

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

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

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

Мамытов М.М. – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного образования

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

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

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

Редакционный Совет:

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., проф., проректор по учебной работе
Арнольдас Юргутис – профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

Батыралиев Т.А. – д.м.н., профессор

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

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

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

Ибрагимова Г.Я. – д.фарм. наук, проф., зав. каф. управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

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

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

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

Кононец И.Е. – д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии им. С.Д. Даниярова

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

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

Луи Лутан – проф., Университет Женевы (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Шекера О.Г. – д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной меакадемии последипломного образования П.Л. Шупика (Украина)

Ырысов К.Б. – д.м.н., проф. каф. нейрохирургии

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

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

E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 экз.

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

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.
2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата беруу индекси менен индекстелет.

www.kgma.kg

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

Башкы редактордун орун басары – **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, e-mail: sopuev@gmail.com

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

Редакциялык жамаат:

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

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

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

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

Мамакеев М.М. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор
Мамытов М.М. – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

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

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

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

Редакциялык Кеңеш:

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

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

Батыралиев Т.А. – м.и.д., профессору

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

Джумабеков А.Т. – м.и.д., профессор, КазУМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казакстан)

Джумалиева Г.А. – м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректору

Ибрагимова Г.Я. – фарм. и.д., профессор, фармациянын экономикасы жана башкаруу медициналык жана фармацевтикалык товар таануу курсу менен кафедрасынын башчысы Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университети (Россия, Башкортостан)

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

Калиев Р.Р. – м.и.д., факультеттик терапия кафедрасынын профессору

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

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

Куттубаев О.Т. – м.и.д., профессор, медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын башчысы

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

Луи Лутан – профессор, Женева университета (Швейцария)
Мингазова Э.Н. – м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

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

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

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

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

Сатылганов И.Ж. – м.и.д., профессор, патологиялык анатомия кафедрасынын башчысы

Тилекеева У.М. – м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессору

Усупбаев А.Ч. – м.и.д., профессор, урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

Чолпонбаев К.С. – фарм.и.д., дары каражаттарынын технологиясы, фармациянын экономикасы жана башкаруу кафедрасынын профессору

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

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

Ырысов К.Б. – м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессору

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дареги:
Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.
Телефону: +996 (312) 54 94 60, 54-46-10.
E-mail: j_kgma@mail.ru. Тираж 200 нуска.

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

Editor in chief – **Kudaibergenova Indira Orozobaevna**, dr.med.sci., professor

Deputy Editor in Chief – **Sopuev Andrei Asankulovich**, dr.med.sci., professor, e-mail: sopuev@gmail.com

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

Editorial Board:

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

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

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

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

Mamakeev M.M. – academician NAS KR, dr. med.sci., prof.

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

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

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

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

Editorial Council:

Alymbaev E.Sh. – dr.med. sci., prof., Vice Rector for Academic Affairs

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

Batyrallyev T.A. – dr.med. sci., professor

Cholponbaev C.S. – dr.med. sci., prof. of Management and Economics of Pharmacy, medications technology department

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

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

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

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

Ibragimova G.Ya. – d.pharm. sciences, prof., the head of dep. of management and economics of pharmacy with a course medical and pharmaceutical commodity science, Bashkir State Medical University of MH of Russia (Bashkortostan)

Kadyrova R.M. – dr.med.sci., prof., the head of children infectious diseases dep.

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

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

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

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

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

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

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

Mirrahimov E.M. – dr.med.sci., prof., the head of faculty therapy department

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

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

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

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

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

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

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

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

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

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

E-mail: j_kgma@mail.ru. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials.

The Editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

**Джакыпбекова Г.З., Джумагулова А.Ш., Кочкорбекова С.К.,
Бердибекова Г.Б.**

Анализ клинико-лабораторных параметров тяжелых форм острых
кишечных инфекций у взрослых 10

Усубалиев М.Б.

Терапия кандидозных баланопоститов 17

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

**Абдымечинова А.К., Базарбеков М.М., М. Авазали уулу, Бакасов А.Т.,
Токтобаева А.А., Файзуллаева Г.А., Насиров А.М.**

Результаты лечения черепно-мозговой травмы и ее осложнений 21

**Базарбеков М.М., М. Авазали уулу, Бакасов А.Т., Насиров А.М.,
Кудайбердиева Ж.И., Т. Абдыкапар уулу**

Корреляция клинических и нейровизуализационных данных
при тяжелой черепно-мозговой травме 30

Омурбеков Т.О., Орозоев У.Д., Самсалиев М.Ж., Порощай В.Н.

Динамика роста аппендикулярного перитонита у детей и
результаты его лечения 37

Алиев М.Ж., Калыбеков Т.А., Баширов Р.М., Ниязов Б.С.

Интраоперационные меры профилактики рецидива эхинококкоза печени 43

**Сопуев А.А., Султакеев М.З., Ташиев М.М., Касымбеков Т.М.,
Кадыров А.К.**

Дренирующие методики и торакотомия при торакальных травмах
(обзор литературы) 48

**Самаков А.А., Акматов Т.А., Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т.,
Мамбетов А.К., Бигишиев М.М., Кадыраалы Б., Жумабекова А.**

Результаты хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур
пищевода 61

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Мукашев М.Ш., Искандеров Д.А., Айтмырзаев Б.Н.,
Калыбекова Г.М., Мусабаев Ж.Э.**

Внезапная смерть в молодом возрасте. К вопросу о роли
цереброваскулярной патологии в происхождении массивных
субарахноидальных кровоизлияний с прорывом
в субдуральное пространство 67

ЮБИЛЕИ

Айдаров З.А., Орозалиева А.А., Ибраимова Д.Д.

К 70-ти летнему юбилею профессора
Куттубека Усенбаевича Акынбекова 74

ИЧКИ МЕДИЦИНА

**Джакыпбекова Г.З., Джумагулова А.Ш., Кочкорбекова С.К.,
Бердибекова Г.Б.**

Чоң кишилердин арасындагы оор түрүндөгү курч ичеги-карын оорулардын
клиника-лаборатордук көрсөткүчтөрүнүн талдоосу 10

Усубалиев М.Б.

Кандидоздук баланопоститтерди дарылоо 17

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

**Абдымечинова А.К., Базарбеков М.М., М. Авазали уулу, Бакасов А.Т.,
Токтобаева А.А., Файзуллаева Г.А., Насиров А.М.**

Баш мээнин жаракатын дарылоонун натыйжалары жана татаалдашуулар..... 21

**Базарбеков М.М., М. Авазали уулу, Бакасов А.Т., Насиров А.М.,
Кудайбердиева Ж.И., Т. Абдыкапар уулу**

Оор баш-мээ жаракатындагы клиникалык жана нейровизуализациялык
маалыматтардын корреляциясы..... 30

Омурбеков Т.О., Орозоев У.Д., Самсалиев М.Ж., Порощай В.Н.

Балдардын аппендикулярдык перитониттеринин өсүү динамикасы жана аны
дарылоонун жыйынтыктары..... 37

Алиев М.Ж., Калыбеков Т.А., Баширов Р.М., Ниязов Б.С.

Операция убагындагы эхинококкоз дартынын кайталанма түрлөрүнүн
алдын алуу чаралары 43

**Сопуев А.А., Султакеев М.З., Ташиев М.М., Касымбеков Т.М.,
Кадыров А.К.**

Көкүрөк жаракаттарында торакотомия жасоо жана дренаж коюу
(адабияттарга сереп жасоо)..... 48

**Самаков А.А., Акматов Т.А., Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т.,
Мамбетов А.К., Бигишиев М.М., Кадыраалы Б., Жумабекова А.**

Кызыл өңгөчтүн күйүктөн кийинки стриктурасынын (бүтөлүп калышы)
хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы 61

ЭКСПЕРТТИК ИШМЕРДИГИ МАСЕЛЕЛЕРИ

**Мукашев М.Ш., Искандеров Д.А., Айтмырзаев Б.Н.,
Калыбекова Г.М., Мусабаев Ж.Э.**

Жаш курактагы мурт күтүүсүз өлүм. Чоң өлчөмдөгү субарахноидалдык кан куюлуунун болушунда цереброваскулярдык патологиянын мааниси (ролу)..... 67

ЮБИЛЕЙЛЕР

Айдаров З.А., Орозалиева А.А., Ибраимова Д.Д.

Профессор Куттубек Усенбаевич Акынбековдун
70 жылдык юбилейине карата 74

INTERNAL MEDICINE

**Dzhakypbekova G.Z., Djumagulova A.Sh., Kochkorbekova S.K.,
Berdibekova G.B.**

Analysis of clinical and laboratory parameters of severe forms of acute intestinal infections in adults 10

Usubaliev M.B.

Treatment of candidal balanoposthitis 17

QUESTIONS OF SURGERY

**Abdymechinova A.K., Bazarbekov M.M., M. Avazali uulu,
Bakasov A.T., Токтобаева А.А., Faizullaeva G.A., Nasirov A.M.**

Results of treatment of traumatic brain injury and its complications 21

**Bazarbekov M.M., M. Avazali uulu, Bakasov A.T., Nasirov A.M.,
Kudaiberdieva J.I., T. Abdykapar uulu**

Correlation of clinical and neuroimaging data in severe traumatic brain injury 30

Omurbekov T.O., Orozoev U.D., Samsaliev M.Zh., Poroshchai V.N.

Dynamics of growth of appendicular peritonitis at children and the results of its treatment 37

Aliev M.Zh., Kalybekov T.A., Bashirov R.M., Niazov B.S.

Intraoperative measures for the prevention of the recurrence of liver echinococcosis..... 43

**Sopuev A.A., Sultakeev M.Z., Tashiev M.M., Kasymbekov T.M.,
Kadyrov A.K.**

Draining techniques and thoracotomy for thoracal injuries (literature review)..... 48

**Samakov A.A., Akmatov T.A., Sydigaliev K.S., Toygonbaev A.T.,
Mambetov A.K., Bigishiev M.M., Kadyraaly B., Zhumabekova A.**

Results of surgical treatment of post-burns esophageal scar structure 61

QUESTIONS OF FORENSIC ACTIVITIES

**Mukashev M.Sh., Iskanderov D.A., Aitmyrzaev B.N.,
Kalybekova G.M., Musabaev J.E.**

The sudden death at a young age. The role of cerebrovascular pathology in the occurrence of massive subarachnoid hemorrhages with a breakthrough into the subdural space..... 67

ANNIVERSARIES

Aydarov Z.A., Orozalieva A.A., Ibraimova D.D.

To the 70-th anniversary of professor Kuttubek Usenbayevich Akynbekov 74

АНАЛИЗ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПАРАМЕТРОВ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ

**Г.З. Джакыпбекова, А.Ш. Джумагулова, С.К. Кочкорбекова,
Г.Б. Бердибекова**

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

E-mail: infectionkgma@gmail.com

Резюме. В статье приведены результаты изучения клинико-лабораторных показателей у 23 взрослых больных с тяжелыми формами острой кишечной инфекции (ОКИ) по материалам отделения реанимации РКИБ за 2019 год. Представлены критерии оценки тяжести заболевания, прогностические критерии развития жизнеугрожающих состояний, связанных с обезвоживанием. В 47,8% случаев преобладали больные в возрасте 19-40 лет, с наличием хронической патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, эндокринной и сердечно-сосудистой системы, с острым развитием заболевания в течение суток (56,5%), преимущественно протекающее по типу гастроэнтерита. У большинства больных отмечалась лихорадка (60%), многократная рвота (87%), диарея с частотой стула более 5-10 раз в сутки (65,2%), с развитием признаков гиповолемического шока (52,2%). Прокальцитонин, как маркер бактериальных инфекций, был повышен в 56,5% случаях. Гипомагниемия (78,2%), гипонатриемия и гипокалиемия (30,4%), повышение уровня креатинина (91,3%) и мочевины (43,4%) требует своевременной коррекции водно-электролитного баланса.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, взрослые, гиповолемия, тяжелые формы, прокальцитонин, креатинин.

ЧОҢ КИШИЛЕРДИН АРАСЫНДАГЫ ООР ТҮРҮНДӨГҮ КУРЧ ИЧЕГИ-КАРЫН ООРУЛАРДЫН КЛИНИКА- ЛАБОРАТОРДУК КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНҮН ТАЛДООСУ

**Г.З. Джакыпбекова, А.Ш. Джумагулова, С.К. Кочкорбекова,
Г.Б. Бердибекова**

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

Корутунду. Макалада 2019 жылдын Республикалык жугуштуу оорулар клиникалык орууканасынын тез жандандыруу бөлмөсүнүн материалдары боюнча оор түрүндөгү курч ичеги-карын оорулар менен ооруган 23 чоң кишилердин арасындагы клиника-лаборатордук көрсөткүчтөрүнүн изилдөө жыйынтыгы берилген. Оорунун оордугун балоо критерийлер, дене суусуздануу менен байланышкан өмүргө коркунуч туудурган абалдардын прогноздук критерийлери көрсөтүлгөн. Ичеги-карын, жүрөк-кан тамыр, эндокриндик өнөкөт оорулар менен ооруган 19-40 жаштагылар 47,8% үстөмдүк кылды, курч түрүндө бир күндүн ичинде өнүгүп кеткен (56,5%), негизинен гастроэнтерит түрү болуп өткөн. Көпчүлүк оорулууларда ысытма (60%), кайталап кусуу (87%), күнүнө 5-10 эседен ашык ич өтүү (65,2%), гиповолемиялык шоктун белгилери (52,2%) болгон. Бактериялык инфекциялардын белгиси катары прокальцитонин 56,5% учурда көтөрүлгөн. Магнийдин азайышы (78,2%), натрийдин жана калийдин азайышы (30,4%), креатининдин (91,3%) жана мочевианын көбөйүшүү (43,4%) өз убагында суу-электролит балансын оңдоону талап кылат.

Негизги сөздөр: жугуштуу курч ичеги оорулары, чоң кишилер, гиповолемия, оор түрүндөгү, прокальцитонин, креатинин.

ANALYSIS OF CLINICAL AND LABORATORY PARAMETERS OF SEVERE FORMS OF ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN ADULTS

G.Z. Dzhakypbekova, A.Sh. Djumagulova, S.K. Kochkorbekova, G.B. Berdibekova

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

Summary. This article contains results of exploration clinical laboratory indicators of 23 adult patients with severe form acute intestinal infection based on RCIH intensive care units' materials for 2019. Presented criterion of evaluation of severity of illness, predictive criterials developing life-threatening condition. 47.8% cases are patients 19-40 yers old, with chronic pathology of gastrointestinal tract, endocrine, cardiovascular with acute course of the illness during day (56.5%), mostly course of the disease was type gastroenteritis. Mostly patients have fever (60%), repeated vomiting (87%), diarrhoea with frequency of stools more than 5-10 time in day (65.2%), development of hypovolemic shock signs (52.2%). Procalcitonin as marker of bacterial infection was exceeded in 56.5% cases. Hypomagnesemia (78.2%), hyponatremia and hypokalemia (30.4%), increased creatinine (91.3%) and urea (43.4%) require timely correction of water-electrolyte balance.

Keywords: acute intestinal infections, adults, hypovolemia, severe forms, procalcitonin, creatinine.

Введение. Острые кишечные инфекции (ОКИ) относятся к заболеваниям, имеющим важное социально-экономическое значение, они стабильно удерживают второе место в структуре инфекционной заболеваемости и смертности в мире. По данным ВОЗ в мире ежегодно регистрируется от 68 до 275 млн., а по некоторым данным до 1-1,2 млрд. случаев диарейных заболеваний. Показатель заболеваемости ОКИ в Российской Федерации составляет 545,89 на 100 тыс. населения, в Кыргызской республике 498,0-517,6 на 100 тыс. населения. Значимость кишечных инфекций ОКИ на сегодняшний день определяется не только их высокой распространенностью, но и частотой неблагоприятных последствий в исходе заболевания, проблемами формирования затяжных форм инфекции, значительной частотой развития тяжелых форм болезни и смертности [1, 2]. Тяжелые формы ОКИ сопровождаются быстрым развитием за короткие сроки тяжелой гиповолемии и дегидратации, которая приводит к острому повреждению почек, гемолитико-уремическому синдрому, полиорганным повреждениям. Своевременное распознавание ранних клинико-лабораторных критериев тяжести при ОКИ и ранняя начатая терапия улучшают прогноз заболевания и предотвращают летальность. Установлено, что у взрослых с ОКИ до появления клинических и лабораторных признаков острого повреждения почек происходит увеличение показателей креатинина и мочевины, что обосно-

вызывает необходимость поиска причин и указанных расстройств [3]. Разнообразие этиологических агентов (бактерии, вирусы, простейшие), вызывающих инфекционную патологию, высокая частота микст-инфекций, нередкие неблагоприятные исходы и негладкое течение обосновывают необходимость поиска путей оптимизации диагностических и терапевтических подходов при ОКИ [4].

