или наклонные разрезы, из-за меньшего количества затронутых дерматомов [13]. С 1996 года в ГКБ №1 проф. Оморовым Р.А. внедрена минилапаротомная холецистэктомия, при которой желчный пузырь удаляется наклонным кожным разрезом в правом подреберье длиной не более 3-4 см. Лапароскопические доступы не избавляют пациентов от послеоперационной боли, которая возникает в результате раздражения брюшины угольной кислотой, используемого при карбоксиперитонеуме. По литературным данным, упрооперированных при отсутствии газовой инсuffляции с использованием изопневматического режима с применением лапаролифтинга, послеоперационной боли практически нет или она выражена слабо [15].

Всем 50 пациентам проведено дренирование подпеченочной области и на 1-3 сутки после ультразвукового контроля дренажи удалены.

- во время операции и в послеоперационном периоде проводилось активное согревание пациента, укрывание неоперируемых частей тела и назначение подогретых инфузионных растворов, что помогло поддерживать

нормотермию. Развитие интраоперационной гипотермии влечет за собой ухудшение гемостаза с увеличением внутри - и послеоперационной кровопотери, усиление послеоперационной дрожи с повышенным потреблением кислорода и повышение риска ишемии миокарда [16].

В послеоперационном периоде:

- для послеоперационной аналгезии использовали ненаркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты. Болевой синдром – один из главных факторов, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре;

- употребление жидкости до вечера накануне операции и отказ от механической подготовки кишечника приводило к отсутствию гиповолемии в начале операции и снижению инфузий. В первые сутки после операции вместе с потреблением жидкости назначали инфузии в объеме 800 - 1000 мл. Оптимизированная инфузионная терапия предупреждает гиповолемию и чрезмерную инфузии кристаллоидов, которые могут привести к отекам, ухудшению оксигенации тканей и замедлению заживления ран [17];

- при наличии тошноты и рвоты проводили фармакологическую терапию (церукал и анальгетики без использования наркотических препаратов), не применяли назогастральную интубацию.

- все пациенты были переведены из реанимации в отделение. Ранняя мобилизация проводилась всем пациентам через 6-8 часов после операции (при адекватной аналгезии), что само по себе привело к отказу от катетеризации мочевого пузыря. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы, ухудшает легочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбозам, а также способствует послеоперационному образованию спаек.

При анализе результатов оперативного лечения 50 больных осложнений в раннем послеоперационном периоде и случаев летальности не было. Отсутствие осложнений объясняем применением программы FTS, подробным информированием пациентов, отказом от подготовки кишечника, минимальной операционной травмой, более быстрым выходом из наркоза, незначительной выраженностью болевого синдрома, отсутствием пареза кишечника, устранением применения наркотических анальгетиков, отказом от назогастрального зонда и мочевого катетера, а также ранней мобилизацией.

Выводы.

Таким образом, использование fast track программы в лечении ЖКБ, основанной на принципах доказательной медицины, значительно ускоряет послеоперационное восстановление, уменьшает количество осложнений и койко-дни до 4-5 суток. Полученные результаты поднимают вопрос о необходимости изменения традиционной системы хирургической помощи в пользу FTS программы, для улучшения послеоперационных результатов, последующего применения и изучения каждого из компонентов программы и при других заболеваниях.

Литература:

1. *Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей. Под ред. В.Т.Ивашкина. М.: ООО «Издам. дом «М-Вест», 2002.-416 с.*
2. Sun H., Tang H., Jiang S. *Gender and metabolic differences of gallstone diseases // World J.Gastroenterol. 2009.-Vol. 21, 15 (15). –P. 1886-1891.*
3. Grigoras I. *Fast track surgery // J. de Chirurgie Iasi. - 2007. - Vol. 3, N 2. - P. 89-91.*
4. Plodr M., Ferko A. *Fast track in surgery // Rozhl. Chir. - 2005. - Vol. 84, N 11. - P. 557-560.*
5. Kehlet H. *Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation.Br. J. Anaesth.,1997. -78: 606-617.*
6. Counihan T.C., Fravuzza J. *Fast track colorectal surgery // Clin. Colon. Rectal Surg. — 2009. — Vol. 22,N 1. — P. 50-72.*
7. Schwenk W., Raue W., Haase O. *«Fast track» colonic surgery — first experience with a clinical procedure for accelerating postoperative recovery // Chirurg. — 2004. —Vol. 5, N 75. — P. 508-514.*
8. Wichmann M.W., Roth M., Jaucli K.V., Bruns C.J. *A prospective clinical study for multimodal «fast track» rehabilitation in elective pancreatic cancer surgery // Rozhl. Chir. — 2006. — Vol. 85, N 4. — P. 169-175.*
9. Антунин Э.Э., Уваров Д.Н., Свирский Д.А. *Концепция fasttrackхирургии и роль анестезиолога в её использовании при кесаревом сечении // Анестезиол. и реаниматол. — 2011. — №3. — С. 33-36.*
10. Pruthi R., Niesen M., Smith A. *Fast track program in patients undergoing radical cystectomy. Results in 362 consecutive patients // J. Amer. Coll. Surg. — 2010. — Vol. 210. — P. 93-99.*
11. RecartA., Duchene D., White P.F. *Efficacy and safety of fast track recovery strategy for patients undergoing laparoscopic nephrectomy // J. Endourol. — 2005. — Vol. 19. — P. 1165-1169.*
12. Wind J., Polc S.V., Fung Kon Jin H.P. et al. *Systematic review of enhanced recovery programmers in colonic surgery //Brit. J. Surg. — 2006. — Vol. 93. — P. 800-809.*
13. Zonea P., Stigler J., Maly T. *Do we really apply fast track surgery? // Bratisl. LekListy. — 2008. — Vol. 109, N 2. — P. 61-65.*
14. Bratzler D., Dellinger E., Olsen K. //Am. J. HealthSyst. Pharm.— 2013.— Vol.70.— P.195-283.
15. МазитоваМ.И., Ляпахин А.Б. *Безгазовая лапароскопия в гинекологии как альтернатива классической эндоскопии // Казан.мед. ж. — 2008. — №4. — С. 498-502.*
16. Counihan T.C., Fravuzza J. *Fasttrackcolorectalsurgery // Clin. Colon. Rectal Surg. — 2009. — Vol. 22, N 1. — P. 50-72.*
17. Kehlet H., Bundgaard-Nielsen M. *Goal-directed perioperative fluid management: why, when, and how? // Anesthesiology. — 2009. — Vol. 110, N 3. — P. 453-455.*

**КОРРЕКЦИЯ ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОЙ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
(III-СТЕПЕНЬ) ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

**Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т., Мамбетов А.К.,
Шералиев Т. У., Алимбеков Б.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева
Национальный Хирургический Центр МЗ КР
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данной работе представлены результаты исследования больных с III - степенью постгастрорезекционной энтеральной недостаточности при осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Изучена пристеночное пищеварение желудка и тощей кишки, баллонографическим, рентгенологическим, ультразвуковым и биохимическим методом с применением модифицированное энтерально-зондовое питание.

Ключевые слова: постгастрорезекционная энтеральная недостаточность, энтерально-зондовое питание, биохимические показатели крови, функциональная кишечная непроходимость, баллонограф, рентгенология и ультразвуковое исследование.

**АШКАЗАНДЫН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРА ООРУЛАРЫНДА
ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИЯЛЫК ЭНТЕРАЛДЫК КЕМТИКТЕРДИ
(III-ДАРАЖАДАГЫ) ЖОЮУ**

**Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т., Мамбетов А.К.,
Шералиев Т.У., Алимбеков Б.**

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
КР ССМ Улуттук хирургия борбору
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Өтүшүп кеткен ашказан жана он эки эли ичегинин жара ооруусун ашказанды кескенден кийинки ичке ичегинин кемчилигинин III - тепкичинин жыйынтыгы берилген. Модификациялык ичке ичегини түтүк аркылуу азыктандыруунун негизинде ашказан жана ичке ичегинин ичиндеги тамактын синуурусун рентгенологиялык, баллонографиялык, ультрататыбыш жана биохимиялык жолу менен изилденген.

Негизги сөздөр: Ашказанды кескенден кийинки ичке ичегиден кемчилик, ичке ичегини түтүк аркылуу азыктандыруу, кандын биохимиялык көрсөткүчү, баллонограф, ичегинин функционалдык бүтөлүшү.

**THE CORRECTION OF POSTGASTROECTOMY ENTERAL INSUFFICIENCY (III- DEGREE)
IN COMPLICATED STOMACK AND DUODENUM ULCER**

**Sidigaliev K.S., Toygonbaev A.T., Mambetov A.K.,
Sheraliev T.U., Alimbekov B.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
National surgical center of public Health ministry
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The results of examination of patients with IIIrd degree postgastroectomy enteral insufficiency with complicated ulcer of stomach and duodenum are represented in this work. Parietal digestion of stomach and jejunum, balloongraphy, x-ray, ultrasonography and biochemical analysis of blood with application of modified enteral tube feeding have been investigated.

Key words: postgastroectomy enteral insufficiency, enteral-tube feeding, biochemical analysis, baloongraphy, x-ray, ultrasonography, functional intestinal obstruction.

Актуальность.

После резекции желудка по способу Бильрот II, безусловно, возникают расстройства, связанные с выключением двенадцатиперстной кишки и утратой желудочного и дуоденального пищеварения, при котором неизбежно наступают структурно-функциональные изменения [12,17].

При отсутствии части желудка и поступления в тонкую кишку предварительно не обработанной пищи нарушается совокупность процессов, обеспечивающих ферментативное расщепление пищевых веществ [15,16]. Причем, претерпевают изменение полостное, пристеночное и внутриклеточное пищеварение, нарушается взаимодействие, существующее между ними

[13,11,14].

Согласно современной концепции, энтеральная недостаточность (ЭН) представляет собой патологическое состояние с нарушением моторной, гомеостатической и барьерной функции кишечника, характеризуется определенной стадийностью (I, II, III ст.) течения, что важно для определения тактики нутритивной поддержки больных [2,8].

Современная концепция нутритивной терапии рассматривает раннее интракишечное введение корригирующих растворов, нутриентов, питательных смесей, содержащих пищевые волокна, и пробиотики, как важный фактор патогенетического лечения, укрепляющий кишечный барьер, нормализующий кишечную

микрофлору, восстанавливающих моторику кишечника [4,8,11].

Цель. Улучшить результаты лечения больных с постгастрорезекционной энтеральной недостаточности осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с III–степенью энтеральной недостаточности.

Материалы и методы исследования.

Клиническим материалом работы служили результаты клинико-лабораторных, инструментальных и функционально-физиологических методов исследования 89 больных с постгастрорезекционной энтеральной недостаточности осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки с III степенью. Основная группа 33 (37,07%) из них 10 женщин и 23 мужчин, контрольная 56 (62,9%) больных, из них 15 женщин и 44 мужчин. Состояние больных тяжелое. Объем циркулирующей крови (ОЦК) снижен на 20%, глобулярный объем (ГО) - 60,2%. Больные с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) 50 (56,1%), которые поступили от момента перфорации через 6-12 часа больных с различной степенью ЭН на фоне осложненной формы язвенной болезни желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБЖ И ДП), а с язвенным кровотечением 39 (43,8%).

Больным были произведены резекция желудка по Бильрот II с поперечным гастроэнтероанастомозом.

Классификация энтеральной недоста-точности (ЭН) нами использована по методу Попова Т.С. и соавт. (1991) [7] и Истомина Н.П. и соавт (2005) [2]. Статистическая обработка проведена по Стрелкову Р.Б. (1986) [9].

Методы исследования.

Исследование моторной функции кишечника осуществляли баллонографом «Электроника» по методике Ю.М. Гальперина (1975) [1], и рентгенологическим, ультра-сонографическими методами.

Лабораторные исследования проводили унифицированными методами с использованием чешских реактивов фирмы «Lachema». Содержание натрия и калия в сыворотке крови определяли на пламенном фотометре.

Содержание белка в сыворотке крови исследовали биореактивным методом. Фракционный состав белков сыворотки определяли электрофоретическим методом на агаре при помощи прибора для электрофореза «Парагон» (фирма Beckman).

Общий белок определяли колоримет-рическим методом – по биуретовой реакции на аппарате «Clinical System 100» фирмы Beckman. Определение белковых фракций. Метод электрофорез на геле агароза. Электрофоретическое разделение на системе клинического электрофореза «Paragon - Apparaïse» фирмы Beckman (США).

Объем циркулирующей крови рассчитывали по венозному гематокриту.

Технология нутриционной поддержки.

Для проведения энтерально-зондовое питание (ЭЗП) применяется тонкостенные эластичные одноканальные назоэнтеральные зонды из поливинилхлорида Ø 6 мм, длиной 110 см. Они устойчивы к

агрессивной кишечной среде и сохраняют гибкость до 2-3 месяцев.

С целью раннего ЭЗП применяется ретроградный путь введения зонда: после резекции желудка через гастроэнтероанастомоз устанавливается зонд на расстоянии 20-40 см за связкой Трейтца в отводящую петлю. Чтобы избежать смещения зонда во время питания или его непроизвольного извлечения дистальный конец его фиксирует к слизистой гастроэнтероанастомоза, а проксимальный к перегородку носа.

Единовременное быстрое поступление питательной смеси в тощую кишку в объеме 250 мл вызывает диспептические расстройства: отрыжку, тошноту, вздутие живота, боли в животе, диарею. Напротив, дробное введение небольшого количества питательной смеси через 1-2 ч. больные, как правило, переносят хорошо.

Оптимальное дробное ЭЗП, это когда необходимый суточный объем диеты подается за 12-24 ч. Для этого используют гравитационно-капельную систему, регулирующие скорость тока смеси роликовым, перфузионно-перистальтическими или поршневыми насосами, обеспечивающими принудительное введение р-ров в заданном режиме со скоростью 25-30 мл в 1 ч.

В нашей практике мы использовали для ЭЗП аппарат «Питон - 101» и аппарат «КЭП» - комплекс энтерального питания. Получен патент на изобретения: «Способ двойной декомпрессии двенадцатиперстной кишки с проведением энтерально-зондового питания после операции доуденоэюностомии» (Кыргызпатент, патент №831 от 30.11.2005).

Мы разработали свой метод устранения ЭН путем оксигенации питательных смесей и проведения симпатико-фармакологическая блокада (СФБ) в раннем послеоперационном периоде: (рац. предложения №№ 597, 598, выданный БРИЗ КГМА от 15.10.1992).

В условиях развившийся ЭН важное значение приобретает состав микрофлоры кишечника.

Нами использован «Биолакт–ЛБ» разработанный Кыргызским НИИ Акушерства и Педиатрии. Биолакт – вырабатывается на молочной основе с использованием заквасок чистых культур молочнокислых бактерий. Обладает повышенной антибиотической протеолической активностью [13,3].

В послеоперационном периоде назначали «Биолакт–ЛБ» (кисломолочный продукт обогащенный лизоцимом и бифидумбактериями), питательную смесь «ЗОНД-I», «ЗОНД-II», «ЗОНД-III», смесь Романенко, «Белковый» энпит и натуральные соки, бульоны.

Результаты и их обсуждения.

Больным произведена операция резекция желудка по Бильрот-II, с поперечным гастроэнтероанастомозом (ПГЭА), санация и дренирование брюшной полости. Во время операции обнаружено, петли тонкого и толстого кишечника раздутые, покрыты фибринозными налетами, перистальтика кишечника вялая, картина диффузного перитонита.

Послеоперационный период осложнился синдромом ЭН у 35%, и развилась картина функциональной кишечной непроходимости на 2-3 сут., а больные с язвенным кровотечением, у которых в послеоперационном периоде

развилась функциональная кишечная непроходимость составили 15 (16,8%) больных.

В этой стадии у больных был стойкий парез кишечника. У большинства больных рентгенологически в 1-2 сут. обнаруживалось расширение петель тонкого и толстого кишечника, содержащих жидкость и газ, т.е. картина синдрома острой ЭН. Известно, что тонкая кишка является одной из наиболее чувствительных к нарушению кровообращения органов брюшной полости.

От уровня кровоснабжения зависит функциональное состояние энтероцитов, а следовательно, и состояние процессов мембранного гидролиза. Установлено, что моторно-эвакуаторная, секреторная и всасывательная деятельность органов пищеварения во многом зависит от степени кровоснабжения. Все это говорит, о развитии ЭН при нарушении кровообращения в кишечнике и выраженность ее прямым образом определяется в той или иной мере развитием тяжелой гиповолемии.

Больным основной группы установлены во время операции назогастральный и назоэнтеральный зонды для декомпрессии желудка и для ЭЗП за связкой Трейтца 30 - 40 см, и баллонограф в тощую кишку для определения внутрикишечного давления. Контрольная группа получила традиционную терапию и установлен баллонограф в тощую кишку для определения внутрикишечного давления.

Биохимические показатели крови: у 80% больных снижена концентрации белков и фракции, гипокалийемия, гипернатрийемия. В раннем послеоперационном периоде в результате катаболических процессов обнаружена гипо- и диспротеинемия. В первые сутки сохранялось вздутие живота и неотхождение газа и стула. По назоинтестинальному и назогастральному зондам отделяемое в виде застойного кишечного и желудочного содержимого до 3-3,5 л. в течение 3-4 сут.

Учитывая результаты тяжести состояния больных, данные клинко-лабораторных исследований, картины функциональной кишечной непроходимости, лечебные мероприятия направлены на лечебно-детоксикационный характер для стимуляции и реабилитации больных с улучшением общего состояния в первые дни после операции, улучшения реологии крови и восстановления метаболических нарушений.

В первые сутки после операции больным назначены изотонические растворы глюкозы 5%, физиологический раствор 0,9%, плазмозамещающие р-ры 300-500 мл, электролитные р-ры 1000-1500 мл., 4% р-ра хлористого калия, гепарин, трентал. Со 2 сут. в основной группе с целью стимуляции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) назначена СФБ по Островского-Нечая, глюкозо-калиевая смесь.

Парентеральное питание на 2-3 сутки составило 3000-3500 ккал. Суточный объем внутривенной инфузионно-трансфузионной терапии (в/в ИТТ) включало альбумин 300 мл, СЗП – 500 мл, 20% глюкоза 1000 мл., солевые р-ры 1200-1500 мл. Проведенная комплексная терапия дала положительную динамику на 3-4 сут. послеоперационного периода.

У больных основной группы своевременно проведенная СФБ как ганглиолитик, усиливает

моторную деятельность тонкого кишечника, улучшает гемоциркуляцию в кишечнике, что подтверждалось баллонографическим методом и всасывание кишечника методом эфира.

Баллонографические колебания амплитуды доходили до 0,8мВ в основной группе, в контрольной группе 0,2 мВ. Аускультативно появилась перистальтика кишечника, но вздутие живота, картина пареза ЖКТ сохранялись.

У 20% больных обнаружено значительное расширение петель тонкой кишки, заполненных жидким содержимым без пузырьков газа, с отсутствием перистальтики, утолщением стенок и изменением структуры кишечной стенки в нескольких областях брюшной полости, скоплением свободной жидкости и увеличением в динамике ее количества, свидетельствует о прогрессировании ЭН в послеоперационном периоде, что требовала изменения лечебной тактики и продолжать СФБ по Островскому-Нечая.

Рентгенологические данные проведенные на 3-4 сутки послеоперационного периода показали восстановление двигательной активности ЖКТ (уменьшился парез кишечника, между петлями кишечника небольшой уровень жидкости).

С восстановлением перистальтики кишечника из назоинтестинального зонда отделяемое стало уменьшаться. Начиная 4-5 сутки в основной группе дополнительно назначено ЭЗП бульоны, компоты в количестве 400 – 500 мл в сутки. Количество ЭНПИТ постепенно увеличивали до 1000 мл в сут.

В состав энпитов включали кисло-молочную смесь “Биолакт – ЛБ” для улучшения микробиocenоза ЖКТ в количестве до 500 мл в сут.. Калорийность ЭНПИТ увеличили с назначением питательной смесью Зонд – I, Зонд – II, Зонд – III до 2500 – 3000 ккал в сут. Комплексные лечебные мероприятия улучшали показатели общего белка и белковых фракций с повышением уровня альбумина у 75% больных.

По результатам данных рентгено-логических, баллонографических исследований и всасывательной функции, в/в ИТТ с подключением парентерального и энтерального питания на 5 - 6 сут. удалось устранить послеоперационный парез кишечника и восстановить функции ЖКТ в основной группе, в контрольной группе синдром ЭН полностью не устраняется.

При введении питательной смеси в основной группе организм получает своевременно белки, жиры, углеводы, электролиты естественным путем. В результате проведенного лечения на 4 сут. общий белок контрольной группы составил $58,1 \pm 1,2$ г/л, в основной группе $62,4 \pm 5,1$ г/л, а альбумины $49,8 \pm 4,2$ г/л в основной $54,2 \pm 0,1$ г/л.