Цель исследования: провести анализ клинико-лабораторных показателей у больных с тяжелыми формами ОКИ для разработки критериев оценки тяжести инфекционного процесса.

Материалы и методы исследования

Материалом для изучения явился анализ историй болезни 23 больных, госпитализированных в отделение реанимации РКИБ с тяжелыми формами острой кишечной инфекции и гиповолемическим шоком.

Проведен анализ эпидемиологических, клинических (наличие диареи, рвоты, лихорадки, уровень артериального давления, нарушения гемодинамики, снижение диуреза) и лабораторных параметров (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, электролиты крови, уровень прокальцитонина) госпитализированных больных для оценки степени тяжести больных, выявление ранних признаков дегидратации и гиповолемии. Проведена статистическая обработка полученных показателей.

Результаты и обсуждение

В исследование включены 23 взрослых больных с острыми кишечными инфекциями тяжёлой степени, а также с гиповолемическим шоком, находившихся в ОРИТ РКИБ за 2019 год.

Возрастной состав больных был следующим: 19-40 лет составил 11 больных (47,8%), с 41 до 60 лет – 7 больных (30,5%), старше 61 года – 5 (21,7%) (рис. 1). По половой принадлежности мужчины и женщины составляли в равных количествах.

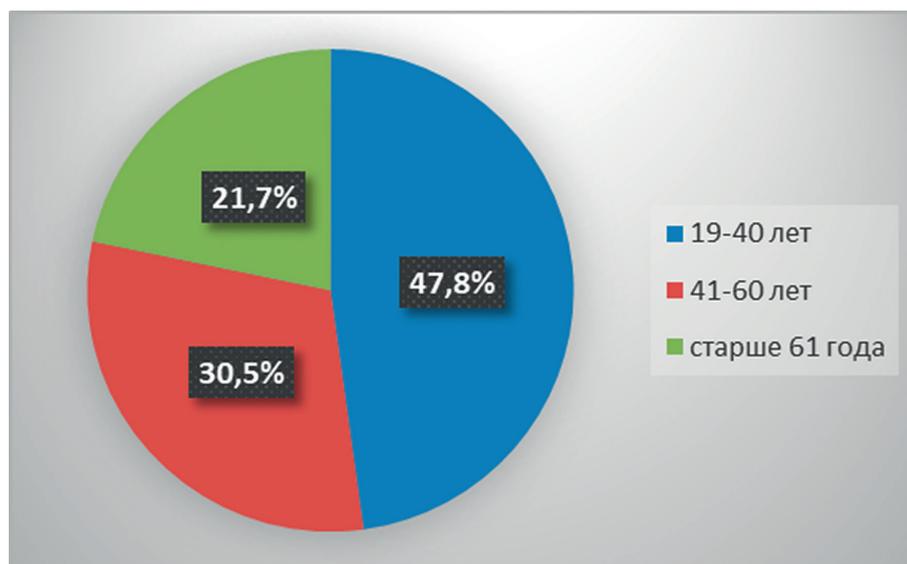


Рис.1. Возрастная структура больных.

Изучение эпидемиологического анамнеза позволило установить пищевой путь передачи у 6 больных (26%), в остальных случаях выявить источник инфекции не удалось (74%).

По территориальной принадлежности 65,2% больных составили жители г. Бишкек, остальные иногородние, при этом в 21,7% случаев из Чуйской области.

Практически половина из поступивших в реанимационное отделение

больных страдают хроническими заболеваниями, такими как хронический холецистопанкреатит (43,5% больных), жировой гепатоз (17,4%), гипертоническая болезнь (21,7%), сахарный диабет (8,7%), анемия (8,7%), ревматизм (4,3%) (рис. 2). Таким образом, на тяжесть течения ОКИ оказывала влияние патология со стороны желудочно-кишечного тракта, сбои в работе эндокринной системы.



Рис. 2. Структура сопутствующей патологии у больных (абсолютное число).

Практически у всех больных болезнь протекала по типу пищевой бактериальной инфекции с острым началом и коротким инкубационным периодом. В первые сутки заболевания было госпитализировано 13 больных (56,5%), на 2-е сутки – 6 (26,1%), на 3-и 4-е сутки – 4 (17,4%).

Более чем у 60,9% больных заболевание начиналось с повышения температуры тела, при этом у 3 больных (13,1%) регистрировался субфебрилитет ($37,4 \pm 0,1$), у 11 (47,8%) отмечен фебрилитет ($38,4 \pm 0,1$). У 9 больных (39,1%) кишечная инфекция протекала без повышения температуры тела.

Анализ клинических наблюдений позволил установить, что заболевание протекало преимущественно по типу гастроэнтерита. У большинства больных (87%) отмечалась многократная рвота. У 8 больных частота стула (34,8%) была до 5 раз в сутки, у такого

же процента больных (34,8%) стул от 5 до 10 раз в сутки, и у 7 больных (30,4%) стул более 10 раз в сутки. У больных с частотой стула до 5 раз в клинике ОКИ преобладала рвота.

В 52,2% случаев тяжесть состояния была обусловлена развитием гиповолемического шока. Из всех больных, поступивших в отделение реанимации, 6 больных (26,1%) поступили с признаками нарушения сознания. Показатели артериального давления при поступлении: у 52,2% больных АД отмечалось ниже 70/40 мм рт. ст., у 34,8% АД было на уровне 80/50-90/60 мм рт. ст.. Практически у всех отмечалась тахикардия, гемодинамические нарушения, бледность и мраморность кожных покровов.

Из лабораторных данных факторами риска развития тяжелых форм ОКИ являются такие показатели, как лейкоцитоз, почечные тесты, прокальцитонин в крови. Среди тяжелых больных в 78,2%

случаях наблюдался лейкоцитоз с нейтрофилезом и ускоренное СОЭ, что говорит о преимущественном развитии бактериальной инфекции. Максимальные показатели лейкоцитоза достигали $14,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево был до 56% палочкоядерных нейтрофилов, а СОЭ ускорилась до 47 мм/ч. Анемия как сопутствующая патология отмечалась у 2 больных (8,7%).

Показатель общего белка был в пределах нормы у большинства обследованных – 20 (86,9%), гипопроteinемия была зарегистрирована у 3 (13,1%) пациентов.

При тяжелых кишечных инфекциях быстро развиваются нарушения водно-электролитного, кислотно-щелочного баланса. Уровень натрия и калия у большинства обследованных был в пределах нормы и зарегистрирован у 16 (69,5%) больных, гипонатриемия и гипокалиемия отмечалась у трети (30,4%) больных. Уровень кальция в крови в целом у большинства обследованных оказался в пределах нормы и зарегистрирован у 18 (78,2%) больных, гипокальциемия регистрировалась у 4 (17,4%) обследованных. Однако в большинстве случаев выявлена гипомагниемия (78,2%).

Очень важное значение имеет оценка функции почек как показателя тяжести болезни. Снижение диуреза отмечалось у 62,5% поступивших больных, у 30,1% больных отмечалось анурия. В 91,3% случаев обнаружено повышение креатинина в крови, повышение остаточного азота наблюдалось в 34,8% случаев, и у 43,4% больных повышение мочевины в крови. При поступлении уровень мочевины 8,5-12,0 ммоль/л на-

блюдался у 10%, 13-20 ммоль/л – у 40%, 21-30 ммоль/л – у 30% и превышал 30 ммоль/л – у 20%. Показатель креатинина плазмы составлял 106-185 мкмоль/л у 44,8% больных, 186-280 мкмоль/л – у 35,9% и выше 281 мкмоль/л – у 19,3%.

Все почечные показатели у 34,7% больных снижались уже в течение 6-12 часов пребывания в ОРИТ на фоне проводимой регидратационной терапии. У 12 больных при поступлении в ОРИТ была диагностирована ОПН, ассоциированная с инфекционной диареей. У них отмечено повышение мочевины и креатинина в сыворотке крови, снижение диуреза менее 0,3 мл/кг/ч в течение суток или анурия. В анализе мочи и микроскопии мочевого осадка обнаружено лейкоцитурия у 10 больных (43,5%), микрогематурия – у 8 больных (34,7%) и протеинурия у 5 больных (21,8%).

Ценным показателем воспаления или маркером бактериальных инфекций является прокальцитонин. Прокальцитонин (ПКТ) – полипептид, который является неактивным предшественником кальцитонина, образуется из препрокальцитонина в С-клетках щитовидной железы под действием кальций-зависимых факторов. У здоровых лиц весь образующийся ПКТ преобразуется в кальцитонин и практически не поступает в кровоток [5]. У 56,5% больных с тяжелой формой ОКИ уровень ПКТ был резко повышен.

Из 23 больных, поступивших в тяжелом состоянии в ОРИТ, отмечался 1 летальный исход. Эта была больная Б., 55 лет, которая поступила в крайне тяжелом сопорозном состоянии, с критическим АД 40/20, с тахикардией (128 в мин), одышкой (32 в мин.), с частым во-

дьянистым стулом более 10 раз в сутки, анурией. Больная, несмотря на проводимую интенсивную терапию, умирает через 7 ч после поступления с диагнозом: Острый энтероколит неуточненной этиологии. Гиповолемический шок. Септицемия. Острая дыхательная недостаточность. Отек головного мозга. Сопутствующий диагноз: Сахарный диабет 1 типа. ГБ высокого риска.

Все больные получали интенсивную регидратационную и дезинтоксикационную терапию (раствор Рингера, гемосол, реосорбилакт, 0,9% р-р натрия хлорид), антибиотики из группы цефалоспоринов и фторхинолона. Одна больная была подключена к ИВЛ.

У 13,2% больных улучшение в состоянии отмечалось уже через сутки, у 68,6% больных на 2-е сутки, у остальных 18,2% улучшение состояния наступило на 3-4-ые сутки.

Таким образом, критериями оценки тяжести заболевания у больных с ОКИ служили: острота развития инфекционного процесса в течение суток, признаки тяжелого обезвоживания, степень вовлечения в патологический процесс сердечно-сосудистой, центральной нервной системы и почек [1]. Анализ лабораторных показателей выявил в 78,2% случаях лейкоцитоз с нейтрофилезом, ускоренное СОЭ, в 78,2% отмечена гипомагнемия, в 30,4% - гипонатриемия и гипокалиемия. При этом у 91,3% больных отмечается повышение уровня креатинина, 43,4% повышение показателей мочевины, что требует своевременной коррекции водно-электролитного баланса. Прокальцитонин, как маркер бактериальных инфекций, был повышен в 56,5% случаях. На тяжесть

течения острых кишечных инфекций влияет сопутствующая патология со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и эндокринной системы.

Литература

1. Шаджалилова М.С. Анализ клинико-эпидемиологических и микробиологических параметров острых кишечных инфекций у детей // Медицинские новости. – 2015. – №8. – С. 60-62.
2. Джакыпбекова Г.З., Саркина А.К., Кочкорбекова С.К. Этиологическая структура острых кишечных инфекций с определением чувствительности к антибактериальным препаратам / Г.З. Джакыпбекова, А.К. Саркина, С.К. Кочкорбекова // Вестник КГМА. – 2019. – № 5-6. – С. 78-85.
3. Малкина, А. Острое повреждение почек (ОПП) [Электронный ресурс]. – 2019. – Режим доступа: <https://www.msmanuals.com/ru/профессиональный/патология-мочеполовой-системы/острое-повреждение-почек/острое-повреждение-почек-опп>. - Загл. с экрана. – Яз. рус.
4. Fischer, Walker Cl. Etiology of diarrhea in older children, adolescents and adults: a systemic review / Walker Cl. Fischer, D. Sack, R.E. Black // Trop Dis. - 2010.- №4(8). - P.76.
5. Полякова А.С., Бакрадзе М.Д., Таточенко В.К. Диагностическая ценность определения уровня прокальцитонина в практике инфекциониста / А.С. Полякова, М.Д. Бакрадзе, В.К. Таточенко // Вопросы современной педиатрии. - 2017. - Т. 16. - №4. - С. 334-340.

УДК 616.992.282

ТЕРАПИЯ КАНДИДОЗНЫХ БАЛАНОПОСТИТОВ

М.Б. Усубалиев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра семейной медицины додипломного образования
кафедра дерматовенерологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: meikin78@mail.ru

Резюме. В статье описаны результаты клинического исследования и лечения 62 больных кандидозным баланопоститом. После комплексного лечения системным антимикотическим препаратом флуконазол (Микофлю) в сочетании с местной терапией комбинированной мазью Акридерм ГК, клиническое и микологическое излечение достигнуто у 90,6% больных основной группы на 14 день от начала лечения.

Ключевые слова: кандидозный баланопостит, Микофлю, Акридерм ГК, лечение.

КАНДИДОЗДУК БАЛАНОПОСТИТТЕРДИ ДАРЫЛОО

М.Б. Усубалиев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Дипломго чейинки үй-бүлөөлүк медицинаны окутуу кафедрасы,
Дерматовенерология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада клиникалык изилдөөнүн жана кандидоздук баланопостит менен ооруган 62 бейтаптын дарылоо жыйынтыктары баяндалат. Комплекстүү дарылоодо системдик антимикотикалык препарат флуконазол (Микофлю) менен Акридерм ГК майын кошо колдонууда негизги топтогу бейтаптардын 90,6% дарылоонун башталышынан баштап 14-күнү клиникалык жана микологиялык айыгууга жетишти.

Негизги сөздөр: кандидоздук баланопостит, Микофлю, Акридерм ГК, дарылоо.

TREATMENT OF CANDICAL BALANOPOSTHITIS

M.B. Usubaliev

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Family Medicine before undergraduate education,
Department of Dermatovenerology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. There are the results of clinical research and treatment of 62 patients with candidal balanoposthitis in the article. After the complex treatment with systemic drug fluconazol (Mikoflu) in combined with the local therapy with combined ointment Akriderm GK 90.6% of patients had clinical and mycological recovery on 14th day from the start of treatment.

Key words: candidal balanoposthitis, Mikoflu, Akriderm GK, treatment.

Введение. Баланопостит – это воспалительное заболевание кожи головки полового члена и крайней плоти. Наиболее распространенным инфекционным баланопоститом является кандидозный. В роде *Candida* насчитывается около 200 видов, но вызывать кандидоз у человека могут только 20 [1]. Основными являются *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata* [2]. Среди грибов рода *Candida* превалирует *C. albicans*, который не только наиболее часто регистрируется, но и обладает выраженными патогенными свойствами среди возбудителей кандидоза [3].

Условно-патогенная дрожжевая микрофлора, сочетаясь нередко с бактериальной инфекцией, усиливает ее патогенные свойства [4]. В условиях микстинфекции возрастает сенсбилизация организма, происходит хронизация основного процесса [5]. Ассоциация дрожжей со стафилококками приводит к антибиотикорезистентности, лизоцимной, гемолитической, ДНК-азной активности бактериальной микрофлоры [6].

Клиническим проявлением кандидозного баланопостита являются покраснение и зуд в половом члене с генерализованной эритемой головки и крайней плоти, которые приобретают сухую поверхность с лакированным блеском и эрозивные папулы с белым налетом на поверхности. У больных сахарным диабетом клиническая картина может быть более тяжелой – с наличием отека и изъязвлений крайней плоти.

Обязательными лабораторными диагностическими мероприятиями по идентификации грибов рода *Candida* являются обнаружение преобладания вегетирующих форм – мицелия и почкующихся дрожжевых клеток при микроскопическом исследовании, а также роста колоний грибов в количестве более 10² КОЕ/мл при культуральном исследовании [7].

Показаниями к лечению кандидозного баланопостита являются наличие клинических признаков заболевания и микроскопическое обнаружение элементов гриба [8].

Цель: оценка эффективности, переносимости и безопасности комплексного лечения кандидозных баланитов и баланопоститов при применении системного антимикотического препарата флуконазол (Микофлю) и местного комбинированного препарата в виде крема Акридерм ГК.

Материалы и методы

На амбулаторном приеме в Республиканском центре дерматовенерологии мы наблюдали 62 больных кандидозным баланопоститом в возрасте от 18 до 69 лет. Все больные имели необрезанную крайнюю плоть. Половые партнерши 34 (54,8%) мужчин страдали вульвовагинальным кандидозом. Сопутствующая бактериальная флора отмечено у 42 (67,7%) пациентов. Всем больным проводили физикальное обследование, лабораторные тесты: общий анализ крови и мочи, анализ крови на глюкозу, исследование на обнаружение бледных трепонем в темном поле зрения с пораженных участков головки полового члена, ВИЧ, микроскопию соскоба с кожи головки полового члена и крайней плоти. 12 (19,4%) больных страдали сахарным диабетом второго типа.