На 10 сут. улучшаются показатели общего белка в основной группе $72,6 \pm 1,0$ г/л в контрольной группы $62,2 \pm 2,2$ г/л. Результатом проведенного лечения направленного на устранение метаболических расстройств, нормализация деятельности ЖКТ у 60% больных были успешной, а у 40% больных трудно разрешимой и только на 8-10 сут. удалось разрешить синдром ЭН у 70% больных.

Выводы:

1. В постгастрорезекционном периоде с III

степенью энтеральной недостаточностью имеют место функциональные нарушения тонкого кишечника у 35% больных.

2. Результатом проведенного лечения в постгастрорезекционном периоде с III степенью энтеральной недостаточностью у 60% больных были успешной, а у 40% больных трудно разрешимой и только на 8-10 сутки удалось разрешить синдром ЭН у 70% больных.

3. III степень энтеральной недостаточности является тяжелой патологией, приводящей к стойкому парезу ЖКТ, нарушению метаболических процессов, показателей гемодинамики, биохимии, которые требуют необходимость разработки комплекса мероприятий для устранения энтеральной недостаточности и пролонгированного лечения.

Литература:

1. Гальперин Ю. М. Парезы и параличи и функциональная непроходимость кишечника. -М.: Медицина, 1975.-216с.
2. Истомин Н.П., Богдатьяева Н.П., Клыкова Е.П. И ДР. Ранее энтеральное питание у больных, оперированных на органах желудочно-кишечного тракта: Современные позиции. //Вестник интенсивной терапии 2005, №4. С. 90-92.
3. Инихов Г.С. Биохимия молока и молочных продуктов М. Пищевая промышленность, 1970.
4. Луфт В.М., Костюченко А.Л., Луфт А.В. Роль энтерального питания в нутриционной поддержке больных в хирургической практике. //Вестник хирургии 2001, №6, С. 87-91.
5. Нечай А.И., Островская М.С. Профилактика и лечения функциональной непроходимости кишечника после вмешательства на органах брюшной полости. // Хирургия. - 1981. - №3. - С. 7-12.
6. Пентюхов Р.Т. Применение чреззондового тонкокишечного питания в лечении больных язвенной болезнью: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.- Киев, 1975.- 23 с.
7. Попова Т.С., Тамазашвили Т.Ш., Шестопалов А.Е. Синдром кишечной непроходимости в хирургии. -М.: Медицина, 1991. -240с
8. Попова Т.С., Шрамко Л.У., Меньшиков Д.Д., Лазарева Е.Б. Нутрицевтика пребиотики и пробиотики в энтеральном питании. М.Медицина // Врач. 2001.№3.- С.13-16.
9. Стрелков Р.Б. Экспресс – метод статистической обработки экспериментальных и клинических данных. – М., 1986. – 81 с.
10. Стручков В.И., Луцевич Э.В., Белов И.Н. и др. Желудочно-кишечное кровотечение и фиброэндоскопия. – М., 1977. – 271 с.
11. Осина В., Кузмина Т. Современные принципы лечебного питания гастроэнтерологических больных // Врач. - 2005. - №7. - С.3-6.
12. Шалимов А.А., Саенко В.Ф., Полинкович Б.С., Ващенко А.Е. // Выбор метода хирургического лечения язвенной болезни. Клиническая хирургия. – 1980. - №8. – С. 1-5.
13. Федотов П.В. Кисломолочные продукты и их целебные свойства.-Фрунзе. Кыргызстан., - 1967. - С. 21-25.
14. Фролькис А.В. Энтеральная недостаточность - Л.: -Наука, 1989-207 с.
15. Deitch E.A. Bacterial Translocation In.Fry D.E. td. Multiple system organ failure Mosby Year Book; 1992. 57-62.
16. Evans N. J., Bamba M., Rombean J. L. Care of Central Cafethers Clinical nutritions: Parenteral Nutrition / Ed. J. Robean, M. Caldwell. Philadelphia: W. B. Sanders Company, 1993.-P.353-366.
17. Heymsfield S.B., Smith-Andrews J.L., Hersh T. Home nasoenteric feeding for malabsorption and weight loss refractory to conventional therapy// Ann.Intern.Med.-1983.- Vol.98, 2.-p.168-170.

ДИНАМИКА ОБРАЩАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ С ПЕРЕЛОМАМИ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА В БНИЦТО

Ташматов А.

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

Резюме. Проведено статистическое исследование обращаемости населения Кыргызской республики в БНИЦТО за последние пять лет (2009-2013 гг.), при этом обнаружено увеличение их на -15.1%. Количество проводимых операции увеличился от 1450 до 1926, что составило прирост – 32.8%.

Ключевые слова: переломы, международная классификация болезней, травмы, население.

СКЕЛЕТТИН УЗУН СӨӨК СЫНЫКТАРЫНДА КАЛКТЫН КАЙРЫЛУУСУНУН КҮЧ КЫЙМЫЛДЫГЫ

Ташматов А.

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

Корутунду. Бишкек травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборунда болгон беш жыл ичиндеги (2009-2013жж.)бейтаптардын болгон кайрылууларын статистикалык анализ жүргүзүлүп анын жыйынтыгында анын -15,1 пайызга жогору болушу аныкталды. Оперативдүү жолу менен дарылануулар 1450 дөн 1926 га чейин болуп -32,8 пайыз кошулуусу белгиленди.

Негизги сөздөр: сынык, оорулардын эл-аралык классификациясы, травмалар, калк.

DYNAMICS OF NEGOTIABILITY OF POPULATION WITH FRACTURES OF THE LONG BONES TO BRC TANDO

Tashmatov A.M.

Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. There was made a statistical study of negotiability of the Kyrgyz Republic to the Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics over the past five years (2009-2013 years) and there was an increase for 15,1%. The number of operations increased from 1450 to 1926. The increase amounted to 32,8%.

Key words: fractures, international classification of diseases, injuries, population.

Актуальность.

Во многих странах мира сектор здравоохранения давно признает травматизм как одну из наиболее серьезных проблем общественного здравоохранения. В других странах только сейчас начинают признаваться огромные медицинские, социальные и экономические издержки насилия и травматизма и предпринимаются серьезные усилия по предупреждению травматизма и преодолению его последствий [ВОЗ, 2009]. Известно, что заболеваемость является одним из важнейших показателей здоровья населения. С другой стороны, уровень заболеваемости и его структура характеризует степень развитости инфраструктуры территориального здравоохранения, эффективность и качество организации лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования.

Изучить динамику обращаемости населения республики с переломами костей скелета на материалах Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (БНИЦТО).

Материалы и методы исследования.

При выполнении нами диссертационной работы информационной базой для исследовательской работы были следующие источники:

- информационные данные Республиканского медико-информационного центра при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики;
- информационные данные Национального

статистического комитета Кыргызской Республики;

- статистическая отчетность областных, городских стационаров и ЦСМ КР, в том числе Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии;

- законодательные и нормативные документы Министерства здравоохранения Кыргызской Республики;

- результаты собственных исследований.

Как показывает статистика за последнее время в связи урбанизацией населения, увеличением использования технических средств и бытовой техники в повседневной жизни пропорционально увеличивается количество различных видов травм и переломов. Для убедительности вышесказанного мы анализировали количества травм (переломы, ушибы, вывихи и т.д.) полученных населением республики за последние пять лет.

Международная классификация болезней является методическим руководством для статистических разработок, на ее основе формируется единство подходов к распределению и объединению болезненных состояний по определенным признакам, обеспечивается сопоставимость оценок здоровья населения и возможность международного сотрудничества в разработке мер профилактики и лечения болезней.

Международная классификация болезней, травм и причин смерти (МКБ) система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. МКБ впервые предложенная

Бертильоном (J. Bertillon) в 1893 г., была принята Международным Статистическим институтом. С 1900 г. производятся регулярные пересмотры классификаций примерно 1 раз в 10 лет [ru.wikipedia, 2012].

Регулярно проводимые под руководством Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) пересмотры классификации болезней отражают все новое в дифференциации нозологических форм, в их принадлежности к различным группам болезней. В принципах построения классификации нашло отражение компромиссное совмещение различных подходов к группировке состояний на основе как этиологического, так и патогенетического принципа с учетом основной локализации патологического процесса.

Классификация построена по десятичной системе с последовательной детализацией от крупных классов и групп болезней к трехзначным рубрикам, четырехзначным подрубрикам с краткими перечнями болезней. В качестве рабочих единиц используются рубрики и подрубрики. Все болезни в Международной классификации болезней X пересмотра распределены по 21 классам [ru.wikipedia, 2012; РМИЦ, 2012].

По МКБ XIX - класс травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин включает в себя; травмы (S00-S98), прочие травмы и отравления (T00 – T36), отравления лекарственными средствами, медикаментами и биологическими веществами (T36 – T79), осложнения хирургических и терапевтических вмешательств (T80 – T 98), также группу M (M84-96.6) замедленное, патологическое и т.д. несрастание переломов.

В лечебных учреждениях Кыргызской Республики с 2003 года по настоящее время используется МКБ десятого пересмотра [РМИЦ, 2012].

Результаты и их обсуждения.

По данным республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) ежегодно в лечебные учреждения республики обращаются более 90 000 больных с различными видами травм (диагр.1). Как видно из диаграммы 1 в 2009 году общее количество полученных

травм в республике составили 79 036 пострадавших, но их количество в 2013 году увеличилось до 90 970 больных, что составило прирост – 11 934 больных за пять лет, если присмотреться увеличение количества на – 15.1 %. Кроме этого, мы анализировали ситуацию общего числа переломов конечностей и получили следующие данные: количество больных в 2013 году по сравнению с 2009 годом увеличилось на 4 457 пострадавших, что составляет увеличение их общего количества на 19.5%.

Статистический отдел БНИЦТО регистрирует ежегодно более 5 000 переломов длинных костей скелета по классу S00-99 и более 900 по классу M 84-96.6 (табл.1).

Как видно из таблицы 1. динамика по классу травмы имеет тенденцию к снижению – 365 больных (7.1%), но по классу M 84.1 (несрастание переломов) за пять лет количество их увеличилось на 146 больных, что порождает вопрос о качестве проводимой операции и их лечения?

Поступившим больным с повреждениями опорно-двигательного аппарата операции экстренного и планового характера производятся не всем, показания и противопоказания к остеосинтезу выбираются индивидуально.