При выяснении жалоб оказалось, что 26 (41,9%) больных беспокоили очаги гиперемии кожи головки полового члена, а также зуд и жжение в половом члене (эритематозная форма), у 16 (25,8%) больных отмечены эрозивная форма, эрозивные папулы (папулезная) – у 14 (22,6%) и экссудативная форма – у 6 (9,7%). У всех пациентов при микроскопии соскоба с кожи головки полового члена обнаружены мицеллы гриба.

Больные были разделены на 2 группы: 1-группа (группа сравнения) больных

(n=30) в качестве системной антимикотической терапии получала флуконазол (Микофлю) 150 мг однократно перед сном и местно туалет головки полового члена и крайней плоти в виде ванночек со слабым раствором перманганата калия. Больные 2-группы (основная группа, n=32) получали системный антимикотик флуконазол (Микофлю) по 150 мг дважды с интервалом между приемами препарата 7 дней, наружно крем Акридерм ГК (бетаметазон/гентамицин/клотримазол). Препарат наносили тонким слоем на пораженные участки 2 раза в день в течение 2 недель.

Результаты и обсуждение

У больных 1-группы, которые получали системный антимикотик Микофлю 150 мг однократно и местно ванночки с перманганатом калия при контрольном исследовании через 2 недели при микроскопии грибы обнаружены у 14 (46,6%) больных, которым потребовался повторный прием внутрь Микофлю 150 мг однократно и продолжить местную терапию Акридерм ГК до исчезновения клинических признаков болезни. Длительность лечения в итоге составило 4 недели у 46,6% больных 1-группы.

При исследовании больных 2-группы через две недели от начало лечения клиническое излечение, в виде исчезновения зуда, жжения, эритемы и отсутствия мицелл гриба при микроскопическом исследовании отмечено у 27 больных (90,6%). Троем (9,4%) больным, которые страдали сахарным диабетом второго типа с декомпенсирующим течением, у которых при повторной микроскопии обнаружены мицеллы гриба, дополнительно был назначен Микофлю

по 50 мг 1 раз в день в течение 7 дней с положительным эффектом. Следует отметить, что больным сахарным диабетом по рекомендации эндокринолога проводили медикаментозную коррекцию гипергликемии.

Все больные хорошо перенесли проводимую терапию, побочных эффектов от системного антимикотического препарата Микофлю и местного комбинированного препарата Акридерм ГК не наблюдали.

Выводы:

1. Проведенное исследование продемонстрировало высокую эффективность комплексного лечения кандидозных баланитов и баланопоститов путем сочетания системного антимикотического препарата флуконазола (Микофлю) по 150 мг двукратно с интервалом 7 дней и местно комбинированного крема Акридерм ГК 2 раза в день в течение 2 недель.

2. Клиническая и микологическая эффективность после комплексного лечения составила 90,6%. При необходимости, особенно у больных, страдающих сахарным диабетом, рекомендуется продолжить прием флуконазола по 50 мг в течение 7 дней.

Литература

1. Мирзабалаева А.К. Возбудители хронического рецидивирующего кандидозного вульвовагинита и сочетанных форм генитальных инфекций у женщин [Текст] / [А.К. Мирзабалаева, Ю.В. Долго-Сабурова, О.Г. Савельева и др.] // Вестник Российской ассоциации акушера-гинеколога. – 2001. – №1. – С. 79-82.
2. Soub H. Hospital-acquired candidaemia: experience from a developing country [Text] / H. Soub, W. Estinosa // J. Hosp. Infec. – 1997. – N 35(2). – P. 141-147.
3. Соколова Т.В. Кандидозный баланопостит – актуальная проблема поверхностных микозов кожи [Текст] / Т.В. Соколова, А.П. Малярчук // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – №2. – С. 33-43.
4. Seebacher C. Candidiasis of the skin [Text] / [C. Seebacher, D. Abeck, J. Brasch et al.] // J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2006. – 4(7). – P. 591-596.
5. Соколова Т.В. К вопросу о встречаемости и тяжести микробной экземы при ассоциации с дрожжеподобными грибами *Candida spp.* [Текст] / Т.В. Соколова, С.А. Григорян // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2006. – №1. – С. 90-91.
6. Gonzalez-Pedraza A.A. Urinary tract infection by *Candida* species [Text] / A.A. Gonzalez-Pedraza, R. Luis Hernandez, J. Luna Avila // Aten. Primaria. – 2006. – №38 (3). – P. 147-153.
7. Edwards S. Balanitis and balanoposthitis [Text] / S. Edwards // Genitour Med. – 1996. – Vol. 72. – P. 153-159.
8. Усубалиев М.Б. Комплексное лечение кандидозных баланопоститов [Текст] / М.Б. Усубалиев, Ж.А. Керималиева // Медицина Кыргызстана. – 2011. – №5. – С. 8-29.

УДК: 616.831-001.35-089.874.5

**БАШ МЭЭНИН ЖАРАКАТЫН ДАРЫЛООНУН
НАТЫЙЖАЛАРЫ ЖАНА ТАТААЛДАШУУЛАР****А.К. Абдымечинова, М.М. Базарбеков, М. Авазали уулу, А.Т. Бакасов,
А.А. Токтобаева, Г.А. Файзуллаева, А.М. Насиров**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы*E-mail: keneshbek.yrysov@gmail.com*

Изилденгендердин ичинде 109 (85,8%) эркек 18 (14,2%) аял болгон. Жабыркагандардын жаш курагы 17 ден 82 жашка чейин. Бейтаптардын орточо курагы $42,4 \pm 5,6$ жаш болду. Баш-мээсинен оор жаракат алган 127 оорунулардын арасында 8 бейтап каза тапты. Бул изилдөөдө өлүмдүн жалпы пайызы 6,3% түздү.

Негизги сөздөр: Баш-мээ жаракаты, баш мээнин жаракаттуу кысылуусу, баш сөөктүн ичиндеги гематома, баш сөөктүн трепанациясы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ
И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЙ****А.К. Абдымечинова, М.М. Базарбеков, М. Авазали уулу, А.Т. Бакасов,
А.А. Токтобаева, Г.А. Файзуллаева, А.М. Насиров**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

В исследовании было 109 (85,8%) мужчин и 18 (14,2%) женщин ($p < 0,05$). Средний возраст больных колебался от 17 до 82 лет и составлял $42,4 \pm 5,6$ лет. Из 127 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой 8 умерли после госпитализации в стационар, общая летальность в нашем исследовании составила 6,3%.

Ключевые слова: Черепно-мозговая травма, травматическое сдавление головного мозга, внутричерепная гематома, трепанация черепа.

**RESULTS OF TREATMENT OF TRAUMATIC BRAIN INJURY
AND ITS COMPLICATIONS****А.К. Abdymechinova, М.М. Bazarbekov, М. Avazali uulu,
А.Т. Bakasov, А.А. Токтобаева, Г.А. Faizullaeva, А.М. Nasirov**Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic

There are 109 males (85.8%) among examined and 18 females (14.2%) in this study. Age of injured patients ranged from 17 to 82 years. Median age was 42.4 ± 5.6 years. Of the 127 patients with severe traumatic brain injury, 8 died after being admitted to the hospital. General mortality was 6.3%.

Key words: Traumatic brain injury, traumatic brain compression, intracranial hematoma, craniotomy.

Актуалдуулугу. Баш мээнин жараатын хирургиялык жактан дарылоо нейротравматологиядагы бирден-бир актуалдуу маселелерден болуп саналат. Нейровизуализациялык ыкмаларын колдонууга негизделген дарылоо баш мээнин оор жараатынын диагностикалык жана тактикалык жактарын комплекстүү түрдө изилдөөнүн жыйынтыктары зыян тарткандардын арасында өлүмгө дуушар болгондордун пайыздарын тез арада төмөндөтүүгө мүмкүнчүлүк берген жок [1-5].

Оор баш мээнин жараатынын ар түрдүү аспектилерин аныктоо жана дарылоо сыяктуу комплекстүү изилдөө ишеринин жүргүзүлүп жаткандыгына карабай ушул убакытка чейин баш мээнин жараатынын оор түрүндө трепанацияны тандоо маселеси ачык бойдон калууда, ал тургай, айрым учурларда карама каршы бааланып, адабий булактарга жетиштүү түрдө жарыяланбай келет [6-10].

Практикада заманбап дарт аныктоо аспаптары менен (компьютердик жана магниттик-резонанстык томографиялар) жетишсиз жабдылган стационарларды кезиктирүүгө болот. Көбүнчө баш сөөгүнө трепанация жасоо ыкмасын тандоого субъективдүү себептер (хирургдун туура деп табуусу, клиниканын ыкмасы) түрткү болот. Бул операциядан кийинки мезгилде мээнин шишип кетүүсүндө анын көөп чыгуу ыктымалдуулугунун алдын алуу максатында

көп сандагы ынанымсыз аткарылган баш сөөктүн трепанациясына алып келет. Натыйжасында кайрадан жасалган операциялардын жана ириндүү-сезгенүүнүн татаалдануу тобокелдигинин пайызы жогорулайт [7-15].

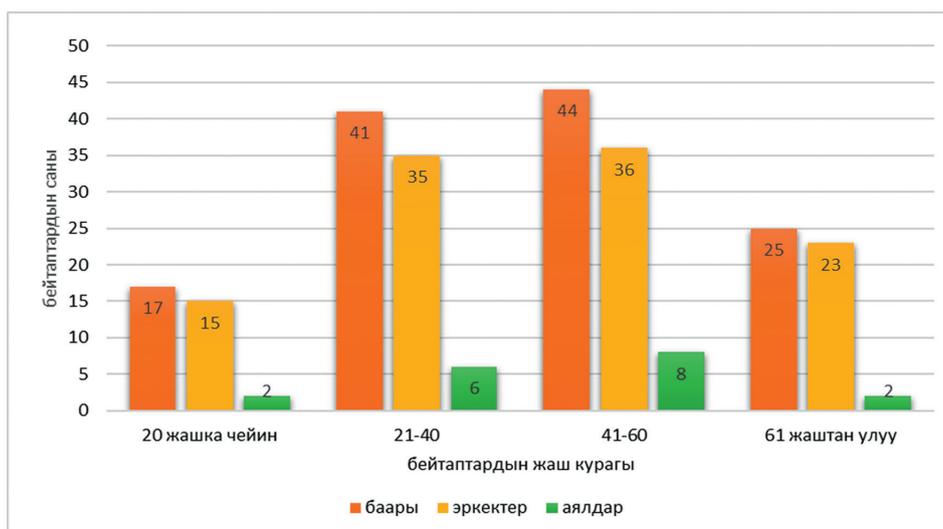
Ошондуктан баш мээнин жарааттык кысылуусунда баш сөөгүнүн трепанация ыкмасын тандоо маселеси актуалдуу деп саналат.

Изилдөө максаты. Баш мээнин жарааттык кысылуусуна чалдыккан бейтаптарды дарылоонун жыйынтыктарын баш сөөгүнүн трепанациясынын оптималдуу ыкмасын аныктоо жолу менен жакшыртуу.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары

Аталган изилдөөлөр Улуттук госпиталдын нейрохирургиялык бөлүмдөрүндө жүргүзүлдү. 2015-2019-жж. баш сөөк жана мээ жараатына чалдыккан жана операция жасалган 127 бейтап тууралуу маалыматтар көрсөтүлгөн.

Баш-сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасы көбүнчө орто жана жаш курактагы бейтаптарда жана өзгөчө эркектер арасында кездешет (байкоого алынган 127 пациенттин 41 – 32,3% жана 44 – 34,6%). Баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасы 20 жашка чейинкилер арасында (бейтаптардын 17си – 13,4%) жана 61 жаштан жогоркулар (25 – 19,7%) арасында сейрек кездешкен (1 сүр.).



1 сүр. Ооруларды жаш курагы жана жынысы боюнча бөлүштүрүү ($p < 0,05$).

Баш-сөөктүн ичиндеги катуу кармаган жана узакка созулган жарааттык гематомасы көбүнчө турмуш-тиричиликтик (38 бейтап – 29,9%) жана транспорттук (34 бейтап – 26,8%) жараат алууда ($p < 0,05$) кездешкен.

Терең ачык жарат алган жана баш мээнин обочолонгон урунуусу менен жабыркаган бейтаптар байкоого алынган эмес.

Эс тутумун жоготуунун деңгээлин болжолдуу аныктоого төмөнкү үч көрсөткүчтүн: 1) кыймыл реакциясы, 2) сүйлөө реакциясы, 3) көзүн ачуу - суммасын упайлык баалоого негизделген Глазго комалар шкаласы пайдаланылган.

Баш-сөөктүн ичиндеги гематомасын нейрохирургиялык дарылоодо кеңейтилген фрезолук тешикче аркылуу алып салуу ыкмасы, баш сөөктү резекциялык трепанациялоо жана баш сөөктү сөөк-пластикалык трепанациялоо ыкмасы колдонулду.

Баш мээнин жарааттык кысылуусун аныктоонун жыйынтыктары. Баш ооруусу бейтаптардын көпчүлүгүндө

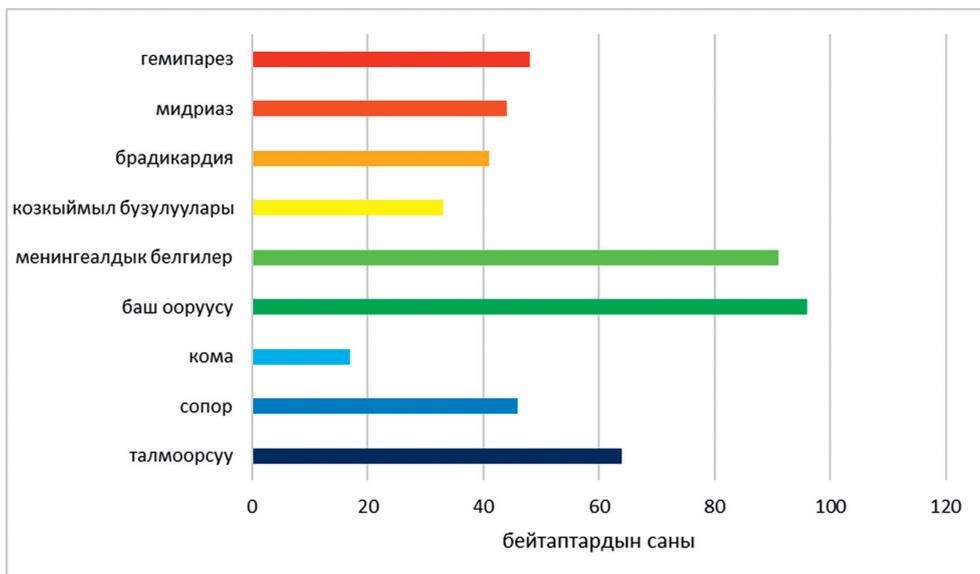
кездешкен (96 – 75,6%). Менингеалдык симптомдор 91 пациентте кездешсе (71,7%), талмадан улам 22 бейтап (17,3%) жыгылган (2 сүр.).

Баш мээнин жарааттык кысылуусун лабораториялык ыкмалары сунушталды (И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын патенттик бөлүмү тарабынан берилген №09/15 «Баш сөөк-мээ жараатынын оордугун лабораториялык аныктоо ыкмасы» 19.03.2015-ж.). Бейтаптын каны интерлейкин-6 курамын аныктоо боюнча иммуноферменттик изилдөөгө алынды. Кандын плазмасынын курамында интерлейкин-6 дээрлик 20 пг/мл жана андан көп болсо, баш мээнин жагымсыз оор жарааты бар экендиги болжолдонгон, ал эми, кандын плазмасында интерлейкин-6 болжол менен 20 пг/мл га чейин болсо, баш мээ жараатынын жагымдуу агымы болжолдонгон.

Кандын иммуноферменттик анализинин жыйынтыгы боюнча 111 (87,4%) пациентте интерлейкин-6 курамы 20 пг/мл чейин болгон. Бул бейтаптардын

арасынан бирөө гана каза болгондугу катталган. 16 (12,6%) бейтапта ин-терлейкин-6 курамы 20 пг/мл жогору

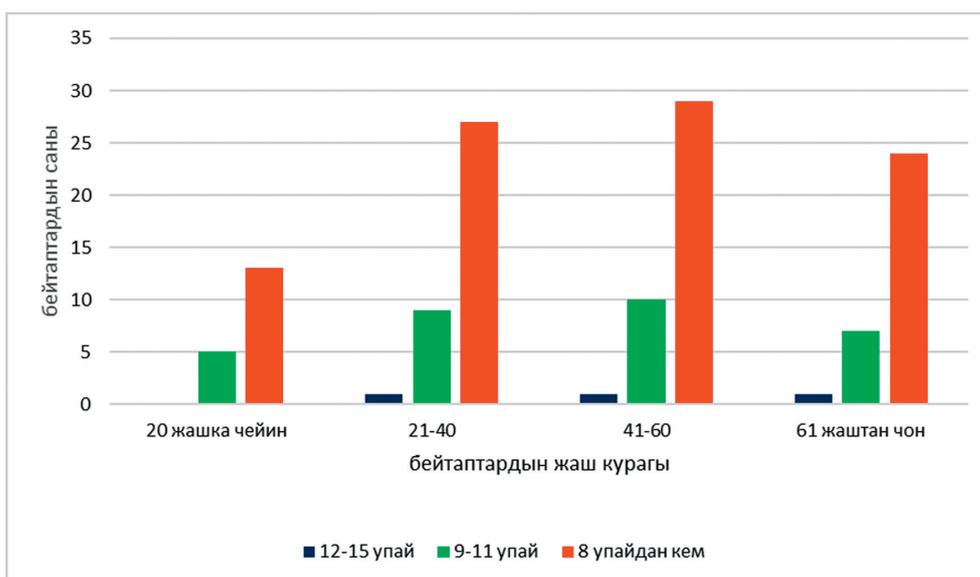
болуп, булардын арасынан 7 учурда өлүмгө дуушар болуу далили катталды.