В современной травматологии существует классификация хирургических операций по срочности их проведения. В связи с этим выделяют:

1. Экстренные оперативные вмешательства. Как правило, они выполняются незамедлительно или же в крайне сжатые сроки с момента поступления пациента в больницу. В таких случаях промедление может послужить причиной гибели больного.

2. Срочные операции. Данный вид хирургических вмешательств требует лечения в ближайшие несколько дней после госпитализации пациента, однако откладывать их проведение не рекомендуется по медицинским показаниям.

3. Выполнение плановых операций не ограничено во времени. А потому хирурги имеют возможность тщательно подготовить пациента к оперативному вмешательству, провести диагностические мероприятия и

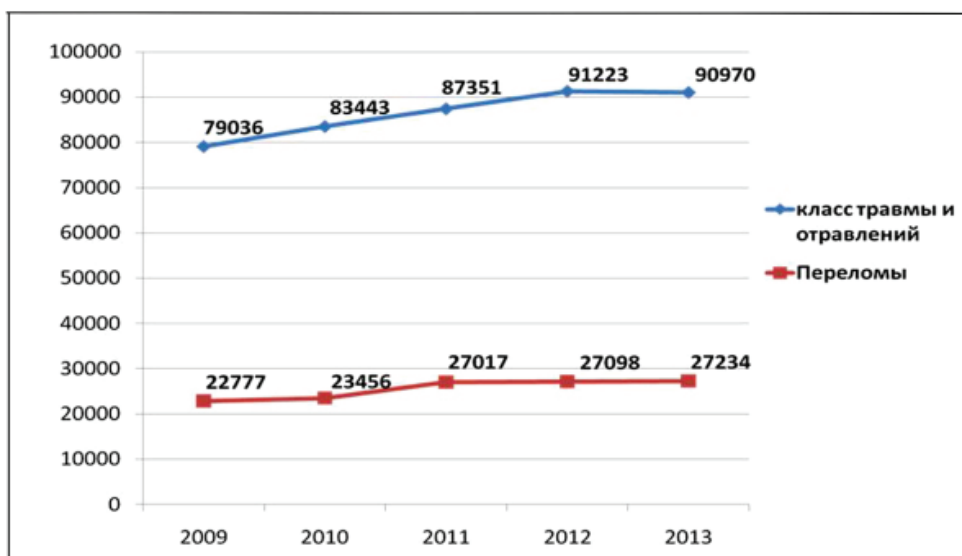


Диаграмма 1. Общее количество больных в Республике за пять лет

Таблица 1.

Обращаемость больных в БНИЦТО за пять лет

МКБ-10	2009г	2010г	2011г	2012г	2013г
S 00- S 99	5150	5340	5238	5382	4785
S 40- 49	625	615	610	684	551
S 51 -60	197	177	202	220	192
S 71- 80	780	785	804	988	716
S 81-90	850	852	910	943	752
S 91-99	102	87	97	117	129
M 84.0	6	22	34	8	15
M 84.1	72	85	126	183	218
M 84.4	4	-	7	5	6
M 96.6	4	1	12	14	599

Таблица 2.

Количество проведенных операций в БНИЦТО

Вид операции	Код операции	2009 г	2010 г	2011 г	2012 г	2013 г
Применение внешнего фиксирующего устройства плечевую кость	78.12	30	33	24	29	29
Применение внешнего фиксирующего устройства предплечья	78.13	35	32	31	32	36
Применение внешнего фиксирующего устройства бедренную кость	78.15	43	41	36	47	29
Применение внешнего фиксирующего устройства голень	78.17	187	197	205	207	200
Применение внешнего фиксирующего устройства прочие кости	78.19	25	35	33	22	31
Внутренняя фиксация лучевой кости	79.32	132	122	101	159	168
Внутренняя фиксация плечевой кости	79.31	238	240	250	277	324
Внутренняя фиксация бедренной кости	79.35	315	309	419	498	492
Внутренняя фиксация большеберцовой кости	79.36	236	248	247	291	321
Внутренняя фиксация отломков другой локализации	79.39	205	216	198	212	236
Всего:		1450	1473	1544	1774	1926
Удаление металла из плечевой кости	78.62	106	108	96	100	104
Удаление металла из лучевой кости	78.63	42	39	38	45	69
Удаление металла из бедренной кости	78.65	200	201	212	239	261
Удаление металла из большеберцовой кости	78.67	185	186	194	204	214
Удаление металла из прочих	78.69	23	19	33	36	39
Всего:		556	553	573	624	779

тщательно спланировать весь процесс.

Кроме вышеуказанной классификации все оперативные вмешательства подразделяются еще по одному принципу, по локализации и объему вмешательств и для удобства с 2002 года у нас в республике разработана классификация хирургических операций и коды каждому оперативному вмешательству (табл.2.1.3).

Как видно из таблицы 2, код 78.12-79.39 соответствуют имплантации, удалению металлоконструкций в различных сегментах верхних и нижних конечностях. Одним из недостатков данной классификации является – отсутствие кода на повторную операцию (реостеосинтез), но мы в процессе выполнения научной работы эту часть материала обработали вручную.

Выводы.

Итак, обращаемость населения республики по поводу травм за последние пять лет (2009-2013 г.) увеличилось на – 11 934 больных, т.е. – 15.1 %. Наряду с последними число переломов конечностей соответственно увеличился на 4 457 пострадавших, что составляет увеличение их общего количества на - 19.5%. Одновременно количество проводимых операции в БНИЦТО с 2009 года увеличился от 1450 до 1926, что составило прирост – 32.8%.

Имея вышеперечисленные статистические

данные, мы констатировали, что с увеличением количества операций в длинных костях скелета, увеличивается количество неудовлетворительных результатов в виде несросшихся переломов (псевдоартрозов) за пять лет на 146 больных.

Литература:

1. ВОЗ 60 лет в Европе [Текст]; Всемирная Организация здравоохранения. – Коппенгаген, 2010. – 70 с.
2. Всемирный доклад о предупреждении дорожного травматизма: резюме [Текст]; Библиотечный каталог ВОЗ / Всемирная Организация здравоохранения. – Женева, 2004. – 68 с.
3. Международная классификация болезней [Текст]: интернет ресурсы (<http://ru.wikipedia.org/wiki/>)
4. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Текст]: интернет ресурсы (<http://www.stat.kg/>)

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ И КАЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ РАН КОНЕЧНОСТИ

Эшматов А.Р.

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

Резюме. Произведён ретроспективный анализ лечения гнойно-воспалительных ран пациентов, находившихся на лечении в костно-гнойном отделении БНИЦТО за 2012 год.

Ключевые слова: гнойная рана, антибиотикотерапия, микрофлора.

АЯК МҮЧӨЛӨРҮНҮН ИРИҢ-СЕЗГЕНҮҮЧҮ ЖАРААТТАРЫН САНДУУ ЖАНА САПАТТУУ ТАЛДОО

Эшматов А.Р.

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

Корутунду. Бул иште Бишкек шаардык травматология жана ортопедия илимий-изилдөө борборундагы сөөк-ирин бөлүмүндө 2012-жылдагы бейтаптардын ириң-сезгенүү жаралардын даарылашынын изилденген ретроспективдик анализи көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: ирин жарааты, антибиотикотерапия, микрофлора.

QUANTITATIVE AND QUALITATIVE ANALYSIS OF INFLAMMATORY WOUNDS LIMB

Eshmatov A.R.

Bishkek scientific research center of traumatology and orthopedics
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. A retrospective analysis of treatment produced pus-inflammatory wounds of patients treated at the bone-purulent department of BRSCOT for the year 2012.

Keywords: purulent wound, antibiotics, microflora.

Актуальность.

В настоящее время исследования по проблеме ран и раневой инфекции проводятся достаточно интенсивно, поскольку вопросы по структуре и лечению инфекции в ранах так же актуальны, как и много лет назад [2, 4, 5, 6]. Так, известно, что пациенты с гнойными процессами мягких тканей составляют треть больных хирургического профиля [1, 3].

Основными возбудителями этих заболеваний являются золотистый стафилококк, энтерококки, эшерихии, клебсиеллы, энтеробактер, цитробактер, синегнойная палочка и некоторые другие неферментирующие грамотрицательные бактерии [8, 9].

Такое разнообразие возбудителей воспалительных процессов при различной их чувствительности к антибактериальным препаратам определяет необходимость разработки и применения новых, более эффективных средств и методов воздействия на гнойную микрофлору раны. Применяемые в настоящее время в клинике лекарственные формы для местного лечения гнойных ран являются недостаточно эффективными, не обладают выраженным антимикробным действием на весь спектр возбудителей [7].

Ведущее место в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний отводится оперативному вмешательству, основным принципом которого является своевременное и адекватное дренирование гнойника и удаление некротизированных тканей [10, 11].

Важным звеном в местном лечении после вскрытия и опорожнения гнойного очага служит промывание раны, направленное на удаление наслоений, продуктов жизнедеятельности и распада микроорганизмов, погибших клеточных элементов, а также бактерицидное воздействие на микробные клетки. Наиболее доступными и часто применяемыми являются растворы перекиси водорода, фурациллина, хлоргексидина и перманганата калия, обладающие слабой антисептической активностью, недостаточной для подавления жизнедеятельности микрофлоры [2, 20, 35].

Учитывая отсутствие в нашей стране достаточного количества высокоэффективных антисептических средств либо их дороговизну, актуальной остается проблема поиска средств и методов повышения антимикробной активности традиционно применяемых растворов антисептиков.

Материалы и методы исследования.

Пациенты, обследованные в рамках нашей научной работы, находились на стационарном лечении в костно-гнойном отделении Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии за период с января месяца по октябрь 2012 год. Всем больным было проведено общеклиническое обследование: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ, получена консультация терапевта и узкоспециализированного врача, а при наличии сопутствующих заболеваний проведено соответствующее лечение. Но основным профильным обследованием

является осмотр и ревизия гнойно-воспалительной раны, взятие мазка из раны на определение вида микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, фистулография для определения характера и глубины залегания воспалительного процесса.

За период обследования нами наблюдались 74 пациента, с различными по характеру гнойно-воспалительными заболеваниями. Приводим основные статистические данные. В первую очередь определяем социальные показатели (таблица 1).

Из данных вышеперечисленной таблицы наглядно видно, что гнойно-воспалительным осложнениям больше в 2 раза подвержены мужчины (50 больных), и меньше женщины (24 больных). Это обусловлено по нашему мнению тем, что мужчины более подвержены профессиональному и травматическому риску, сравнительно с женщинами. А в возрастном аспекте преобладает возраст от 14-25 лет до 36-50 лет, это периоды становления иммунных механизмов и наоборот спад активности иммунитета организма.

Следующим показателем являются нозологии, в связи с которыми данные пациенты обратились в нашу клинику (таблица 2).

По нозологии на первый план по количеству выходят хронические остеомиелиты костей голени (23 пациента) и бедренной кости (21 пациент). Остальные нозологии представлены в меньшей степени. Кости голени и бедра являются в первую очередь «излюбленными местами» для развития гематогенного остеомиелита, в во

вторых по нашему мнению наибольшей травматизации подвергаются именно данная локализация костей скелета. Естественно они подвергаются оперативному лечению, которое во многих случаях заканчивается гнойно-воспалительными осложнениями. В следующей таблице показаны количество операций проведенных данной категории больных, в силу специфики нашего отделения, а также характера гнойно-воспалительных ран, в основном мы проводим оперативное лечение. Поэтому все 74 больных были подвержены оперативному лечению (таблица 3).

Все операции конечно разнятся по своему характеру, имеют отличительные черты, однако они имеют общую черту: Полная ревизия, иссечение некротизированных тканей (мягких и костной), ирригационно-дренажная система.

Другим важным показателем является вид микрофлоры высеянная из гнойно-воспалительных ран. Как было сказано выше, всем больным при поступлении мы осуществляли забор материала из раны на определение вида микрофлоры и чувствительности к антибиотикам. Результаты были следующие (таблица 4).

Как видно из данных таблицы 4 у 87,8 % процентов пациентов преобладает *St. Aureus*. Эти данные тождественны данным из литературных источников. По данным Национальной системы США по мониторингу нозокомиальных инфекций (National Nosocomial Infections Surveillance System), наиболее

Таблица 1.
Показатели возраста и полового состава

Возраст	Мужчины - 50	Женщины - 24	Всего
14-25 лет	18 (36 %)	5 (20.8 %)	23 (31 %)
26-35 лет	10 (20 %)	4 (16.7 %)	14 (18.9 %)
36-50 лет	18 (36 %)	8 (33.3 %)	26 (35.1 %)
Старше 50 лет	4 (8 %)	7 (29 %)	11 (14.9 %)
всего	50 (100 %)	24 (100 %)	74 (100 %)

Таблица 2.
Распределение нозологий.

Диагноз	количество	%
Хронический остеомиелит плечевой кости	9	12.2
Хронический остеомиелит предплечья	2	2.7
Хронический остеомиелит бедренной кости	21	28.4
Хронический остеомиелит голени	23	31.1
Остеомиелиты ключицы, пяточной кости, тазовых костей	3	4
Гнойный артрит плечевого сустава	2	2.7
Гнойный артрит локтевого сустава	2	2.7
Гнойный артрит коленного сустава	1	1.3
Гнойный артрит голеностопного сустава	2	2.7
Другие гнойные артриты	2	2.7
Состояние после эндопротезирования осложненный инфекцией	2	2.7
Воспалительные острые осложнения после погружного остеосинтеза	5	6.7
всего	74	100 %

Таблица 3.
Виды оперативного лечения.

Операции	Мужчины	%
Секвестрэктомия плечевой кости	9	12.2
Секвестрэктомия костей предплечья	2	2.7
Секвестрэктомия бедренной кости	21	28.4
Секвестрэктомия костей голени	23	31.1
Другие секвестрэктомии	3	4
Артротомия, дренирование плечевого сустава	2	2.7
Артротомия, дренирование локтевого сустава	2	2.7
Артротомия, дренирование коленного сустава	1	1.3
Артротомия, дренирование голеностопного сустава	2	2.7
Другие артротомии	2	2.7
Удаление эндопротеза	2	2.7
Другие операции	5	6.7
Всего	74	100 %

Таблица 4.
Результаты микробиологического исследования.

Выделенный штамм	мужчины	%
St. aureus	65	87,8 %
P. auraginosа	2	2.7 %
E. coli	5	6.7 %
Streptococcus	1	1.3 %
St. epidermidis	1	1.3 %
Всего	74	100 %

Таблица 5.
Чувствительность микрофлоры к антибиотикам

Антибиотики	R-устойчивая	S-чувствительная	I-малочувствительная
Линкомицин	18		
Априд, Бактам	18	53	3
Гентамицин	30		3
Стрептомицин	7		
Эритромицин	16		
Линкомицин	22		5
Амикацин	21	34	5
Ципрофлоксацин	29	5	14
Цефазолин	28	25	20
Цефтриаксон	25	31	16
Цефотаксим	26	29	16
Цефепим	18	30	16
Цефбак	8	60	7
Тазиллин	6	58	7
Зоперцин	6	58	7
Меропенем	5	49	8
Имипенем	1	30	5
Офлаксацин	1	1	
Левовфлоксацин	6	5	10

характерными возбудителями нагноительных процессов, ассоциированных с кожными покровами, являются: *St. aureus*, коагулазоотрицательные стафилококки и грамотрицательные бактерии [12], что совпадает с результатами нашего исследования.

Другим важным показателем при лечении гнойно-воспалительных ран является чувствительность микрофлоры к антибиотикам (таблица 5).

Как видно из данных таблицы № 5 в данной группе больных штаммы микроорганизмов в меньшей степени устойчивы к группе антибиотиков аминогликозидового ряда и цефалоспоринов. В тоже время относительно высокая чувствительность отмечается к группе сульфаниламидных препаратов, антибиотикам группы пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз (комбинированные препараты), группы карбапенемов, цефалоспоринов.

Всё вышеизложенное приводит к необходимости поиска новых способов проведения комплексной терапии этой сложной категории больных, с учётом особенностей этиологии и патогенеза хронического остеомиелита на современном этапе.

Результаты.

Низкая эффективность традиционных методов лечения ран обусловлена высокой резистентностью микроорганизмов к воздействию антисептиков, антибиотиков. В связи с этим очевидными становятся меры комплексного (общего и местного) воздействия на рану. Несмотря на постоянный прогресс в разработке средств местного воздействия, наиболее эффективной признается механическое удаление патологически измененных тканей раны, как среды развития, инфекционного воспаления. Наиболее часто с данной целью выполняется оперативное вмешательство - хирургическая обработка раны. Но и она, в силу объективных причин не может являться исчерпывающей мерой. В последующем применяются фармакологические средства местного воздействия на рану.

Данные условия, часто сложные к выполнению, являются наиболее важными критериями, лежащими в основе эффективного лечения гнойных ран.

Обязательной составляющей комплексного лечения остеомиелита уже более 60 лет остаётся антибактериальное лечение. Антибактериальную терапию остеомиелита, которая по своей сути этиотропна, выбирают на основании ряда факторов - вида возбудителя, его чувствительности к препарату, характеристики лекарственного средства и состояния организма больного. Антибактериальное лечение проводят во всех случаях препаратами широкого спектра действия с учётом видового состава (аэробы, анаэробы) и чувствительности микрофлоры.

В идеале применение антибактериальных препаратов должно быть основано на результатах развёрнутого бактериологического исследования из кости, полученных при биопсии или во время хирургической обработки. У больных со свищевой формой остеомиелита при отсутствии выраженных проявлений гнойного процесса и интоксикации без хирургического лечения антибактериальную терапию проводить нецелесообразно.

Однако, если имеется острая клиническая ситуация (открытые переломы с обширным повреждением мягких тканей, острый гематогенный остеомиелит), антибактериальное лечение не должно быть отсрочено в ожидании данных биопсии. В таких ситуациях препарат выбирают эмпирически на основании того, какова локализация и степень тяжести инфекции, какие микроорганизмы предположительны как возбудители, какова наиболее вероятная их чувствительность к antimicrobial средствам. С учётом данных активности в отношении основных возбудителей хирургической инфекции, органотропности и безопасности антибиотиков, в настоящее время, наряду с традиционными препаратами (карбенициллин, гентамицин, линкомицин и др.), назначают новые группы - фторхинолоны, карбапенемы и гликопептиды.

Хорошие перспективы при осложнённом течении остеомиелита появились с внедрением в лечебную практику препаратов из группы фторхинолонов, так как они обладают хорошей органотропностью к костям и мягким тканям. Пероральное лечение фторхинолонами при грамотрицательной инфекции широко используют у взрослых пациентов с остеомиелитом. Фторхинолонами возможно успешно проводить длительные курсы ступенчатой терапии (внутривенно-внутри). Применение фторхинолонов II поколения (пемфлосацин, цiproфлоксацин, офлоксацин, ломефлоксацин) при хроническом остеомиелите менее эффективно, так как эти препараты имеют низкую активность против стрептококков, энтерококков и анаэробных микроорганизмов. Хинолоны III поколения (левофлоксацин, гатифлоксацин) активны против стрептококков, но минимально действуют на анаэробы.

В настоящее время накоплен большой опыт использования цефалоспоринов в комплексном лечении больных с острым и хроническим остеомиелитом. Большинство исследователей отдают предпочтение цефтриаксону - цефалоспору III поколения, устойчивому к бета-лактамазам, широкого спектра действия, действующего на грамположительные и грамотрицательные аэробные и некоторые анаэробные бактерии. Преимущество цефтриаксона перед остальными бета-лактамами антибиотиками - длительный период полувыведения (около 8 ч), что позволяет при однократном введении в течение суток поддерживать его антибактериальную концентрацию. В ряду существующих лекарственных средств для лечения больных на остеомиелит и обширным гнойным поражением мягких тканей при выявлении в ране ассоциаций анаэробных и аэробных микроорганизмов эффективно применение цефалоспоринов III (цефотаксим, цефтриаксон) и IV (цефепим) поколений, карбапенемов (имипенем + циластатин), а также клиндамицина в комбинации с нетилмицином, цiproфлоксацином или диоксидином.

Внедрение в клиническую практику препарата из группы оксазолидонов - линезолида, антибиотика для перорального и внутривенного применения, расширяет возможности лечения больных с остеомиелитом, вызванным высокорезистентными штаммами грамположительной флоры, в том числе метициллинрезистентными

стафилококками. Хорошее проникновение линезолида в костную ткань, активность в отношении ванкомицин-резистентных энтерококков ставит этот препарат на первое место при лечении больных с остеомиелитом различной локализации и происхождения, при инфекции после протезирования суставов.