2 сүр. Клиникалык симптомдор боюнча бөлүштүрүү.

Жабыркагандардын көпчүлүгү оор абалда болгон жана алардын абалы 8 упайга чейин жана андан төмөн бааланган – 91 (71,6%). Ошол эле учурда 33 (26,0%) бейтаптын абалы 9-11 упай, 3 (2,4%) бейтаптын абалы 12-15 упайга ($p < 0,05$) жеткен (3 сүр.).

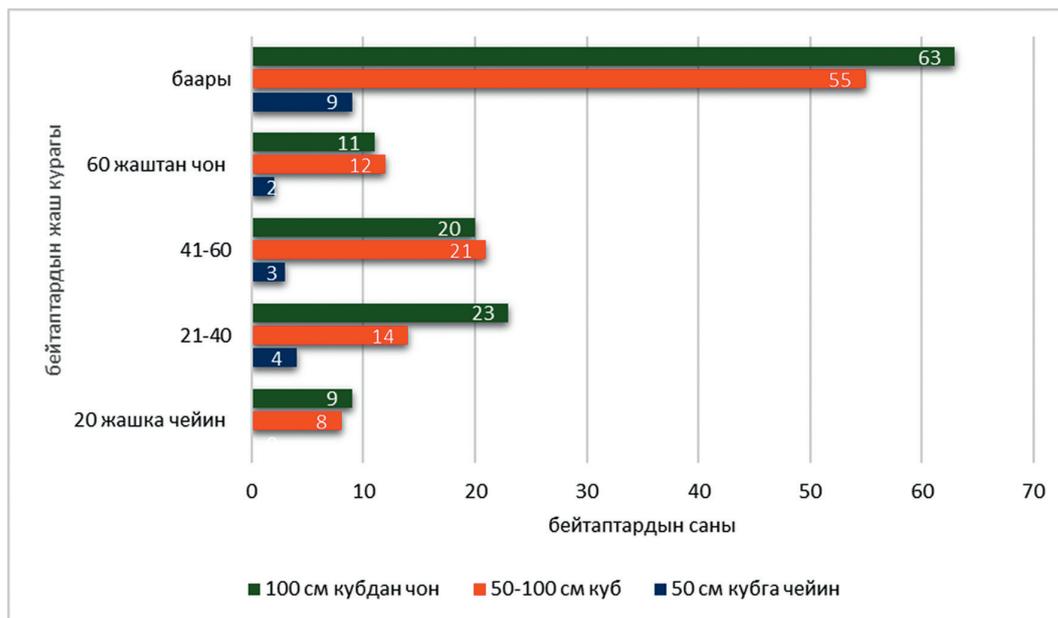
Баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык гематомасы көбүнчө төмөнкү жерлерде (5 сүр.) жайгашкандыгы аныкталды ($p < 0,05$): саамай бөлүгү (80 – 63,0%), маңдай бөлүгү (54 – 42,5%), төбө бөлүгү (48 – 37,8%), баш мээнин желке бөлүгү (17 – 13,4%) жана баш сөөгүнүн арткы чуңкурчасы (9 – 7,1%).



3 сүр. Глазго комалар шкаласы боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү ($p < 0,05$).

Баш мээнин ортоңку структурасынын жылышуусу үч категорияга бөлүнгөн (<5мм, 5-15мм, >15мм). Баш мээнин ортоңку структурасынын 5-15 мм жылышуу даражасы 55 (43,3%) бейтапта аныкталган, 42 (33,1%) бейтапта 15 мм ден ашуун жылышуу байкалган, 30 (23,6%) бейтапта болсо, жылышуу даражасы 5 мм ($p<0,05$) түзгөн (6 сүр.).

Гематоманын өлчөмүнүн чоңдугуна жараша бейтаптарды бөлүштүрүү төмөнкү жыйынтыктарды көрсөттү: 100 см³ чоң көлөмдөгү гематомалар 63 (49,6%) бейтапта, 50-100 см³ көлөмдөгү гематома 55 (43,3%) бейтапта, 50 см³ чейинки гематомалар 9 (7,1%) бейтапта ($p<0,05$) катталган (4 сүр.).



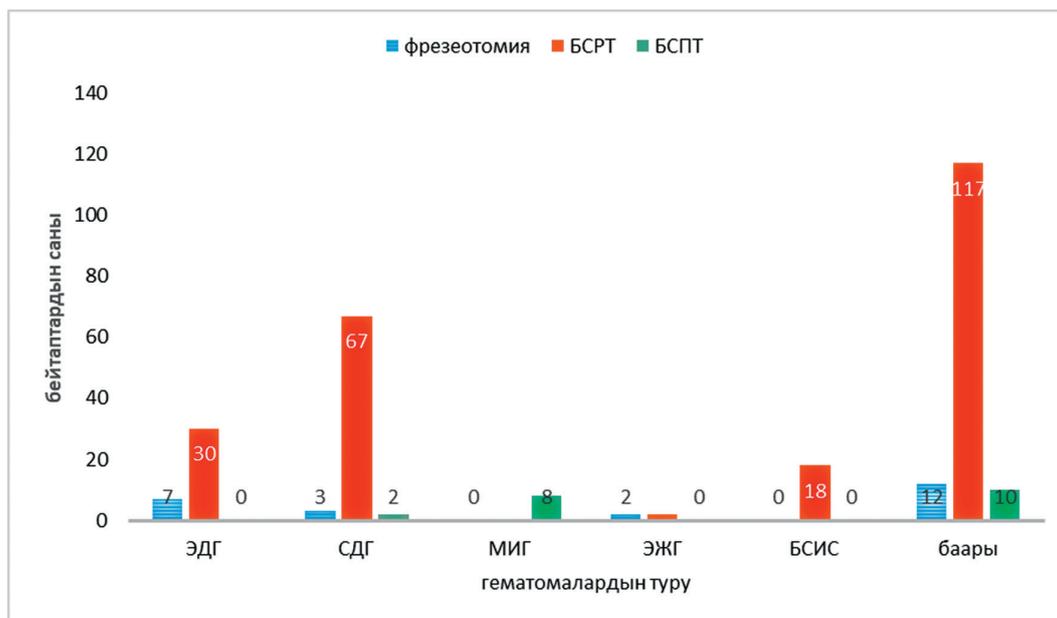
4 сүр. Гематоманын өлчөмүнүн чоңдугуна жараша бөлүштүрүү.

Баш мээнин жараатын нейрохирургиялык дарылоонун жыйынтыктары. Баш сөөктүн ичиндеги ар түрдүү гематомаларына кабылган бейтаптарга негизги нейрохирургиялык жетүү жолдорунун жыштыгы тууралуу маалымат 5 сүрөттө берилген.

Бул бөлүштүрүүгө ылайык, 37 (26,6%) пациенттин эпидуралдык гематомасы алынды, фрезеотомия жолун колдонуу менен 7 учур, ал эми, 30 учурда баш сөөктүн резекциялык трепанациясы аткарылды.

Жабыркагандардын 72 (51,8%) субдуралдык гематомасы 67 учурда баш сөөктүн резекциялык трепанациясын жасоо

аркылуу алынды, ал эми, 3 учурда фрезеотомия, 2 учурда баш сөөктүн пластикалык трепанациясын жасоо ыкмасы аткарылды. 8 (5,8%) пациентке мээ ичиндеги гематоманы алуу операциясы баш сөөктүн пластикалык трепанациясын жасоо ыкмасы аркылуу аткарылды, бул баары болуп 8 учурду түздү. 18 (12,9%) бейтаптын баарынын баш сөөгүнүн импрессиондук сыныгы баш сөөктүн резекциялык трепанациясын жасоо аркылуу жүзөгө ашырылды ($p<0,05$).



5 сүр. Мээнин кысылуусуна жараша аткарылган операцияларды бөлүштүрүү.

127 бейтапка карата 139 операция жасалды. Биздин байкообузда баш сөөктүн резекциялык трепанация ыкмасы басымдуулук кылды (117 операция – 71,7%), бул баш мээнин жараатынан жабыркаган бейтаптардын стационарга оор жана өтө оор абалдагы мезгилинде келип түшкөндүгү менен күбөлөндүрүлөт. Көбүнчө баш сөөктүн резекциялык трепанациясы жаштарга жана орто жаштагыларга (ар бир төрт учурдун 3 учуру) жасалды. 60тан ашкан курактагы бейтаптарга сейрегирээк, ар бир экинчи бейтапка жасалды. 117 учурда (71,7%) баш сөөктүн резекциялык трепанациясы жасалды. Бул ыкма баш мээсинин жалпы жана өзөктүк одоно неврологиялык симптомдору даана билинген, баш сөөктүн ичиндеги чачыранды-жанчылган сыныгы бар, баш мээнин дислокациясы жана өөрчүүп бараткан шишип-көбүүгө дуушар болуусу, б.а. мээнин декомпрессиясын камсыздоо зарыл болгон оор абалдагы бейтаптарга жасалды.

Баш сөөктүн ичиндеги жарааттык гематомасын кеңейтилген фрезолук тешикке аркылуу алып салуу 139 операциянын 12 учурунда (20,0%) колдонулду, анын ичинен 8 учур өз алдынча ыкма катары, калгандарында болсо дарылоонун биринчи этабы катары колдонулуп, кийин аларга баш сөөктүн резекциялык трепанациясы жана баш сөөктүн пластикалык трепанациясы жасалды.

Биз баш сөөк-мээнин оор жараатынын операциядан кийинки агымын болжолдоо ыкмасын сунуштадык (И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын патенттик бөлүмү тарабынан берилген №10/15 «Баш сөөктүн-мээнин оор жараатынын операциядан кийинки агымын болжолдоо ыкмасы» 19.03.2015-ж.). Бул ыкма баш-сөөк жана мээ жараатынын агымын жана оордук даражасын натыйжалуу аныктоону камсыздайт.

Тобокелдиктин суммалык упайын атайын формула боюнча эсептедик. То-

бокелдиктин суммалык упайынын мааниси төрттөн аз болсо, жагымдуу, ал эми, мааниси 4кө барабар же чоң болсо баш сөөк-мээнин оор жараатынан улам өлүмгө дуушар болуу деп табылган. Көрүнүп тургандай 117 (92,1%) бейтаптын тобокелдик суммасынын упайы төрткө жеткен эмес, ошондуктан бул топто өлүмгө дуушар болуу катталган эмес. 10 (7,9%) бейтапта тобокелдиктин суммалык упайы төрттөн жогору болгон, бул топтун ичинен бейтаптардын өлүмгө дуушар болуу саны 8 учурду түзгөн.

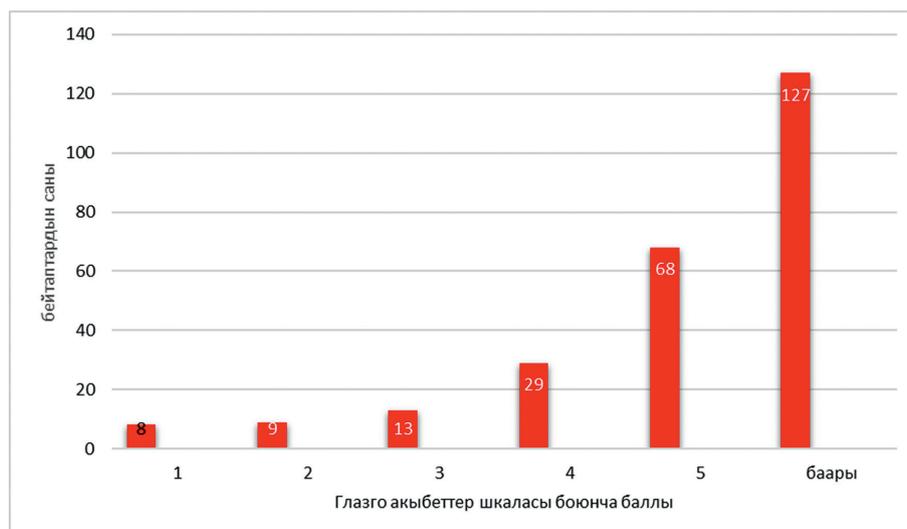
Хирургиялык дарылоонун натыйжалары. 127 бейтаптын ичинен стационарга жаткырылгандан кийин 8 бейтап каза болду, биздин изилдөөбүздө жалпы өлүм саны 6,3% түздү. Алынган жыйынтыктарга караганда Глазго комалар шкаласынын операцияга чейинки көрсөткүчү оорукана ичиндеги өлүм саны менен корреляцияланган. 91 (71,6%) бейтап операциянын астында Глазго комалар шкаласы боюнча 8 упай, <8 упайдан жогору көрсөткүч менен 6 (6,6%) каза тапкан. Ошол эле убакта, 33 (26,0%) өлүм санынын 2 (6,1%) учуру операцияга чейин Глазго комалар шкаласы боюнча 9-11 упай деп бааланган бейтаптар арасында катталган.

Спирмендин ыкмасы боюнча корреляциялык анализдин жыйынтыгында Глазго комалар шкаласы боюнча баш мээнин жараатынын келип чыгуусу менен Глазго комалар шкаласы боюнча бейтаптын абалынын оордугунун ортосунда жогорку ынанымдуулуктагы көз карандылык белгиленген ($R=0,65$; $p<0,05$). Гематоманын көлөмүнө жараша, өлүм саны гематомасы чоң (>50 мм, $p<0,05$) бейтаптар арасында жогору

катталган. Баш мээнин ортоңку структурасы 5-15 мм жылышкан бейтаптарга караганда 15 мм жогору жылышуусу болгон бейтаптар арасында өлүм саны жогору болгон (33,1% - 43,3%, $p<0,05$). Мээнин «кысылып калуу» синдромуна болуусу өлүм санын корреляциялаган, бул 36,8% учурда белгиленген, б.а. «кысылып калуу» болбогон башка бейтаптарга салыштырмалуу жогору (12,1%).

Мультивариациялык регрессия жаш курагы, операцияга чейинки Глазго комалар шкаласы боюнча баалоосу, мээнин «кысылып калуусу», жараат алгандан операцияга чейинки мезгил өлүм санынын көз карандысыз көрүнүштөрүнөн болуп саналат. Жараат алгандан 6 саатка чейин операция жасалган бейтаптарда өлүм саны салыштырмалуу төмөн болгон ($p<0,023$). Бирок операциянын узактыгы оорукана ичиндеги өлүм санына таасир эткен эмес.

6 сүрөттөн көрүнүп тургандай, биз дарылаган бейтаптардын жашоо сапатын Глазго акыбеттер шкаласы менен баалоодо мыкты калыбына келүү - аз жабыркаган учурда (5 упай) кадимки жашоого кайтып келүү 68 (53,5%) бейтапта; орточо майыштуулук (4 упай) – 29 (22,8%); оор майыштуулук (3 упай) – 13 (10,2%) жана туруктуу вегетативдик абал (2 упай) - 9 (7,1%) бейтапта кездешкен ($p<0,05$).



6 сүр. Глазго акыбеттер шкаласы боюнча дарылоо жыйынтыктары ($p < 0,05$).

Эс тутумун жоготуу даражасы өскөн сайын (талмоорсуу – сопор – кома) өлүм санынын келип чыгуу пайызы да өскөн, эс тутумунун бузулуу даражасы өскөн сайын абалынын жакшыруусу төмөндөгөн. Комада жаткан 17 (13,4%) бейтаптын ичинен 8 бейтап каза болсо, сопор абалындагы 46 (36,2%) бейтаптын – 2 каза болгон ($p < 0,0002$).

Жыйынтыктар

Баш мээнин жарааттык кысылуусуна кабылган бейтаптарды дарылоонун акыбеттерин талдоодо баш сөөктүн трепанациясынан (фрезоотомия, баш сөөктүн резекциялык трепанациясы жана баш сөөктүн пластикалык трепанациясы) көз каранды болгон ынанымдуу айырмачылыктар алынган жок. Ошону менен эле бирге, трепанациялык терезинин чондугу жагымдуу акыбеттердин пайызынын көбөйүүсүн шарттайт.