Хотя оптимальные сроки антибактериальной терапии при остеомиелите до настоящего времени чётко не определены, большинство специалистов применяют препараты в течение 4-6 нед. Это связано с тем, что через 4 нед после хирургической обработки наступает реваскуляризация костной ткани. Однако следует отметить, что неудачи не зависят от продолжительности антибактериального лечения, а связаны главным образом с появлением резистентных штаммов или с неадекватной хирургической обработкой. В ряде случаев, когда хирургическое лечение невыполнимо, как, например, при инфекции вокруг ортопедических имплантатов, проводят более длительные курсы подавляющей антибиотикотерапии. Идеальные препараты для этого должны обладать хорошим бионакоплением, иметь низкую токсичность и обладать хорошей органотропностью к костной ткани. Для этого применяют рифампицин в комбинации с другими антибиотиками, фузидиевую кислоту, офлоксацин, ко-тримоксазол. Подавляющее лечение проводят до 6 мес. Если происходит рецидив после прекращения терапии, начинают новый длительный подавляющий режим лечения антибиотиками.

Для предупреждения развития грибковой инфекции наряду с антибактериальными препаратами в каждом случае назначают нистатин, кетоконазол или флуконазол. Для сохранения нормальной экологии кишечника необходимо включение в комплексное лечение монокомпонентных (бифидумбактерин, лактобактерин, бактиспорин, бактисуптил), поликомпонентных (бифилонг, ацилакт, ацинол. линекс, биоспорин) и комбинированных (бифидумбактерин форте, бифилиз) пробиотиков.

Успех лечения при остеомиелите во многом зависит от местной антибактериальной терапии, направленной на предупреждение реинфицирования раневой поверхности высорезистентными госпитальными штаммами микроорганизмов. Для этих целей в последние годы с успехом применяют:

- антисептические мази на водорастворимой основе - левосин, 10% мазь с мафенидом, 5% диоксициновую мазь, диоксиколь, стрептонитол, хинифурил, 1% иодопионовую мазь (мазь повидон-йод), мази протогентин и лавендула;
- антисептики - 1% раствор иодопирона (повидон-йод), 0,01% раствор мира-мистина, 1% раствор диоксидина, 0,2% раствор полигексанида;
- пенообразующие аэрозоли - аминитрозол, диоксизоль;
- раневые покрытия: гентацикол, альгипор, альгимаф.

Лечение больных с остеомиелитом диктует необходимость применения не только новых антибактериальных препаратов, но и альтернативных путей их введения. Перспективно использование различных биоимплантатов для доставки антибиотиков непосредственно в кость. В зависимости от клинической

ситуации эти препараты пролонгированного действия можно использовать как альтернативу системной антибиотикотерапии, так и как дополнение к ней. Биоимплантаты имеют преимущества перед системной антибактериальной терапией, при которой проникновение препарата затруднено в плохо кровоснабжаемую кость в очаге воспаления. Эти препараты в течение длительного времени (до 2 нед) способны создавать высокую концентрацию препарата в костной ткани без нежелательного побочного системного действия препарата на весь организм. На сегодняшний день наиболее распространёнными с доказанной эффективностью носителями антибиотиков признаны небiodeградируемые (РММА-цемент и «Септопал») и biodeградируемые (гентацикол, коллапан, измельчённая аллогенная губчатая кость, «Остеосет») имплантаты. По антимикробной активности эти препараты примерно одинаковы. Главным достоинством biodeградируемых имплантатов служит отсутствие необходимости удаления носителей антибиотика после того, как завершится выделение лекарственных средств.

Выводы:

1. Наиболее подвержены гнойно-воспалительным осложнениям подвержены мужчины, сравнительно с женщинами, по локализации преобладают поражения костей голени и бедра.

2. По виду возбудителя инфекции традиционно первое место занимает *St. Aureus*, штаммы микроорганизмов в меньшей степени устойчивы к группе антибиотиков аминогликозидового ряда и цефалоспоринов. В тоже время относительно высокая чувствительность отмечается к группе сульфаниламидных препаратов, антибиотикам группы пенициллинов широкого спектра действия с ингибитором бета-лактамаз (комбинированные препараты), группы карбопенемов, цефалоспоринов.

3. Лечение гнойно-воспалительных ран должно иметь комплексный характер, с учётом этиопатогенетических факторов, активно применяться хирургический и фармакологический методы лечения.

Литература:

1. Абаев Ю.К. Сравнительное изучение эффективности антисептиков для профилактики нагноения инфицированных ран // Тез. докл. Всес. конф. «Проблемы клинической микробиологии в неинфекционной клинике». - М., 1983. - С. 223-224.
2. Анионные поверхностно-активные вещества как ингибиторы передачи конъюгативных R- и HLu-плазмид / Л.И. Глатман, А.Ф. Мороз, Г.Е. Афиногенов и др. // Тез. докл. IV Рабочего совета по программе «Плазмиды». - Тарту, 1979. - С. 49-51.
3. Афиногенов Г.Е. Влияние различных поверхностно-активных веществ на микрофлору ран: Автореф. дис... канд. мед. наук. - Л., 1970. - 16с.
4. Афиногенов Г.Е., Блинов Н.П. Антисептики в хирургии. - Л.: Медицина, 1987. - 143
5. Буянов В.М., Минин С. Профилактика микробной контаминации операционных ран. // Клиническая хирургия. - 1990. - №1. - С 1-3.
6. Буянов В.М., Проломан Г.В. Проблема профилактики нагноений послеоперационных ран. //

Вестник АМН СССР. -1991. - №3. -С.20-27.

7. Вишневецкая С.М. Видовой состав бактерий семейства *Enterobacteriaceae*, вегетирующих в гнойных ранах // *Лабораторное дело. -1982 -№11 - С . 37-39.*

8. Воленко А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран. // *Хирургия. - 1998. - №9. - 65-68.*

9. Волченкова Г.В. Комбинированные методы лечения больных хроническим верхушечным периодонтитом больших и малых коренных зубов с использованием плазменного потока аргона: Дис. ... канд. мед. наук. - Смоленск, 1998. - 127с.

10. Канишин Н.Н., Воленко А.В. Послеоперационные раневые осложнения: проблемы и перспективы. // *Тез. докл. 8-й Всерос. съезда хирургов. -Краснодар, - 1995 г. - 683.*

11. Bengtsson S., Hambræus A., Laurell G. Wound infections after surgery in a modern operating suite: clinical, bacteriological and epidemiological findings // *J. Hyg. -1979. - Vol. 83. - P . 41-56.*

12. Rosenthal V.D. et al. International Nosocomial Infection Control Consortium report, data summary for 2002— 2007, issued January 2008. *Am J Infect Control Nov; 36(9): 627—637.*

ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Яковлева Л.В., Герасимова О.А.,
Кузнецов И.Э., Горбачева А.С.

Национальный фармацевтический университет
Харьков, Украина

Резюме. Проведена оценка фармакотерапии пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, которые проходили лечение в гастроэнтерологическом отделении одной из клиник г. Харькова, с помощью вспомогательных фармакоэкономических методов - ABC-, VEN- и частотного анализов. Установлено, что большинство назначенных лекарственных препаратов (85,71 %) присутствует в Государственном формуляре лекарственных средств Украины. Указанные препараты составляют большую часть врачебных назначений – 94,39 %. На них потрачена основная часть денежных средств (83,99 %), связанных с фармакотерапией пациентов с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в данном отделении. В целом, назначенную фармакотерапию можно считать относительно рациональной как с клинической, так и с экономической точек зрения, но она требует дальнейшего усовершенствования в соответствии с Государственным формуляром лекарственных средств Украины.

Ключевые слова: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фармакоэкономика, ABC-анализ, VEN-анализ, частотный анализ.

PHARMASOCOECONOMIC ESTIMATE OF PHARMACOTHERAPY OF THE DUODENAL ULCER

Iakovlieva L.V., Gerasymova O.A.,
Kuznetsov I.E., Gorbacheva A.S.

National University of Pharmacy, Kharkov, Ukraine
Department of Pharmacoeconomics

Resume. The pharmacotherapy's estimate of patients with the duodenal ulcer, who underwent the treatment in gastroenterological department of one of Kharkov's hospitals, has been carried out by means of the auxiliary pharmacoeconomic methods: ABC-, VEN- and frequency analysis. Thorough review of medical records, selected for the study, allowed to ascertain that the primary majority of prescribed medicinal preparations (85,71 %) are presented in the State formulary of Ukraine. These preparations were found to represent the greater part of medical prescriptions – 94,39 %. The main portion of financial means (83,99 %) in a given department has been spent out to cover expenses related to pharmacotherapy of patients suffering from the duodenal ulcer. In the whole, pharmacotherapy approach discussed is considered to be relatively rational both from clinical and economic points of view, but it needs a further correction in accordance with the State formulary of Ukraine.

Key words: duodenal ulcer, pharmacoeconomics, ABC-analysis, VEN-analysis, frequency analysis

Введение.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) относится к заболеваниям, которые имеют важное медико-социальное значение [1]. Это связано с широкой распространенностью данной нозологии среди гастроэнтерологических заболеваний, значительной частотой возникновения осложнений (кровотечений, перфорации, пенетрации), которые снижают качество жизни пациентов и являются основной причиной их смертности, а также со значительными финансовыми затратами на лечение [2,3]. В данной ситуации актуальным является проведение рациональной фармакотерапии заболевания и оптимизация затрат на нее как государства, так и пациентов. При решении данной проблемы является необходимым проведение мониторинга фармакотерапии заболевания в реальной клинической практике [4] и использование фармакоэкономических подходов для оценки качества предоставленной медицинской помощи больным с ЯБДК [3]. Так, применение вспомогательных видов фармакоэкономического анализа - ABC-, VEN- и частотного анализов - позволяет оценить в учреждениях здравоохранения структуру финансовых затрат на фармакотерапию ЯБДК, а также частоту назначений лекарственных препаратов (ЛП) и их важность для фармакотерапии заболевания [5,6,7].

Цель данной работы – оценить частоту назна-

чений ЛП и их важность для лечения пациентов трудоспособного возраста с ЯБДК в стационарных условиях, а также структуру затрат на фармакотерапию заболевания.

Материал и методы исследования.

Проведен ретроспективный анализ 132 историй болезни пациентов с ЯБДК, проходивших лечение в гастроэнтерологическом отделении одной из клиник г. Харькова. Возраст пациентов: 18 - 37 лет (51 женщина и 81 мужчина). Продолжительность исследования - 6 месяцев 2012 года. Основной диагноз – ЯБДК, ассоциированная с *Helicobacter pylori*. В исследуемых историях болезни, кроме ЯБДК, были указаны следующие сопутствующие заболевания: билиарные дисфункции (у 48,5% больных), хронический гастрит (у 6,1%), хронический колит (у 4,5%), панкреатопатия (у 1,5%). Средняя продолжительность пребывания пациентов в стационаре – 14 дней. Анализ частоты назначений ЛП, определение их важности для фармакотерапии пациентов с указанной патологией, а также структуры финансовых затрат на фармакотерапию ЯБДК проводили с помощью вспомогательных фармакоэкономических методов: частотного, ABC- и VEN-анализов [6,7]. Частотный анализ позволяет оценить частоту применения того или иного ЛП при лечении пациентов с определенным заболеванием в лечебно-профилактическом учреждении. ABC-анализ предполагает ранжирование ЛП в зависимости от доли расходов на каждый из них в

общей структуре затрат на следующие группы: А - ЛП, на которые приходится 80 % расходов, В - те, которые требуют 15 % денежных средств, С - те, расходы на которые составляют 5 % от общих затрат на все исследуемые препараты [6,7]. VEN-анализ предполагает распределение ЛП по степени их значимости для лечения заболевания на следующие группы: V (vital) – жизненно необходимые, E (essential) - важные, N (non-essential) – второстепенные. Принадлежность ЛП к одной из вышеперечисленных групп определяют на основании результатов экспертного или формального VEN-анализов [6,7]. В данной работе VEN-анализ проводили по «формальному» признаку: при наличии ЛП в Государственном формуляре лекарственных средств Украины (IV выпуск) [8] ему присваивали индекс V, при отсутствии - индекс N. Для определения стоимости на курс лечения ЛП, которые назначались пациентам с ЯБДК, использовали средневзвешенную цену на них в исследуемый период в аптечной сети Украины [9]. Курс гривны к доллару (США) на 10.12.12 г. составлял 7,99:1 [10].

Полученные результаты.

По результатам анализа историй болезни пациентов с ЯБДК было определено 56 ЛП (38 международных непатентованных наименований (МНН)), принадлежащих к 23 фармакологическим группам, которые назначались больным. Из них 50 % ЛП предназначались для лечения основного заболевания (ЯБДК), 46 % ЛП - для лечения сопутствующих заболеваний, которые были зарегистрированы у исследуемых пациентов, 4 % - для симптоматического лечения. Соотношение импортных и отечественных ЛП – 1,1:1.

В течение исследуемого периода в данном отделении зарегистрировано 854 назначения ЛП пациентам с ЯБДК, что составляет в среднем 6,5 ЛП на 1 больного и свидетельствует о полипрагмазии. Следует отметить, что из них 3 ЛП каждый пациент получал в составе тройной схемы антихеликобактерной терапии ЯБДК. Лидеры по количеству назначений – ЛП, которые использовались в схемах комплексной терапии основного заболевания (ЯБДК). Они были представителями следующих групп: гастропротекторы, ингибиторы протонной помпы, антибактериальные средства для системного применения, ЛП группы «Другие препараты для лечения язвенной

болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни», растворы для парентерального питания. Кроме них, значительная частота назначений установлена для ферментных препаратов и биологически активных добавок (БАДов), которые использовались для лечения сопутствующих заболеваний. Первое место в частотном рейтинге занимал гастропротектор «Де-нол» («Astellas Pharma Europe», табл. 120 мг, №112) - 13,11% от общего числа назначений (таблица 1). Результаты частотного анализа также показали, что в данном отделении врачи отдавали предпочтение отечественным лекарственным препаратам. Цена упаковки не влияла на частоту назначений, т.к. у ЛП - лидеров назначений цена была в диапазоне от 0,34 \$ до 27,88 \$.

Анализ затрат на ЛП, которые назначались пациентам с ЯБДК в клинике г. Харькова, показал, что большинство денежных средств (80,50%) были потрачены на ЛП, которые применялись для лечения основного заболевания (ЯБДК), 19,04 % - на ЛП для лечения сопутствующих заболеваний, 0,46 % - на ЛП для симптоматического лечения. Распределение ЛП на ABC-группы было следующим: группа А - 11 ЛП (79,91 % денежных средств от общих затрат на все исследуемые ЛП); группа В - 14 ЛП (14,89 % затрат); группа С - 31 ЛП (5,20 % затрат). Большинство препаратов (9 ТН из 11) наиболее затратной группы А использовалось для этиотропной и патогенетической терапии основного заболевания (ЯБДК). Они были представителями следующих групп:

ингибиторы протонной помпы, гастропротекторы, антибактериальные средства для системного применения, группы «Другие препараты для лечения язвенной болезни и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни». Следует отметить, что почти 1/3 от всех денежных средств (32,27%), потраченных на фармакотерапию исследуемых пациентов с ЯБДК в данном отделении, связана с приобретением препаратов гастропротекторов (1 МНН, 2 торговых наименования). Именно представитель данной группы «Денол» («Astellas Pharma Europe», табл. 120 мг № 112) занимал позицию безусловного лидера (26,82 % от общей суммы затрат) в ABC-рейтинге среди всех исследуемых ЛП (таблица 2). У него была высокая цена упаковки (27,88 \$), значительная стоимость на курс лечения ЯБДК у 1 больного (13,94 \$) и наибольшая частота назначений среди исследуемых ЛП (таблицы 1,2).

Таблица 1
Препараты-лидеры среди торговых наименований по частоте назначений пациентам с ЯБДК (по результатам частотного анализа)

Место в рейтинге	Торговое наименование ЛП, производитель, страна	Форма выпуска	Цена упаковки, \$	Частота назначений, %
1	Де-нол, «Astellas Pharma Europe» (Нидерланды)	табл. 120 мг №112	27,88	13,11
2	Омепразол, «Артериум» (Украина)	капс. 20мг № 10	0,55	10,54
3	Метронидазол, ООО «Здоровье», (Украина)	табл. 250 мг блистер, №20	1,13	9,84
4	Амоксил, «Артериум» (Украина)	табл. 250 мг №20	1,11	8,67
5	Глюкоза, ООО «Нико» (Украина)	р-р д/инф. 10% 200 мл	0,34	8,20

Таблица 2
 Наиболее затратные торговые наименования ЛП группы А, которые назначались пациентам с ЯБДК (по результатам АВС-анализа)

Место в рейтинге	Торговое наименование ЛП, производитель, страна	Форма выпуска	Цена упаковки, \$	Стоимость курса лечения 1 больного, \$	Количество назначений	Затраты на ЛП	
						в \$	в %
1.	Де-нол, «Astellas Pharma Europe» (Нидерланды)	табл. 120 мг №112	27,88	13,94	112	1561,28	26,82
2.	Контролок, «Takeda» (Япония)	пор. д/прин. р-ра 40 мг фл.№1	7,14	54,48	12	653,76	11,23
3.	Даларгин, ЗАО «Биолек» (Украина)	лиоф. пор. д/п р-ра д/ин. 1 мг амп., №10	13,92	11,80	46	542,80	9,33
4.	Гепатомакс, ЧП «БУДЬТЕ ЗДОРОВЫ», (Украина)	капс.№30	7,76	23,28	22	512,16	8,79
5.	Хофитол, «Lab. Rosa - PhytoPharma» (Франция)	табл. п/о 200 мг №60	3,99	3,59	66	236,94	4,07

По результатам VEN-анализа значительное количество ЛП (85,71 %) входило в группу V. Среди ЛП с индексом N были препараты и для лечения ЯБДК, и для фармакотерапии сопутствующих заболеваний, и для симптоматического лечения.

Обсуждение.

Сопоставление VEN/частотного анализа показало, что большую часть (94,39 %) врачебных назначений составляли ЛП, присутствующие в Государственном формуляре лекарственных средств Украины.

По результатам ABC/частотного анализа основные денежные средства при лечении пациентов с ЯБДК были потрачены на часто назначаемые ЛП. Так, ЛП группы А назначались почти половине (55,85 %) больных.

По результатам ABC/VEN-анализа большинство ЛП (73 % – 8 из 11 ЛП) группы А имели индекс V. Среди отсутствующих в Государственном формуляре Украины препаратов группы А привлекает внимание БАД «Гепатомакс» со значительными затратами на применение (8,79 %), высокой стоимостью на курс лечения у 1 больного (23,28 \$), достаточно высокой частотой назначений (22 больных) (таблица 2) при отсутствующей доказательной базе эффективности для лечения билиарных дисфункций у пациентов с ЯБДК. Следует отметить, что данный препарат отсутствовал и в украинском клиническом протоколе лечения данной патологии [11]. При наличии билиарных дисфункций у пациентов с ЯБДК замена БАД «Гепатомакс» на ЛП, присутствующие в клиническом протоколе и Государственном формуляре лекарственных средств Украины, может дать существенную экономию денежных средств на фармакотерапию. В целом, на препараты с индексом V (по результатам VEN-анализа) была потрачена большая часть денежных средств – 83,99 %.

Заключение.

Реальную фармакотерапию, которая назначалась пациентам с ЯБДК в одной из клиник г. Харькова, в целом можно считать рациональной как с клинической, так и с экономической точек зрения, однако она нуждается в дальнейшей коррекции в соответствии с Государственным формуляром лекарственных средств Украины. Результаты проведенного исследования могут быть основой для усовершенствования фармакотерапии ЯБДК в данной клинике и использованы при составлении ее локального формуляра.

Литература:

1. Абрагамович О.О., Черкас А.П. Особливості аеробного метаболізму та варіабельності серцевого ритму у хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки, поєднану з нейроциркуляторною дистонією, та їх зміни під впливом олії амаранту // *Укр. терапевт. журнал*. – 2012. – № 2. – С. 39–46.
2. Білокобильська Д.В., Бурмак Ю.Г. Динаміка метаболічних показників при лікуванні хворих на пептичну виразку дванадцятипалої кишки у поєднанні з есенціальною гіпертензією // *Сучасна гастроентерологія*. – 2010. – № 4 (54). – С. 58–60.
3. *Прикладная фармакоэкономика: учебн. пособ. / под ред. В.И. Петрова*. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 336 с.
4. *Лекарственные средства и их рациональное использование. Информационный бюллетень ВОЗ №338. Май 2010. [Электронный ресурс]*. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/ru/index.html>.
5. Guseinzade MG. *Pharmacoeconomic analysis (ABC, VEN and frequency analysis) of treatment of non-complicated duodenal ulcer associated with Helicobacter pylori in the specialized in patient clinic // Eksp. Klin. Gastroenterol.* – 2005. – N 2. – P. 88-94.
6. Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Борисенко О.В. и др. *Клинико-экономический анализ / под ред. П. А. Воробьева*. – 3-е изд. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 778 с.
7. Морозов А.М., Яковлева Л.В., Бездітко Н.В. та ін. *Оцінка клінічної та економічної доцільності використання лікарських засобів у лікувально-профілактичному закладі (супровід формулярної системи): метод. рек.* – Х.: Стиль-Издат, 2013. – 36 с.
8. *Государственный формуляр лекарственных средств Украины (четвертый выпуск) [Электронный ресурс]*. – Режим доступа: <http://www.dec.gov.ua>.
9. *Программный комплекс «Аптека» компании «Морион» [Электронный ресурс]*. – Режим доступа: <http://pharmbase.com.ua/poisk/>.
10. *Официальный сайт Национального банка Украины [Электронный ресурс]*. – Режим доступа: <http://www.bank.gov.ua>
11. *Поисковая система «Стандарти надання медичної допомоги в Україні» [Электронный ресурс]*. – Режим доступа: <http://www.medstandart.net>.