Баш мээнин жарааттык кысылуусуна чалдыккан бейтаптарда жагымсыз жагдайлардын келип чыгуусундагы тобокелдиктин негизги факторлору болуп: 60 жаштан улуу курак, эс тутумунун терең комага чейин бузулуу даражасы (Глазго комалар шкаласы боюнча 4-6 упай), дислокациялык синдромдун өөрчүүсү эсептелет.

Баш сөөктүн жарааттык кысылуусу менен жабыркаган бейтаптарга карата баш-сөөк трепанациясын пландоодо мээнин компьютердик жана магниттик-резонанстык томографиясынын маалыматтары жана клиникалык көрүнүшү менен бирге операцияга чейинки учурда кан курамындагы интерлейкиндин өлчөмү жана операциядан кийин тобокелдиктин суммалык упайын эске алуу зарыл.

Адабият

1. Дюсембеков Е.К., Аханов Г.Ж., Нурбакыт А.Н. Сравнительный анализ особенностей черепно-мозговой травмы, полученной в 1991 г. и в 2015 г. в г. Алматы // *Нейрохирургия и неврология Казахстана. – Астана. – 2017. – №2(47). – С.14-19.*
2. Козинский А.В., Селезнева С.В., Калач А.В. О возможности консервативного лечения травматических эпидуральных гематом // *Травма. – 2018. – №2, Том 19. – С.95-97.*
3. Крылов В.В., Петриков С.С., Талыпов А.Э. Современные принципы хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы // *Неотложная медицинская помощь. – 2013. – №4. – С. 39-47.*
4. Мирзабаев М.Ж., Дюсембеков Е.К., Алиев М.А. Динамика и пути коррекции внутричерепного давления у пациентов с тяжелой черепно-мозговой травмой // *Вестник АГИУВ. – 2017. – №3. – С.42-47.*
5. Педаченко Е.Г., Шлопак И.П., Гук А.П. Черепно-мозговая травма: современные принципы неотложной помощи (2-е изд., перераб. и доп.) – Киев: ЗАО «Віпол», 2009. – 216 с.
6. Ыдырысов И.Т. Диагностика и лечение сочетанных травм (клиническое руководство) [Текст] / И.Т. Ыдырысов, К.Б. Ырысов. – Б.: 2017. – 92 с.
7. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Арынов М.К., Ырысов Б.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике травматических внутричерепных гематом (монография). – Ош, 2020. – 119 с.
8. Ырысов К.Б., Муратов А.Ы., Ыдырысов И.Т. Результаты клинико-инструментального исследования больных с травматическим сдавлением головного мозга // *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2018. – №2. – С.75-81.*
9. Ырысов К.Б. Диагностическое и прогностическое значение данных магнитно-резонансной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме [Текст] / К.Б. Ырысов, К.А. Азимбаев, Б.К. Ырысов // *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2016. – №7. – С. 64-70.*
10. Ayaz H., Izzetoglu M., Dor B. Early diagnosis of traumatic intracranial hematomas // *J Biomed Opt. – 2019. – May; 24(5). – P. 051411. doi: 10.1117/1.JBO.24.5.051411.*
11. Bhau K.S., Dhar S., Chrungoo R.K. Traumatic extradural hematoma – role of non-surgical management and reasons for conversion // *Indian J Surg. – 2010. – 72. – P. 124-129.*
12. Carney N., Totten A.M., O'Reilly C. Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. Fourth edition // *Neurosurgery. – 2017, #1, 80. – P. 6-15.*
13. Karibe H., Hayashi T., Tominaga T. Surgical Management of Traumatic Acute Subdural Hematoma in Adults: A Review // *Neurol Med Chir (Tokyo). – 2014. – 54(11). – P. 887–894. doi: 10.2176/nmc.ra.2014-0204.*
14. Maugeri R., Anderson D.G., Iacopino D.G. Conservative vs. Surgical Management of Post-Traumatic Epidural Hematoma: A Case and Review of Literature // *Am J Case Rep. – 2015. – 16. – P. 811–817. doi: 10.12659/AJCR.895231.*
15. Ydyrysov I., Yrysov B., Kalyev K., & Yrysov K. General description of organizing special care in severe combined traumatic brain injury in Osh region of Kyrgyz Republic // *Likarska Sprava. – 2019. – (5-6). – P. 106-110. doi.org/ 10.31640/JVD.5-6.2019(14).*

УДК: 616.714:616.831-001.3/.4]-07-089

КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ И НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫХ ДАННЫХ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

**М.М. Базарбеков, М. Авазали уулу, А.Т. Бакасов, А.М. Насиров,
Ж.И. Кудайбердиева, Т. Абдыкапар уулу**

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

E-mail: keneshbek.yrysov@gmail.com

Представлены результаты анализа клинических данных и результатов лечения 128 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Возраст больных варьировал от 16 до 85 лет, 69 из них были оперированы. Все больные поступали с глубокими нарушениями сознания: в сопоре – 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме 2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, нарушения сознания, кома, сопор, внутричерепные кровоизлияния, исход, прогноз.

ООР БАШ-МЭЭ ЖАРАКАТЫНДАГЫ КЛИНИКАЛЫК ЖАНА НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯЛЫК МААЛЫМАТТАРДЫН КОРРЕЛЯЦИЯСЫ

**М.М. Базарбеков, М. Авазали уулу, А.Т. Бакасов, А.М. Насиров,
Ж.И. Кудайбердиева, Т. Абдыкапар уулу**

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

Макалада оор баш-мээ жаракатынан жабыркаган 128 бейтаптын клиникалык жана нейровизуализациялык жыйынтыктарына талдоо берилген. Бейтаптардын курагы 16 жаштан 85 жашка чейин болгон, 69 бейтапка операция жасалган. Бардык бейтаптар эс-учунун терең бузулуулары менен келип түшүшкөн: сопордо - 17 киши (Глазго шкаласы боюнча 7-9 балл), комада 119 (Глазго шкаласы боюнча 3-5 балл). Бейтаптарда ар кандай жайгашуудагы баш-мээнин эзилүүсү аныкталган.

Негизги сөздөр: баш-мээ жаракаты, эс-учунун бузулуулары, кома, сопор, баш-сөөк ичиндеги гематома, акыбети, божомол.

CORRELATION OF CLINICAL AND NEUROIMAGING DATA IN SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

**M.M. Bazarbekov, M. Avazali uulu, A.T. Bakasov, A.M. Nasirov,
J.I. Kudaiberdieva, T. Abdykapar uulu**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, Dpt of Neurosurgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

It was analyzed clinical data and results of management in 128 series with acute stage of Skull Brain injury. Patients age varied from 16 to 85 years, 69 of them underwent surgery. All patients admitted with deep disturbances of consciousness: in spoor 17 patients (7-9 scores according to the Glasgow coma scale), in coma of 1-2nd grade 67 patients and in coma of 2-3rd grade 42 patients (305 scores according to the Glasgow coma scale). The Brain contusion of different location was diagnosed in all patients.

Key words: traumatic brain injury, disturbances of consciousness, coma, sopor, intracranial hemorrhages, outcome, prognosis.

Введение. Несмотря на значительные успехи в изучении патофизиологии тяжелых травматических повреждений головного мозга, внедрение новых методов диагностики и лечения летальность при тяжелой черепно-мозговой травме (ТЧМТ) остается высокой и не имеет тенденции к снижению. В последние годы отмечается значительный рост больных в коматозном и вегетативном состоянии [1-4].

Клиника нарастающей компрессии мозга манифестирует, прежде всего, дислокационным синдромом. Установление причин дислокации, несмотря на расширяющееся внедрение компьютерно-томографических методов исследования, все еще во многих случаях представляет трудности. Больным с политравмой, находящимся на ИВЛ, провести КТ или МРТ технически сложно. В то же время определение достоверных критериев прогрессирующей дислокации определяет тактику и степень

неотложности лечебных мероприятий [5-10].

Прогнозирование исходов травматического сдавления головного мозга имеет большое значение для предупреждения и своевременной коррекции развивающихся осложнений. В последнее время с этой целью стали широко применяться различные варианты многофакторного анализа. Использование подобных моделей позволяет не только определить факторы, достоверно влияющие на прогноз, но и оценить их раздельный вклад в его развитие [11-15].

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

Материал и методы исследования

Представлен анализ результатов лечения и исходов у 128 больных в остром периоде тяжелой ЧМТ. Возраст

больных варьировал от 16 до 85 лет, 69 из них были оперированы. Все больные поступили в клинику с глубокими нарушениями сознания: в сопоре – 17 человек (7-9 баллов по шкале Глазго), коме 1-2 ст. 67 и коме 2-3 ст. 42 пациентов (3-5 баллов по шкале Глазго). Объем обследования больных зависел от тяжести состояния и экстренных показаний к операции. У всех больных диагностированы ушибы головного мозга различной локализации, одиночные – 68, множественные – 37, в сочетании с эпи- и субдуральной гематомой – 93, в сочетании внутримозговой гематомой и вентрикулярным кровоизлиянием – 34, признаки диффузного аксонального повреждения и ушиба ствола мозга выявлены в 9 случаях. Летальный исход наступил у 89 больных (76%). Диагноз верифицировался по данным КТ/МРТ головного мозга 48 случаях, интраоперационно в 29 наблюдениях и 89 на аутопсии. Отмечено отсутствие динамики больных с тяжелой ЧМТ находящихся в коме 2-3 в 31 случае, в коме 1-2 у 29 пациентов, переход в вегетативное состояние 27, восстановление сознания 29. В вегетативном состоянии умерло 12 больных, выжило 15 больных, из них у 5 больных наблюдали выход из вегетативного состояния в течение от 0,5 до 3 лет.

С целью разработки объективных критериев прогноза тяжелой ЧМТ измеряли краниоventрикулярные индексы передних рогов боковых желудочков - Эванса, площадь третьего и четвертого желудочка, а также оценивалось состояние опоясывающей цистерны и объем очага паренхиматозного кровоизлияния.

Результаты исследования и обсуждение

Результаты анализа полученных данных нашего исследования показали, что объем кровоизлияния паренхиматозно был от 1 до 76 куб. см, субдурально и эпидурально до 250 куб см. Установлена связь между объемом кровоизлияния, уровнем расстройств сознания, индексом Эванса и исходом травматической болезни. У больных с кровоизлиянием объемом до 45 куб см. субдурально и 25 куб см. паренхиматозно индекс Эванса не превышал 30%, летальность до 56%. При превышении индекса Эванса свыше 30% и деформации опоясывающей цистерны летальность у больных находящихся в коме возрастала до 90%, восстановления сознания не наблюдалось, больные после 7-14 суток комы переходили в вегетативное состояние. Отек, дислокация головного мозга и субарахноидальное кровоизлияние наблюдалось в 27 случаях (31,5 % от умерших больных), при этом индекс Эванса превышал 40%. Все больные были в запредельной коме с признаками височно-тенториального и вклинения в большую затылочную воронку. Была выявлена связь между сроком выживания и количеством излившейся крови, чем больше был объем кровоизлияния тем больше было угнетение сознания и минимальный срок выживания. Этот факт позволил предположить, что более достоверным критерием для прогнозирования исхода тяжелой ЧМТ и срока выживания является сочетание определенного объема кровоизлияния и значение индекса Эванса.

Таблица 1 - Распределение больных по величине размеров гематом ($p < 0,05$)

Возраст больных в годах	<50 см ³	50-100 см ³	>100 см ³	Всего
< 20	1	3	2	19
21-40	5	9	7	21
41-60	5	9	11	25
61 <	3	4	15	22
Итого	27 (21,1%)	41 (32,0%)	60 (46,9%)	128 (100,0%)

Распределение больных по величине размеров гематом согласно таблице 1 показало следующие результаты: гематомы в объеме более 100 см³ отмечались у 60 (46,9%) пострадавших, в объеме 50-100 см³ гематомы выявлены у 41 (32,0%) больных, а гематомы величиной до 50 см³ были обнаружены у 27 (21,1%) больных ($p < 0,05$).

Кровоизлияния в паренхиму мозга на аутопсии были в 55 случаях. Объем паренхиматозного пропитывания колебался от 1,7 до 65 куб.см., в среднем до 25 куб.см. Прорыв крови в желудочки был отмечен у 13 больных. При кровоизлиянии в лобные доли 12 наблюдений, височные доли 9, затылочные 18, ствол мозга 3, сочетание очагов ушибов в 8 случаях. Мелкоточечные кровоизлияния на границе коры и белого вещества, перивентрикулярно и мозолистом теле отмечены в 5 наблюдениях и у 7 больных на аутопсии обнаружено расширение желудочковой системы и атрофия лобных долей.

В ходе проведения данной работы нами обнаружена связь между исходом заболевания и степенью сдавления 3 и 4 желудочка. Этот признак был выявлен у находящихся в глубокой коме и выявлен у 94% умерших больных. Деформация опоясывающей цистерны

явилась вторым по значимости этого исследования признаком и наблюдалась в 65% случаях. Была отмечена корреляция между объемом паренхиматозного кровоизлияния и исходом травмы. В подгруппе больных с множественными очагами кровоизлияния наблюдалось увеличение летальности до 96%, вместе с тем при одиночных очагах ушибов объемом до 15 куб. см. летальность не превышала 54%.

По результатам нашего исследования, положительный результат хирургического лечения травматических внутричерепных образований, исключительно зависит от проведения оперативного вмешательства до развития выраженного дислокационного синдрома, поэтому, длительная выжидательная тактика при подобных случаях не является оправданной. При многоочаговом или двустороннем поражении головного мозга предпочтительна широкая декомпрессионная трепанация черепа с удалением компрессирующих факторов со стороны большого объема вызывающей дислокации головного мозга, при этом, как показали наши исследования в динамике, создаются условия для санации неудаленных очагов иной, локализации. Следует подчеркнуть, что во всех случаях необходим индивидуальный подход

в оценке клиники заболевания с учетом возрастных особенностей, сопутствующей соматической патологии.

Выбор адекватного хирургического доступа, метода и объема его осуществления, должны направляться не только на сохранение жизни пациента, но и улучшение ее качества. Достаточно эффективными являются традиционные хирургические доступы, соответствующие локализации объемного по-

ражения мозга и обеспечивающие его адекватное удаление. Предпочтение следует отдавать формированию трепанационного окна методом выпиливания костного лоскута. По возможности использование в практике резекционной трепанации черепа методом выкусывания должно быть исключено, так как она по нашим данным значительно увеличивает инвалидизацию пострадавших на 30-40%.

Таблица 2 - Зависимость результатов лечения больных с травматическими внутричерепными гематомами от возраста ($p < 0,017$)

Исход	Возраст (в годах)	Итого				абс.	%
	< 20	21-40	41-60	61 <			
Умерло	1	2	3	5	11	8,6	
Улучшение	18	35	37	27	117	91,4	
Всего	19	37	40	32	128	100,0	

Таким образом, летальность при травматических внутричерепных гематомах у лиц до 40 летнего возраста составила 3 случая из 56, а среди больных 41-60 лет умерли 3 из 40, в группе больных старше 60 лет из 32 умерло 5 больных (табл. 2). Отмечена несомненная возрастная зависимость, характера нейрохирургического вмешательства с одной стороны и с другой стороны послеоперационного исхода ($p < 0,017$).

В зависимости от выраженности отека головного мозга операция заканчивается установкой костного лоскута на место или его удалением с консервацией в слабых растворах формалина. Резекционная трепанация черепа (методом скусывания кусачками) приемлема только при наличии в зоне оперативного вмешательства обширного мелкооскольчатого перелома, когда сформи-

ровать костный лоскут выпиливанием не представляется возможным. При наличии крупных отломков требуется их репозиция с фиксацией на клеевой основе или удаление с консервацией в формалине в зависимости от характера повреждения и выраженности отека мозга. Для декомпрессии головного мозга путем удаления внутричерепных гематом, очагов разможжения сопровождающихся массивным отеком головного мозга целесообразно применение широкой костно-пластической трепанации черепа.

Выводы:

1. Анализ результатов лечения показал, что наиболее достоверными КТ и МРТ показателями при прогнозировании исхода тяжелой ЧМТ при кровоизлияниях эпи, субдурально и парен-

химатозно являются объем кровоизлияния и индекс Эванса, которые имеют определенную взаимосвязь. При превышении индекса Эванса свыше 30% и деформации опоясывающей цистерны летальность у больных находящихся в коме возрастала до 90%, восстановления сознания не наблюдалось, больные после 7-14 суток комы переходили в вегетативное состояние.

2. Оценка комы у больных с тяжелой ЧМТ позволила дифференцированно применять методы консервативной терапии, а большой объем кровоизлияния, коматозное состояние больного при нестабильных витальных функциях не явилось противопоказанием к оперативному вмешательству.