**Шаршеев Ашир Шаршеевич
К 75-летию Юбилею.
(1940 – 2003)**

8 марта 2015 исполнилось бы 75 лет Ашир Шаршеевичу Шаршееву, посвятившему 37 лет врачебной деятельности одной из самых трудных профессий в медицине – анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии. Он был одним из первых, кто осваивал и внедрял методы анестезии и реанимации в Кыргызстане, достигнув при этом высокого профессионального мастерства и признания коллег и больных.

Некоторые подробности трудового пути Шаршеева Ашира Шаршеевича.

Ашир Шаршеевич Шаршеев родился 08 марта 1940 года в селе Маман Ак-Суйского района Кыргызской ССР.

1958 по 1964 годы учился на лечебном факультете Кыргызского государственного медицинского института (КГМИ). После окончания КГМИ в течение 2-х лет работал заведующим участковой больницы в Тянь-Шаньском районе Нарынской области Киргизии.

С 1966 по 1969 годы – Шаршеев А.Ш. являлся младшим, затем старшим научным сотрудником Кыргызского научно-исследовательского института охраны материнства и детства по детской анестезиологии и реаниматологии на базе 3-й городской клинической больницы города Фрунзе Кыргызской ССР.

С 1970 по 1973 год находился в целевой аспирантуре по анестезиологии и реаниматологии в

Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР, которым руководил академик АМН СССР Блохин Н.Н..

Руководителями научной работы Шаршеева А.Ш. были основатель российской школы анестезиологии профессор Виктор Прокопьевич Смольников и к.м.н. Мистакопуло Н.Ф. В 1973 г. Шаршеев А.Ш. успешно защитил диссертацию на соискание степени кандидата медицинских наук на ученом совете Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР на тему: «Управляемая гипотония комбинированным применением препаратов для нейролептаналгезии и фторотана при травматических оперативных вмешательствах в онкологии».

В 1973-1977 годы он работал ассистентом кафедры детской хирургии КГМИ, а в 1977г. был переведен на доцентский курс анестезиологии-реаниматологии КГМИ, где в последствии получил должность доцента.

С 1991 по 1996гг. – Шаршеев А.Ш. являлся заведующим кафедрой анестезиологии-реаниматологии КГМИ (г. Бишкек). В последующие годы до конца своей жизни (29.06.2003) он зав. доцентским курсом Республиканского центра непрерывной подготовки медицинских и фармацевтических работников (РЦНПМ и ФР) и одновременно являлся главным внештатным анестезиологом-реаниматологом министерства здравоохранения Кыргызской Республики.

Шаршеев А.Ш. участвовал во внедрении различных видов анестезии - от эфира до современных методов. Он применял в своей практике методы: ингаляционной анестезии (эфиром, хлороформом, закисью азота, циклопропаном, триленом, фторотаном, азиатропной смесью, и др.); неингаляционной анестезии (барбитуратами, сомбревином, ГОМК, кетамин, НЛА, атаралгезии, тотальной сбалансированной внутривенной анестезии и др.); комбинированной и проводниковой анестезии (спинальная, эпидуральная, блокада нервов и нервных сплетений и др.).

Шаршеев А.Ш. был одним из первых анестезиологов, который использовал методы эпидуральной анестезии (ЭА) в торакальной, абдоминальной, сосудистой хирургии, при операциях на нижних конечностях, урологии и др. Только Шаршеев А.Ш. виртуозно владел пункцией эпидурального пространства (ЭП) в шейном отделе для выполнения ЭА при операциях на щитовидной железе (ширина ЭП в шейном отделе всего 1-1,5 мм). Шаршеев А.Ш. внедрял катетеризацию ЭП на 2-х уровнях с применением местных анальгетиков (тримекаин, лидокаин) в сочетании с наркотическими анестетиками (морфий, дипидолор, фентанил) в сосудистой хирургии (при реконструктивных операциях на подвздошно-бедренном сегменте аорты) и артериях нижних конечностей, а также сакральной анестезии в проктологии.

Шаршеев А.Ш. был инициатором применения методов проводниковой анестезии (ПА) (блокада в области нервных сплетений и по ходу нервных стволов) при длительных микрохирургических операциях с сохранением спонтанной вентиляции и комбинация ПА и ИВЛ.

В отделении реанимации РКБ МЗ КР Шаршеев А.Ш. использовал ЭА для ИТ больных: с послеоперационным болевым синдромом и при ОИМ; для стимуляции моторики кишечника при динамической кишечной непроходимости; для снятия бронхоспазма и улучшения дренажной функции ТБД у больных с бронхиальной астмой и обтурационным синдромом и др.

Шаршеев А.Ш. первым стал выполнять метод ретроградной эндотрахеальной интубации в практике челюстно-лицевой хирургии.

Шаршеев А.Ш. участвовал в освоении различных методов ИВЛ при операциях (в том числе инъекционной и высокочастотной ИВЛ и др.). Особое внимание уделял разработке и использованию респираторных методов при интенсивной терапии (ИТ) - длительной искусственной вентиляции легких при лечении больных с ОДН различного генеза. Шаршееву А.Ш. принадлежит заслуга по внедрению простейших методов ПДКВ для профилактики и лечения ОДН (при гиповентиляции, ателектазе легких, РДСВ, обтурационном синдроме и др.).

Шаршеев А. Ш. был инициатором создания отделения гравитационных методов детоксикации при реанимации РКБ МЗ КР и являлся первым заведующим этого отделения. Не имея специализации по данному вопросу, он самостоятельно освоил и внедрил многие методики экстракорпоральной гемокоррекции, которые были приняты в СССР и на постсоветском пространстве (гемосорбция, лимфосорбция, плазмоферез, ксеносорбция,

ультрофильтрация, лимфодренаж, энтеросорбция).

Он внедрил в практику ИТ эндолимфатическое введение лекарственных средств, прямую эндолимфатическую антибиотикотерапию, методы фототерапии - внутривенное лазерное (ВЛОК) и УФО - облучение крови при комплексном лечении больных с гнойно-септическими заболеваниями. Непрямая электрохимическая детоксикация гипохлоритом натрия и озонирование лекарственных растворов для внутривенного переливания и местного использования для санации ран использовалась им для лечения эндогенной и экзогенной интоксикации организма, при печеночно-почечной недостаточности, сепсисе, перитоните, отравлениях, различных нарушениях обмена веществ.

У Шаршеева А.Ш. были «золотые руки» и в голове – масса полезных и остроумных идей, которые он воплощал в практику ИТ. Но главное – он любил работу, сам процесс работы и своих тяжелых пациентов. Шаршеев А.Ш. достиг высокого профессионального уровня – уровня МАСТЕРА!

Шаршеев А.Ш. выполнял большую консультативную работу, ежедневно осматривая больных в отделении реанимации клиники им. академика Ахунбаева И.К. и других отделениях РКБ МЗ КР, а также выезжая по линии санавиации в различные медицинские учреждения республики. Он осуществлял методическую и консультативную помощь коллегам в лечении больных с самой различной патологией в хирургии, акушерстве и гинекологии, педиатрии, терапии. На его счету тысяча спасенных жизней больных, как взрослых, так и детей.

Шаршеев А.Ш. написал и издал более 100 научных работ посвященных различным проблемам анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии: эпидуральной, спинномозговой и проводниковой анестезии; методам эфферентной детоксикационной терапии (при гнойно-септических заболеваниях, тяжелых форм полирадикулоневритах, синдроме Лайела и др.); интенсивной терапии сепсиса, тяжелой черепно-мозговой травмы, перитонита и др.; методам метаболической поддержки организма при экстремальных состояниях; методам длительной ИВЛ при миастении, ОРДС, комах; изучению регионарного кровообращения с помощью реоплетизмографа и др.). Он выпустил ряд методических пособий для врачей и студентов.

Шаршеев А.Ш. был прекрасным педагогом и лектором. Он щедро передавал свои знания и умения студентам КГМИ, врачам факультета усовершенствования и в первую очередь своим коллегам. Его ученики работают во всех городах и районах нашей республики, а также в дальнем и ближнем зарубежье. Он постоянно поддерживал с ними связь, оказывая им помощь в организации службы анестезиологии и реаниматологии на местах, помогая им советами.

По его инициативе в 1992 г. создана Ассоциация анестезиологов-реаниматологов КР. Шаршеев А.Ш. был первым Президентом Ассоциации, которая вступила самостоятельным членом во Всемирную федерацию анестезиологов, что дало возможность ему участвовать во Всемирном конгрессе анестезиологов в Гааге (1992г) и в Европейском конгрессе анестезиологов в Париже (1995).

Он был участником и организатором многих конференций по анестезиологии в Кыргызстане.

Он обладал главным качеством врача – милосердием, добротой и состраданием к больным людям. Всегда трудно первопроходцам, а он им был. Он бескорыстно работал и днем, и ночью, не требуя вознаграждений и наград. Он снискал огромное уважение не только среди медицинской общественности, но и среди населения. Труд его не оценим.

Анестезиологи-реаниматологи Кыргызстана благодарны ему за то, что он был в числе первых замечательных учителей, передавших им профессиональные знания и умения, научивших их любить свое дело и быть ему преданным.

Шаршеев А.Ш. награжден медалью «Ветеран труда» (1990), Почетной грамотой МЗКР(1999), Почетная грамота МНБ КР (1998), значком «Отличник здравоохранения» (2000).

Шаршеев А.Ш. безвременно ушел из жизни - 29 июня 2003 г. в возрасте 63 года, ушел тихо, ночью. Ничто не предвещало его смерть, ведь накануне он как всегда до вечера был на работе в отделении реанимации, оказывая помощь тяжелым больным.

Анестезиологи Кыргызстана будут хранить о Шаршееве А.Ш., враче с большой буквы, самую светлую память.

**Ассоциация анестезиологов-реаниматологов
Кыргызстана
08.03.2015 г.**