3. Сдавление третьего и четвертого желудочка с деформацией опоясывающей цистерны по данным КТ/МРТ у больных находящихся в коме является неблагоприятным фактором. Наиболее достоверным фактором является корреляция между данными КТ/МРТ и данными аутопсии, что может быть полезно при обследовании больных находящихся в глубокой коме с тяжелой ЧМТ.

Литература

1. Коновалов А.Н. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / А.Н. Коновалов, Л.Б. Лихтерман, А.А. Потапов и соавт. - М., 1998.-Т. 1.-549 с.
2. Лебедев В.В. Неотложная нейрохирургия: Рук. для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. - М., 2000.- 568 с.
3. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургические проблемы очаговых поражений головного мозга. – Бишкек: Алтын тамга, 2010. – 190 с.
4. Пурас Ю.В. Прогнозирование исходов хирургического лечения тяжелой черепно-мозговой травмы // Поленовские чтения: Всерос. науч.-практ. конф. - СПб., 2017. - С. 50-51.
5. Сочетанная черепно-мозговая травма: диагностика и лечение (монография) / К.Б. Ырысов, И.Т. Ыдырысов, З.А. Туйбаев, К.М. Мамашарипов, О.И. Курбанбаев. – Ош, 2019. – 190 с.
6. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология. - Медицинская литература, 2004.- 944 с.
7. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Арынов М.К., Ырысов Б.К. Магнитно-резонансная томография в диагностике травматических внутричерепных гематом (монография). – Ош, 2020. – 119 с.
8. Ырысов К.Б., Азимбаев К.А., Каримов С.К. Диагностика и лечение открытой черепно-мозговой травмы с базальной ликвореей // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2020. – №1. - С. 37-42.
9. Bullock R., Tesdale A. Surgical management of traumatic intracranial hematomas. - Elsevier, Amsterdam, 2018. - P. 249-198.
10. Faleiro R.M., Faleiro L.C., Caetano E. Decompressive craniotomy: prognostic factors and complications in 89 patients // Arq Neuropsiquiatr. - 2018. - Vol. 66 (2B). – P. 369-73.

11. Kelly D., Dobrstein C., Becker D. *General principles of head injury management* // In "Neurotrauma", eds. Narayan R. Ketal., McGraw-Hill. - 2016. - P.71-101.
12. Robinson R.G. *Acute intracranial hematoma: surgical management in 133 patients* [Text] / R.G. Robinson // *J Neurosurg.*, 2019. - Vol. 61, N 2. - P.263-268.
13. Wagner A.K. *Intentional traumatic brain injury: epidemiology, risk factors, and associations with injury severity and mortality* [Text] / A.K. Wagner // *J Trauma.* 2018; 49(3):404–410.
14. Wong C.W. *Criteria for treatment of supratentorial acute subdural haematomas* [Text] / C.W. Wong // *Acta Neurochir.* - 2017. - Vol.135, N 1-2. - P. 38-43.
15. Ydyrysov I., Yrysov B., Kalyev K., Yrysov K. *General description of organizing special care in severe combined traumatic brain injury in Osh region of Kyrgyz Republic* // *Likarska Sprava.* - 2019. - (5-6). – P. 106-110.

УДК 616.348-002.4-053-31

**ДИНАМИКА РОСТА АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА
У ДЕТЕЙ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ****Т.О. Омурбеков¹, У.Д. Орозоев², М.Ж. Самсалиев¹, В.Н. Порощай³**¹Кыргызская Государственная Медицинская академия им. И.К.Ахунбаева²Городская детская клиническая больница скорой медицинской помощи³Кыргызско-Российский Славянский университет

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: detskaya.hirurgya@gmail.com

Резюме. В статье проведен анализ частоты оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и его осложнённых форм. Применение перчаточного дренажа в комплексном лечении аппендикулярного перитонита улучшает конечные результаты в раннем и позднем послеоперационном периоде у детей.

Ключевые слова: острый аппендикулярный, перитонит, перчаточный дренаж, брюшная полость, микрофлора, бакпосев, дети.

**БАЛДАРДЫН АППЕНДИКУЛЯРДЫК
ПЕРИТОНИТТЕРИНИН ОСУУ ДИНАМИКАСЫ ЖАНА АНЫ
ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ****Т.О. Омурбеков¹, У.Д. Орозоев², М.Ж. Самсалиев¹, В.Н. Порощай³**¹И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык академиясы²Шаардык медициналык тези жардан балдар клиникалык ооруканасы³Кыргыз-Россия (Славян) университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада сокур ичегинин курч сезгениши жана анын татаалдашкан формаларын оперативдик кийлигишуулорунун санына анализ жасалган. Аппендикулярдык перитониттерде мээлей дренажын пайдалануу операциядан кийинки мезгилдеги акыркы жыйынтыктарды жакшыртат.

Негизги сөздөр: Курч аппендикулярдык, перитонит, мээлей дренажы, ич кондойу, микрофлора, бактериялык себуу, балдар.

DYNAMICS OF GROWTH OF APPENDICULAR PERITONITIS AT CHILDREN AND THE RESULTS OF ITS TREATMENT

T.O. Omurbekov¹, U.D. Orozoev², M.Zh. Samsaliev¹, V.N. Poroshchai³

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

²City Children's Clinical Emergency Hospital

³Kyrgyz-Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article analyzes the frequency of surgical interventions for acute appendicitis and complicated forms. The use of glove drainage in the complex treatment of appendicular peritonitis improves end results in the early and late postoperative period in children.

Key words: acute appendicitis, peritonitis, glove rubber drain, abdominal cavity, microflora, bacterial culture, children.

Актуальность. Острый аппендицит у детей – одно из наиболее частых заболеваний, требующих хирургического лечения и занимает первое место среди всех экстренных оперативных вмешательств на органах брюшной полости [1,2]. Трудности диагностики аппендицита, связанные с особенностями детского организма, часто приводят к деструктивным изменениям червеобразного отростка, перфорации и развитием перитонита [3,4]. Аппендикулярный перитонит является основной причиной развития у детей сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности [5], летальность при данной патологии в разных возрастных группах составляет в среднем 0,2-2,3%, а у новорожденных достигает 80% случаев [6]. Лечение является достаточно сложной задачей и включает в себя устранение причины вызывающей патологический процесс, улучшение функции органов, снижение послеоперационных осложнений, а также косметический резуль-

тат. Но, не смотря на значительное улучшение результатов диагностики и лечения аппендицита у детей, послеоперационные осложнения в последние годы сохраняются на уровне 10-15%, и не имеют тенденции к снижению [7,8], что свидетельствует о необходимости дальнейшего изучения вопроса диагностики, лечения и профилактики осложнений аппендикулярного перитонита.

Цель исследования: изучить частоту осложнённых форм аппендицита и результаты лечения детей с аппендикулярным перитонитом.

Материалы и методы исследования

Нами на базе городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек за период 2014-18 гг., наблюдались 3580 детей с острым аппендицитом в возрасте от 1 года до 16 лет, длительность заболевания составляла от нескольких часов до 7 суток. Больным проведено комплексное лечение включавшее: экстренное хирургическое вмешательство

в брюшной полости с удалением патологического очага инфекции и интенсивная терапия. Осложнённые формы аппендицита выявлены у 627 (17,5%) пациентов. Всем больным проводились общепринятые методы обследования: общий анализ крови, мочи; УЗИ орга-

нов брюшной полости, почек; обзорная рентгенография брюшной полости, грудной клетки, и биохимические анализы крови по показаниям. Частота оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита и осложнённых форм, представлена на рисунке.



Рис. Динамика роста оперативных вмешательств и осложнённых форм аппендицита у детей.

Как видно из рисунка, за последние годы, отмечается увеличение хирургических вмешательств у детей по поводу острого аппендицита и незначительное снижение его осложнённых форм. Это, видимо, связано с увеличением детского населения, ранней диагностикой и своевременным обращением пациентов в специализированные медицинские учреждения.

Результаты и их обсуждение

Во время обследования пациентов выявлены сопутствующие заболевания у 268 (7,5%) острые респираторные вирусные инфекции, у 106 (2,9%) дискинезии желчевыводящих путей, у 48 (1,3%) пневмония, 22 (0,6%) мочекаменная болезнь, 12 (0,3%) врождённые

пороки развития мочевыделительной системы, что требовало проведения дополнительных методов исследования с целью дифференциальной диагностики. Всем больным аппендэктомия выполнялась по классической методике, открытым способом из доступа по Волковичу-Дьяконову. Вопрос оперативного доступа связан с оснащённостью больницы и наличием сертифицированных кадров [3]. Основными критериями в рамках классификации острого аппендицита мы рассматривали клинко-морфологические изменения червеобразного отростка и осложнения связанные с распространением гнойного экссудата с учётом деления брюшной полости на анатомические

области. Структура морфологических изменений червеобразного отростка и осложнённых форм аппендицита представлена в таблице.

Таблица - Деструктивные и осложнённые формы острого аппендицита у детей

Деструктивные формы аппендицита		Осложнённые формы			
		Перитонит		Абсцедирующая	
Флегмонозный	26 (4,1%)	Местный	132 (21%)	Периаппендикулярный абсцесс	72 (11,5%)
Гангренозный	49 (7,8%)	Разлитой	176 (28,1%)	Аппендикулярный инфильтрат	16 (2,5%)
Гангренозно-перфоративный	552 (88,1%)	Диффузный	319 (50,9%)		

Как видно из таблицы, в наших наблюдениях наиболее часто из деструктивных форм аппендицита у детей, выявлялась гангренозно-перфоративная, осложнённая диффузным или разлитым перитонитом, при этом тифлит отмечен у 195 (31,1%), оментит у 165 (26,3%), илеит у 36 (5,7%) пациентов. Во многом, характер и тяжесть изменений зависят от выраженности микробной агрессии и их ассоциаций [1,6]. В наших наблюдениях микрофлора брюшной полости была представлена ассоциациями кишечной палочки (19,8%) с кокковой флорой (49,3%) и другими штаммами (30,9%) представляющие условно-патогенную флору, колонизирующуюся в кишечнике. Повышение вирулентности и антибиотикорезистентность штаммов зачастую затрудняет проведение антибактериальной терапии, что может привести к развитию сепсиса [7,9]. Данные исследования учитывались при проведении лечения пациентов с осложнёнными формами аппендицита. Многообразие патологических процессов при аппен-

дикулярном перитоните требует комплексного подхода в лечении данной категории больных, направленное на устранение источника инфекции, рациональная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, коррекция нарушений гомеостаза. Лечение пациента начинали по установлению диагноза с предоперационной подготовки, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений и внутривенным введением антибиотиков за 30 минут до операции. В качестве стартовой терапии использовали цефалоспоринов II, III поколения, что позволяло эффективно воздействовать на многие аэробные и анаэробные микроорганизмы и могло использоваться в качестве монотерапии. При необходимости применялась комбинированная терапия с метронидазолом и аминогликазидами. Основным звеном в лечении аппендикулярного перитонита – является своевременное хирургическое вмешательство, направленное на санацию очага инфекции. Мы придерживаемся отработанной за многие годы методики, которая зави-

сит от формы перитонита и включает в себя: лапаротомию, эвакуацию экссудата, устранение источника инфекции, санацию и дренирование брюшной полости. Устранение источника инфекции и тщательная санация брюшной полости путём аспирации гнойного выпота без промывания [2] и установления перчаточного дренажа во многом определяет эффективность и благоприятное течение послеоперационного периода. На сегодняшний момент много вопросов и обсуждений о наиболее эффективном дренировании брюшной полости для обеспечения адекватной эвакуации содержимого. Но дренирование брюшной полости при перитоните, должно проводиться по строгим показаниям. Предлагается множество вариантов и материалов для осуществления поставленных вопросов – применение марлевых тампонов, «сигарных», полихлорвиниловых или силиконовых трубок, резиновых выпускников, коллагена, лизосорбента, декстраны, углеродных сорбентов и другими материалами [10,11,12]. Но пассивное дренирование брюшной полости не обеспечивает адекватного оттока экссудата, а дренажные трубки теряют проходимость в 80% случаев в первые сутки после операции [2], что приводит к неполной санации источника перитонита [13,14]. Нами в послеоперационном периоде при аппендикулярном перитоните для адекватного оттока экссудата из брюшной полости используется перчаточный дренаж, который подводится к ложу червеобразного отростка (не закручивая) и выводится наружу. Послойные швы на рану, отсроченные на кожу. Суть дренирования заключается в том,

что на следующий день после операции проводится прокручивание дренажа по часовой стрелке в три оборота, таким образом, создавая своеобразный насос (активный дренаж), а повышение давления в брюшной полости, формирует условия для полноценного оттока содержимого. Сроки дренирования колебались от 4 до 6 суток, при этой методике дренирования значительно сократились случаи ранней и поздней спаечной непроходимости и формирования внутрибрюшного абсцесса. Смену антибиотика проводили при развитии послеоперационных осложнений и неэффективности проводимой антибактериальной терапии. Полноценное обеспечение питательными ингредиентами необходимый элемент в лечении аппендикулярного перитонита. Энтеральное кормление назначали через 6-8 часов после операции в зависимости от функции желудочно-кишечного тракта, а парентеральное питание сразу после операции. Проведение интенсивной терапии включало, улучшение реологии крови, микроциркуляции, моторики кишечника, профилактику и коррекцию иммунодефицита. В обязательном порядке после стихания острого процесса в брюшной полости назначали специфическую противовоспалительную терапию 2-3-х недельным курсом, с целью профилактики спаечной кишечной непроходимости.

Заключение

Таким образом, за последние годы отмечается увеличение активности оперативных вмешательств по поводу острого аппендицита у детей, но наряду с этим его осложнённые формы имеют тенденцию к снижению.

Комплексное лечение аппендикулярного перитонита с применением перчаточного дренажа брюшной полости, позволило улучшить течение послеоперационного периода и уменьшить число осложнений, связанных с формированием абсцесса и спаечной непроходимостью до 3,8%.

Литература

1. Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис /Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич //Русский медицинский журнал. – 1999. - №5(7). – С.6.
2. Гостищев В.К. Антибактериальная профилактика инфекционных осложнений в хирургии/ В.К. Гостищев// Методические рекомендации. Изд. при поддержке Glaxo Wellcjtme. М., 2001.-8 с.
3. Долецкий С.Я. Осложнённый аппендицит у детей / С.Я. Долецкий, В.Е. Щитинина, А. В. Арапова. – М.: Медицина, 1982. – 96 с.
4. Макоха Н.С. Открытый метод лечения разлитого гнойного перитонита / Н.С. Макоха. – М.: Медицина, 1967. - 45с.
5. Лечение аппендикулярного перитонита у детей / [О.В. Карасёва, Л.М. Рошаль, А.Б. Брянцев и др.] // Детская хирургия. – 2007. - №3. – С. 23-27.
6. Гусак С.Н. Современные причины поздней диагностики острого аппендицита у детей / С.Н. Гусак // Детская хирургия. – 2017. – Т 21, №4. –С. 123.
7. Диагностика и лечение острого аппендицита и аппендикулярного перитонита у детей / [К.Т. Турсунов, А.К. Ормантаев, Д.Б. Рузиддинов и др.] // Российский вестник детской хирургии и анестезиологии.-2014.-Т. 4, №2. – С. 37-40.
8. Этапная диагностика и лечебная тактика при хирургических заболеваниях детского возраста / [В. Ф. Доронин, Ю. М. Вереютин, С. В. Минаев и др.] // Учебно-методическое пособие. – Ставрополь: Изд. СтГМА, 2003. – 131 с.
9. Тараканов В.А. Принципы комплексного лечения детей раннего возраста с гнойно-септическими заболеваниями / В.А. Тараканов, И.В. Нестеров, А.Н. Луняка // Детская хирургия. – 1998. - №2. – С. 15-18.
10. Генералов А.И. О дренировании брюшной полости у детей при аппендикулярном перитоните /А.И. Генералов//Вопросы охраны материнства и детства. -1977.- №12: - С.16-22
- 11.Брожик В.Н. Оптимизация комплексного лечения местного перитонита аппендикулярного генеза у детей: автореф. дисс. канд. мед. наук/В.Н.Брожник; Донецк.- М.; 2001. - 27 с.
12. Буянов В.М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита /В.М. Буянов, Т.И. Ахметели, Н.Б. Ломидзе //Хирургия. -1997. -№8. – С. 4-8.
13. Mikulicz G. Uber die Anwenduhg der Antisepsis bie Laparotomien, mit besonderer Rucksicht aufdie Drainage der Poritonealhole / G.Mikulicz // Arch. Klin. Chir. – 1881. – Bd. 26. - №1. – S. 111-150.
14. Lervstive man cons Recurrent appendicitis after intia Gement of appendiceal abscess [Prince M.R., Haase G.M., Sartorelli K.H. et al.] //J. Pediatr. Surg. - 1996. Voi. 31. No. 2. - P. 291 – 294.

ОПЕРАЦИЯ УБАГЫНДАГЫ ЭХИНОКОККОЗ ДАРТЫНЫН КАЙТАЛАНМА ТҮРЛӨРҮНҮН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫ

М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков, Р.М. Баширов, Б.С. Ниязов

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

E-mail: musa-aliev-69@mail.ru

Корутунду. 173 бейтаптын эхинококк мите курттарын декасан аралашмасы менен зыянсыздандыруу боюнча жыйынтыктар көрсөтүлгөн. Анда декасан антисептигинин 4-5 мүнөттүк экспозициясы жана фиброздук чел кабыкка куйуусу дагы бир жолу такталды. Бул көрсөтмө эхинококкоз дартынын кайталанма түрүнүн алдын алуу үчүн колдонулду. Операциядан кийинки байкоолордо кабылдоолор жана дарттын кайталанма түрү болгон жок.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, зыянсыздандыруу, 0,02% декасан аралашмасы, дарттын кайталанма түрү

ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВА ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

М.Ж. Алиев, Т.А. Калыбеков, Р.М. Баширов, Б.С. Ниязов

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

Резюме. Представлены результаты обеззараживания плодоносных элементов эхинококка содержимого кисты у 173 больных антисептиком декасан 0,02% с экспозицией 4-5 минут и введение препарата в фиброзную капсулу и перикапсулярную ткань печени при органосохраняющих операциях с целью профилактики рецидива болезни и нагноительно-воспалительных процессов остаточных полостей при осложненных формах эхинококкоза. В после операционном наблюдении осложнение и рецидива болезни не возникло.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, обеззараживание, декасан 0,02% раствор, рецидив.

INTRAOPERATIVE MEASURES FOR THE PREVENTION OF THE RECURRENCE OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

M.Zh. Aliev, T.A. Kalybekov, R.M. Bashirov, B.S. Niazov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The results of decontamination of fertile elements of echinococcus cyst contents in 173 patients with antiseptic dexane 0.02% with an exposure of 4-5 minutes and the drug introduction into a fibrous capsule and pericapsular liver tissue during organ-sparing operations in order to prevent recurrence of the disease and inflammatory processes of residual cavities with complicated forms of echinococcosis. A complication and recurrence of the disease in the post-operative observation did not occur.

Key words: liver, echinococcosis, disinfection, dexane 0.02% solution, relapse.

Кириш сөз. Эхинококкоз даргы дүйнө жүзү боюнча кеңири таркалган илдет жана Кыргыз Республикасы да эндемиялык аймак болуп саналат, анткени мал чарбачылыгы боюнча өнүккөн өлкө болуп эсептелет [1,2].

Мурунку 20-30 жыл аралыгы боюнча салыштырмалуу маалымат каражаттарынын, окумуштуу-изилдөөчүлөрдүн изилдөө булактарынын негизи боюнча акыркы 10-15 жыл аралыгында эхинококкоз даргы Кыргызстанда 4-5 эсе көбөйүп кеткен. Кыргыз мамлекеттик санитардык-эпидемиялык көзөмөлдөө борборунун жылдык билдирмеси боюнча (2015) азыркы мезгилде операция болгондордун саны жылына 1000 бейтапка чейин жетет, бул даргтын билинген белгилери менен кайрылгандары эле [3,4].

Мурун бейтаптар мал чарбачылыгы менен алектенген чарбакерлердин арасында эле байкалса, азыркы учурда шаар жашоочуларынын арасында да арбын кездеше баштады. Бул калктын социалдык-жашоо шарттары жана даргтын алдын алуу чараларынын же-

тишээрлик деңгееде чечилбеген маселелери менен түшүндүрүлөт.

Эхинококкоз даргы жалпы организм мүчөлөрүн жабыркоого алып келет жана ар кандай жаш куракта кездешет, кээде майыптыкка, жада калса өлүмгө да алып келген учурлар кездешпей койбойт.

Эхинококкоз даргын дарылоодо көптөгөн операциялык сунуштар, ыкмалар жана алдын алуу чаралары колдонулуп келет, бирок операциядан кийинки эхинококкоздун кайталанма түрү ар кандай адабий булактардагы маалыматтар боюнча 10-38% га чейин жеткен көрсөткүчтөрү көп байкалат [5,6]. Бул өтө көп көрсөткүч болуп саналат.

Операция убагындагы колдонулган апаразитардык жана антипаразитардык ыкмалар операциянын натыйжаларын жогорулатат, бирок кайталанма түрлөрүн өстүртпөй коюуга толук бөгөт боло албайт [7].

Көптөгөн изилдөөчүлөрдүн ойлору боюнча эхинококкоз даргынын кайрадан пайда болуусуна эхинококк ыйлаакчасынын фиброздук чел кабыгы се-

беп дешет, анткени анын ички бетинде көптөгөн эхинококк мите курттарынын түйүлдүктөрү, протосколекс моюнчаларынын атайын чыгаруучу түтүкчөлөрү жайгашкан, булар дарттын кайталанма түрлөрүнүн өөрчүшүнүн бирден-бир себеби [6,8]. Дарттын кайталанма түрлөрүнүн өөрчүшү жана көндөйчөнүн ириндөөсү боюнча хирургия илиминде фиброздук чел кабык азыркы күндө да чечилбеген талаш-тартыш суроо болуп келет [6,8,9]. Окумуштуулардын изилдөөлөрүнүн негизиндеги тыянактар боюнча бара-бара фиброздук чел кабык мите куртун түйүлдүктөрүнө жана ар кандай сезгенүүлөргө сиңиримдүү келет [10,11], ошондуктан көбүнчө операциядан кийин өөрчүй турган ар кандай кабылдоолорго алып келет.

Ошол себептен эхинококкоз дартын дарылоо – бул операция жолу менен гана жүргүзүлөт. Операциянын маңызы – ыйлаакчанын ичиндегисин жууп тазалоо, аны мите куртка каршы зыянсыздандыруу жана андан калган көндөйчөнү жоюу [12,13].

Биз тажрыйба жүргүзгөндө эхинококк мите курттарын декасан антисептик аралашмасы менен зыянсыздандырып турдук, анткени ал мурун ириң сезгенүүлөрүн дарылоодо жана анын алдын алуу боюнча кеңири колдонулуп келген дарылардын бири болуп саналат.

Декасан антисептиги эхинококк мите курттарына каршы турууда өзүн эксперименталдык жана клиникалык изилдөө шарттарында көрсөтө алды жана дарттын кайталанма түрлөрүнүн алдын алууда да өзүнүн маанилүү жакшы сапаттарын көрсөттү [14]. Ошол себептен биз ишибизде анын жогоруда көрсөткөн сапаттары боюнча ишибизди уланттык.

Андан башка адабият булактары боюнча декасан 0,02% аралашмасы көп кырдуу сапаттагы антисептик болуп саналат [14,15,16,17].

Изилдөөнүн максаты: декасан антисептигинин эхинококк ыйлаакчасынын мите куртун жана фиброздук чел кабыктын айланасындагы митекурттарды зыянсыздандыруу боюнча бааланышы.

Куралдар жана изилдөө ыкмалары

Биздин көзөмөлдө эхинококкоз дартына чалдыккан 173 бейтап болду, анын ичинен эркектер 99 (57,2%), аялдар 74 (42,8%) бейтапты түздү, алар 16дан 75 жашка чейинки бейтаптар. Эхинококкоздун ириндүү түрү 46 (26,6%), ириң сымалдуу түрү 39 (22,5%), фиброздук чел кабыктын таш сымал катып ириндөөсү – 3 (1,7%), кайталанма түрү – 18 (10,4%), эхинококк ыйлаакчасынын өт түтүкчөлөрүн көздөй жайылуусу – 3 (1,7%), эхинококк ыйлаакчасынын курсак көндөйүнө жайылуусу – 4 (2,4%) жана калгандары эхинококкоз дартынын жөнөкөй түрү 60 (34,7%) бейтапты түздү.

Биз жумуштун башталышында белгилүү окумуштуу Б.А. Акматовдун [1] *in vitro* ыкмасы менен декасан антисептигинин мите курттарга канча убакыт аралыгында таасир тийгизерин байкадык. Анткени 1% эозин боёк аралашмасы аркылуу боёп, микроскоптун жардамы менен караганда өлгөн мите курттар кара көк кир сымалдуу түсүн өзгөртөт, ал эми таасири тийбегендери өзгөрүүсүз калышат. Мурункудай эле мите курттарды зыянсыздандыргандан кийин, эхинококкоз дартынын татаалданган түрлөрүндө, өзгөчө хитин чел кабыгынын бүтүн эместигин аныктагандан кийин фиброздук чел

кабыкка жана анын айланасына 5-10 мл көлөмдөгү декасан антисептигин жылуу түрүндө куйдук. Анткени бул ыкма көңдөйчөнүн ириңдеп кетишинен жана дарттын кайталанма түрлөрүнөн сактайт. Ыкма изилдөөчү А.И. Мусаев жана М.Ж. Алиев тарабынан эксперименталдык жана клиникалык тажрыйбада тастыкталган [18]. Ыйлаакчанын ичиндеги суюктуктар курсак көңдөйүнө, өт түтүкчөлөрүнө жайылып кеткен учурларда декасан 0,02% антисептиги менен 4-5 мүнөт аралыгында зыянсыздандырылды. Эхинококкэктомия операциясын бүтөөрдө фиброздук чел кабыктын калган бөлүгүнө жылуу декасан антисептигин 5-10 мл көлөмдө кошумча куйдук.

Жыйынтыктар жана аларды талкуулоо

Биздин клиникалык байкоолордун негизинде «in vitro», декасан 0,02% антисептиги эхинококк мите курттарынын түйүлдүктөрүн 5 мүнөт аралыгында зыянсыздандырып жок кыларына толук ишендик.

Эксперименталдык изилдөөнүн негизинде [14], биз эхинококкоз дартына чалдыккан 69 кайталанма түрлөрүнө коркунуч бар бейтаптарга операция убагында фиброздук чел кабыгына жана анын айланасына кошумча жылуу декасан антисептигин 5-10 мл көлөмүндө куйдук, бул ыкма дарттын кайталанма түрүнүн алдын алуу үчүн колдонулду. Бул бейтаптарды операциядан кийинки убактарда үй-бүлөлүк топтогу дарыгерлер менен чогуу диспансердик көзөмөлгө алдык. Алар өз убагында химиялык профилактикалык дарыларын алып турушту жана биздин көзөмөлдө 3 жылга чейин болушту.

Белгиленген мерчемдер боюнча өз убагында изилдөөлөрдөн өтүп турушту, анализдеринде өзгөрүүлөр болгон жок. Бул бейтаптардын арасында эхинококкоз дартынын кайталанма түрүнүн өөрчүү белгилери байкалган жок.

Ошол себептен, биздин изилдөөлөр жана байкоолордун негизинде дагы бир жолу декасан антисептигинин эхинококк мите куртун зыянсыздандыруу боюнча клиникалык дарылоодо өз жолун тапты жана антисептиктин терс таасирдүү эмес экендигин, аны колдонгондо боордун, бөйрөк тутумдарынын функционалдык иштешине зыян келтирбеши тастыкталды.

Жыйынтыктар:

1. 0,02% декасан антисептиги эхинококк мите куртуна каршы жогорку сапаттагы химиялык зат болуп эсептелет.
2. Антисептик салыштырмалуу кыска убакыт аралыгында эхинококк мите куртуна таасирин тийгизе алат.
3. Декасан антисептигин клиникаларда эхинококк мите куртуна каршы жана дарттын кайталанма түрлөрүнүн алдын алуу үчүн колдонсо болот жана аны фиброздук чел кабыкка куйганда боорго терс таасирин тийгизбейт.

Адабият

1. Акматов, Б.А. *Сборник научных трудов: Материалы научно-практической конференции [Текст] / Б.А. Акматов, М.Г. Кенжаев, А.М. Кенжаев // Современные методы диагностики эхинококкоза и меры профилактики его рецидива. В кн.: Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане. - Бишкек, 2002. - С. 8-11.*

2. Бебезов, Х.С. Сборник научных трудов: Материалы научно-практической конференции [Текст] / Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышаев // Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени. В кн.: Проблемы эхинококкоза в Кыргызстане. - Бишкек, 2002. - С. 22-27.
3. Оморов, Р.А. Заболеваемость эхинококкозом в Кыргызской Республике [Текст] / Р.А. Оморов, Ж.Т. Конурбаева, Р.М. Баширов // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - №14, Прил. 2. – С. 40-42.
4. Тойгомбаева, В.С. Паразитарные болезни человека [Текст] / В.С. Тойгомбаева. – Бишкек: Кыргызполиграфкомбинат, 2010. - 147 с.
5. Альперович, Б.И. Хирургические вмешательства при эхинококкозе и пути профилактики рецидива [Текст] / Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликкин, В.Н. Сало // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. - Т.10, №2. - С. 98-99.
6. Ахмедов, И.Г. Резидуальные фиброзные образования после эхинококкэктомии и их клиническое значение [Текст] / И.Г. Ахмедов, А.Г. Магомедов // Вестник хирургии. – 2006. - №1. – С. 27-33.
7. Клиническая оценка применения принципов апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза [Текст] / А.З. Вафин, А.Н. Айдемиров, А.В. Попов, У.Ш. Хушвактов // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т.13, №3. – С. 10-13.
8. Кахаров, М.А. Обоснование удаления фиброзной капсулы при эхинококкэктомии из печени [Текст] / М.А. Кахаров, В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский // Хирургия. - 2003. - №1. - С. 31-35.
9. Калиева, Д.К. Хирургическое лечение эхинококкоза [Текст] / Д.К. Калиева // Медицина-хирургия. – 2013. - №1. – С. 12-14.
10. Мамакеев, М.М. Результаты хирургического лечения паразитарных заболеваний печени [Текст] / М.М. Мамакеев, А.А. Сопуев, Е.А. Тилеков // Вестник Хирургии Казахстана. – 2012. - №1. – С. 100-101.
11. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе перидиафрагмальной локализации [Текст] / А.И. Мусаев, М.С. Айтназаров, К.Е. Овчаренко и др. // Центрально-Азиатский медицинский журнал. – 2008. - №14. – С. 79-81.
12. Альперович, Б.И. Хирургия печени [Текст] / Б.И. Альперович. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 352 с.
13. Вишневский, В.А. Эхинококкоз печени. Хирургическое лечение [Текст] / В.А. Вишневский, Р.З. Ефанов, Р.З. Икрамов // Доказательная гастроэнтерология. – 2013. - №2. – С. 18-24.
14. Алиев, М.Ж. Профилактика рецидива эхинококкоза [Текст] / М.Ж. Алиев, Б.Р. Жаналиев, Н.М. Мырзаканов // Известия вузов. - 2014. - №8. – С. 70-73.
15. Ковальчук, В.П. Результати експериментального і клінічного дослідження ефективності антисептичного препарату декасану [Текст] / В.П. Ковальчук, М.І. Гуменюк, В.В. Бікміров // Вісник Вінницького державного медичного університету. – 2002. - №2. - С. 292-294.
16. Фомин, П.Д. Применение антисептика Декасан при нагноительных процессах в мягких тканях [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Ліки України. – 2006. - №11. – С. 74-75.
17. Фомин, П.Д. Применение антисептика декасана в неотложной абдоминальной хирургии [Текст] / П.Д. Фомин, А.И. Лиссов, С.Н. Козлов // Клінічна Хірургія. – 2009. - Т.11, №12. – С. 98-100.
18. Мусаев А.И. Способ профилактики рецидива эхинококкоза печени. Патент на изобретение. Кыргызпатент. Бишкек, 2014. - №1692 / А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев.

УДК 616.25-002-089

**ДРЕНИРУЮЩИЕ МЕТОДИКИ И ТОРАКОТОМИЯ ПРИ
ТОРАКАЛЬНЫХ ТРАВМАХ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)****А.А. Сопуев¹, М.З. Султакеев², М.М. Ташиев²,
Т.М. Касымбеков², А.К. Кадыров¹**¹Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра Госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии²Национальный хирургический центр МЗ КР
г. Бишкек, Кыргызская Республика*E-mail: sopuev@gmail.com
kgmirba@mail.ru*

В первые четыре десятилетия жизни человека травмы являются основной причиной его смерти. Однако, травмы грудной клетки редко требуют инвазивных вмешательств. В частности, установка плеврального дренажа необходима в случаях нарушения плевральной целостности, вызывающих гемоторакс, пневмоторакс или гемопневмоторакс. Несмотря на то, что при гемотораксе традиционно использовались дренажи плевральной полости традиционного диаметра, последние данные ставят под сомнение эту методику, демонстрируя хорошие характеристики дренажей с небольшим диаметром и катетеры типа «Pigtail». Несмотря на то, что дренирование плевральной полости является рутинной хирургической манипуляцией, для того чтобы избежать осложнения, вплоть до смертельных, важным является обучение и практический опыт. Хирургическая ревизия при травмах грудной клетки проводится довольно редко, составляя менее 3%. Хирургическая ревизия более вероятна при проникающих ранениях, чем при тупых травмах. В этих случаях выполняется переднелатеральная торакотомия, реже - хирургические доступы типа «раскладушка» или «полураскладушка». У отдельных пациентов могут применяться минимально инвазивные методы. Большие рандомизированные исследования все еще необходимы для оценки и стандартизации новых методик при травмах грудной клетки.

Ключевые слова: травма грудной клетки, гемоторакс, пневмоторакс, дренирование плевральной полости, торакотомия.

КӨКҮРӨК ЖАРАКАТТАРЫНДА ТОРАКОТОМИЯ ЖАСОО ЖАНА ДРЕНАЖ КОЮУ (АДАБИЯТТАРГА СЕРЕП ЖАСОО)

**А.А. Сопуев¹, М.З. Султакеев², М.М. Ташиев²,
Т.М. Касымбеков², А.К. Кадыров¹**

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Госпиталдык хирургия жана оперативдик хирургия курсу кафедрасы

²Улуттук хирургиялык борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Адам өмүрүнүн алгачкы төрт он жылдыгында жаракаттар анын өлүмүнүн негизги себеби болуп эсептелет. Бирок, көкүрөк жаракаттары инвазивдик кийлигишүүлөрүн чанда талап кылат. Атап айтканда, гемоторакс, пневмоторакс же гемопневмоторакска алып келүүчү плевра бүтүндүгүнүн бузулушунда плевра дренажын коюу керек болот. Гемоторакста адаттагыдай диаметрде плерва көңдөйүнүн дренажы колдонулуп келгенине карабастан, акыркы маалыматтар бул ыкмага күмөн келтирип, кичинекей диаметрдеги дренаждардын жана «Pigtail» сыяктуу катетерлердин жакшы мүнөздөмөлөрүн көрсөтүп жатат. Плевра көңдөйүнө дренаж коюу күнүмдүк хирургиялык манипуляция болгонуна карабастан, өлүмгө чейин алып келе турган дарт татаалданууларын алдын алуу үчүн билим деңгээлин жогорулатып, практикалык тажрыйба алуу маанилүү болуп эсептелет. Көкүрөк жаракаттарында хирургиялык ревизия өтө чанда жасалып 3%дан кемин түзөт. Хирургиялык ревизия көкүрөк көңдөйүнө тешип кирген жаракаттарда тукул жаракаттарга караганда көп жасалат. Бул учурларда алдынкылатералдык торакотомия кылынат, кээ бирде «бүктөмө» же «жарымбүктөмө» түрүндөгү хирургиялык кирүү аткарылат. Кээ бир оорулууларда минималдуу инвазивдик ыкмалар колдонулат. Чоң рандомизацияланган изилдөөлөр көкүрөк жаракаттарын жаңы хирургиялык даарылоо ыкмаларына баа берүү жана аларды стандартташтыруу үчүн дагы эле керек.

Негизги сөздөр: көкүрөк жаракаттары, гемоторакс, пневмоторакс, плерва көңдөйүнө дренаж коюу, торакотомия.

DRAINING TECHNIQUES AND TORACOTOMY FOR THORACAL INJURIES (LITERATURE REVIEW)

**A.A. Sopuev¹, M.Z. Sultakeev², M.M. Tashiev²,
T.M. Kasymbekov², A.K. Kadyrov¹**

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Dep. of hospital surgery with operative surgery course

²National Surgical Center, Bishkek, the Kyrgyz Republic

In the first four decades of a person's life, injuries are the leading cause of death. However, chest injuries rarely require invasive procedures. In particular, the installation of pleural drainage is necessary in cases of violation of pleural integrity, causing hemothorax, pneumothorax or hemopneumothorax. Although traditional pleural drains have traditionally been used in hemothorax, recent data have challenged this technique, demonstrating good performance on small diameter drains and Pigtail catheters. Although pleural drainage is a routine surgical procedure, training and practical experience are essential to avoid complications, even fatal ones. Surgical revision for chest injuries is performed quite rarely, accounting for less than 3%. Surgical revision is more likely for penetrating wounds than for blunt injuries. In these cases, anterolateral thoracotomy is performed, less often - surgical approaches such as «clamshell» or «semi-folding». Minimally invasive techniques can be used in selected patients. Large randomized trials are still needed to evaluate and standardize new techniques for chest trauma.

Key words: chest trauma, hemothorax, pneumothorax, pleural drainage, thoracotomy.

Введение. Травмы грудной клетки являются одной из основных причин смертности от травм во всем мире, хотя существуют значительные географические различия. В США травмы грудной клетки являются причиной до 25% летальных исходов, связанных с травмой, из которых до 20% были вызваны проникающими травмами, такими как колотые и огнестрельные ранения. Русскоязычные исследования показывают 18,7% летальности в случаях травм грудной клетки, из которых 90% приходится на тупые травмы. Летальность сильно различается при стратификации по степени тяжести травмы, варьируя от 5 до 60% летальности при тупой тяжелой травме. Травма грудной клетки может привести к переломам ребер, разрыву плевры, повреждению других внутригрудных структур и может сопровождаться сопутствующей травмой головного мозга и брюшной полости. Часто пневмоторакс, гемоторакс или комбинированный гемопневмоторакс являются осложнением травмы, которая может

потребовать дренирования плевральной полости для эвакуации воздуха и жидкости с целью улучшения вентиляции легких и функции сердца [1].

Существует широко поддерживаемое соглашение между хирургами и врачами неотложной помощи по показаниям и технике введения грудных дренажей. Эта процедура считается необходимой в соответствии с принципами Advanced Trauma Life Support (ATLS) и Европейского травматологического курса (ETC). Тем не менее, управление дренажами после их введения в плевральную полость у пациентов с травмами все еще является предметом серьезных дискуссий. В частности, является ли предпочтительным использование пассивно-гравитационного оттока с использованием «водяного замка» или аспирационные методики с созданием активной аспирации для достижения полного расширения легких и восстановления их нормальной функции [2].

Радикальные хирургические операции посредством традиционных широ-

ких доступов (так называемая «открытая хирургия», в англоязычных публикациях «open surgery») позволяют быстро устранить повреждения органов грудной клетки, остановить кровотечение, устранить гемоторакс и т.д. Поэтому в некоторых научных и лечебных центрах торакотомия занимает ведущее место, составляя 60-70%. Одновременно можно встретить и противоположную точку зрения о преимуществах малоинвазивной хирургии при этом осложнении [3].

Целью проведенного исследования является определение научного вектора в современном развитии методов лечения травм грудной клетки.

Ведение пациентов с травмой грудной клетки

Ведение пациентов с травмой грудной клетки может быть позиционировано на двух уровнях: догоспитальном и стационарном. Догоспитальный уровень, как правило, это место, где произошла травма, с ограниченными диагностическими возможностями и вероятными трудностями, которые могут усложнить медицинские манипуляции; внутрибольничный уровень может быть либо в отделении неотложной помощи, либо в операционном зале [4]. Тем не менее, быстрая и адекватная диагностика травм грудной клетки необходима и сильно влияет на результаты [5]. В нашем одноцентровом исследовании, в котором анализировались различные виды травм грудной клетки, мы обнаружили один или несколько переломов ребер почти у половины пациентов [6]. Одновременно, только менее чем в 20% необходим инвазивный подход. В частности, около 18% пациентов

нуждались в дренировании грудной клетки, а у 2,6% требовалась торакотомия. В случаях проникающей травмы грудной клетки, межреберное дренирование плевральной полости может быть адекватным в 95% случаев без необходимости какого-либо дополнительного хирургического исследования [4, 7, 8].

Дренирование плевральной полости

Позиционирование плеврального дренажа часто представляет собой первый шаг при ведении пациентов с травмой грудной клетки. Показания для дренирования плевральной полости четко изложены в различных международных руководствах по лечению травм [9]. В частности, дренирование плевральной полости считается необходимым в случаях разрыва плевры с пневмотораксом, внутриплеврального кровотечения, приводящего к гемотораксу или в случаях пневмогемоторакса.

Несмотря на то, что введение дренажа в грудную клетку является довольно распространенной процедурой, для его правильного и безопасного проведения требуется определенная подготовка [10]. На самом деле, частота осложнений строго связана с опытом выполняющего процедуру [4].

Сроки дренирования плевральной полости

В зависимости от клинических особенностей пациента, дренаж грудной клетки может быть размещен через травматический дефект грудной стенки и, следовательно, вне ЛПУ, или в приемном блоке стационара и даже иногда в первые 24 часа после госпитализации пострадавшего. Наилучший выбор времени для дренирования плевральной

полости в случае травмы грудной клетки зависит от клинических признаков и симптомов (к примеру: одышка, уменьшение движения в одной из половин грудной клетки).

На догоспитальном этапе, при решении вопроса об установке дренажа в область грудной клетки, в основном, необходимо клиническое обследование, при котором диагностируется открытый или напряженный пневмоторакс либо массивный гемоторакс. В этом контексте физикальное обследование и, в частности, аускультация, обладает высокой чувствительностью и специфичностью (90% и 98% соответственно). Тем не менее, повторное обследование важно, чтобы не пропустить возможное развитие нераспознанного пневмоторакса [10].

В случаях интрагоспитальной оценки для определения степени тяжести травмы и возможного наличия гемоторакса или пневмоторакса должны использоваться методы визуализации. Здесь мы имели ввиду сонографию (расширенная фокусная оценка, сонография при травме, e-FAST) и рентгенографию грудной клетки, которые могут быть оперативно выполнены. В метаанализе K. Alrajhi и соавт. показано, что в случае пневмоторакса рентгенография грудной клетки недостаточно чувствительна в отделении неотложной помощи у половины пациентов, в то время как e-FAST достигает 90,9% чувствительности [11]. КТ также может быть полезной, но она обычно применяется в случаях тяжелой травмы или при наличии клинических или рентгенологических подозрений на повреж-

дения внутренних органов грудной клетки [12].

Установление правильного диагноза остается наиболее важной проблемой для принятия решения о дренировании плевральной полости. Кроме того, в случаях травм грудной клетки со снижением сердечного выброса следует провести двусторонний дренаж, для исключения напряженного пневмоторакса [4].

Точки введения плевральных дренажей

Существует два основных места введения, которые обычно используются для позиционирования плевральных дренажей: вентральный доступ, во втором межреберье по срединно-ключичной линии (подход Мональди) и боковой подход в 4-м – 6-м межреберьях по передней или средней подмышечной линии (подход Бюлау) [5, 10]. Использование этих методов при травме в основном зависит от сценария травмы, опыта оператора и содержимого плевры. Подход Мональди может быть предпочтительным в случае изолированного апикального пневмоторакса, в то время как боковой доступ используется в случаях плеврального выпота или больших пневмотораксов. S. Huber-Wagner с коллегами [Цит. по 10] проспективно проанализировали результаты дифференцированного лечения 101 пациента с травмой грудной клетки с точки зрения осложнений и неправильного расположения внутриплевральных трубчатых дренажей. Для анализа использовались клинические наблюдения в течение 4-летнего периода. Авторы не обнаружили статистически значимых различий между двумя

группами с точки зрения неадекватного дренирования, но они обнаружили значительно более высокую частоту внутрипаренхимального размещения при использовании вентрального доступа ($P=0,045$) и более высокую частоту внутрифиссурального размещения при использовании латерального доступа ($P=0,013$). В то же время они не наблюдали других осложнений, таких как эмпиема или повреждение органов в обеих группах. Наконец, не было обнаружено достоверных различий для дренажей, установленных через травмобразующий вход в плевральную полость как с позиции неадекватного дренирования, так и с позиции количества осложнений. В итоге авторы приходят к выводу, что, хотя операторы обычно предпочитают подход Бюлау, оба метода могут в равной степени считаться безопасными и эффективными при травматическом повреждении грудной клетки.

Размер, тип и материал дренажных систем

В настоящее время наиболее часто используются несколько типов и размеров дренажных систем грудной клетки: силиконовые, поливинилхлоридные (ПВХ) и катетеры типа «Pigtail». Внешний диаметр дренажных систем указан во French или Charrière (Fr и Ch соответственно, эквивалентно 0,333 мм); тем не менее, реальный внутренний диаметр зависит от толщины стенки грудной дренажной трубки [13, 14].

В современной литературе отсутствуют качественные доказательства относительно типов и размеров плевральных дренажей в случаях их установки при травмах грудной клетки. Рекомен-

дации по усовершенствованному жизнеобеспечению при травмах (ATLS) [9] и рекомендации Британского торакального общества [15] предлагают использовать в случаях острого гемоторакса дренажные трубки грудной клетки большого размера (более 28-30 Fr), что может позволить лучше оценить реальную кровопотерю. Эти рекомендации фактически поддерживаются законами физики: согласно закону Пуазейля и уравнению Фаннинга для потока жидкости и газа внутри трубки небольшое увеличение диаметра трубки приводит к последующему экспоненциальному увеличению потока. Следовательно, используются трубки большего диаметра для проведения более густых масс, но нет рандомизированных исследований, подтверждающих эти выводы, которые в основном опираются на хирургические стереотипы [14].

С другой стороны, при доклинических исследованиях не выявлено значительного увеличения дренажных возможностей при сравнении трубчатых дренажей от 19 Fr до 28 Fr. Однако при исследованиях *in vitro* сообщается о важности вязкости различных жидкостей как основного фактора при выборе диаметра трубчатых дренажей [Цит. по 10].

Интересно отметить, что результаты клинических исследований, по-видимому, согласуются с возможностью использования трубчатых дренажей малого диаметра для дренирования плевральной полости при гемотораксе. К. Inaba и соавт. [15] проспективно сравнили исходы у пациентов с травмами грудной клетки, разделенных на 2 группы. В 1-ю группу вошли пациенты, у которых дренирование плевральной

полости осуществлялось дренажами небольшого диаметра (28-32 Fr), в другую группу были отнесены пациенты, перенесшие дренирование трубчатыми дренажами большого диаметра (36-40 Fr). В результате этих исследований не было обнаружено статистически значимых различий в показателях количества отделяемого и связанных с этим осложнений. Более того, они не обнаружили значительно более высокого уровня остаточного гемоторакса в группе с дренажами меньшего диаметра (11,8% и 10,7% в группе с малым и большим диаметром соответственно, $P=0,981$).

В другом моноцентровом исследовании из США была проведена сравнительная оценка использования катетеров типа «Pigtail» 14-Fr и обычных дренажей большого диаметра в случаях гемоторакса у пациентов с травмой [16, 17]. Авторы детально проспективно проанализировали недостатки и эффективность катетеров типа «Pigtail» у пациентов с травматическим гемотораксом с или без пневмоторакса. Хотя установка катетеров типа «Pigtail» более вероятна в не экстренных ситуациях, авторы обнаружили значительно более высокий гемо- или пневмоотток из плевральной полости в этой группе пациентов, однако достоверных различий в частоте неэффективности дренажей между двумя исследуемыми группами не определялось. С другой стороны, отмечается более высокая частота осложнений в группе катетеров типа «Pigtail» по сравнению с традиционными грудными дренажами. Исходя из этого, признавая ограничения одноцентрового нерандомизированного исследования, авторы рекомендуют применение кате-

теров типа «Pigtail» малого диаметра в случаях травматической гемоторакса с наличием или без пневмоторакса.

Что касается травматического пневмоторакса, то большая часть торакальных хирургов обычно используют катетеры типа «Pigtail» или трубчатые дренажи более малого диаметра. В недавно опубликованном рандомизированном контролируемом исследовании [18] провели сравнение эффективности Pigtail диаметром 14-Fr и силиконового трубчатого дренажа диаметром 28-Fr при лечении неосложненного травматического пневмоторакса у 40 пациентов. Исходы лечения с точки зрения продолжительности, осложнений и неудач были одинаковыми в обеих группах со значительным снижением боли у пациентов, которых лечили при помощи Pigtail. Тем не менее, данные об оценке боли, сравнивающие дренирование грудной клетки дренажами малого и большого диаметра, противоречивы и в нескольких исследованиях не было выявлено существенной разницы [19].

Контроль системы плевральных дренажей

В недавнем метаанализе [20] сравнивались результаты трех рандомизированных исследований по лечению травматических гемоторакса и пневмоторакса дренированием плевральной полости по типу пассивно-гравитационного с использованием «водяного замка» и аспирационного с созданием активной аспирации. Несмотря на относительно небольшую когорту пациентов и несколько смещений, влияющих на качество доказательств, результаты метаанализа были в пользу мягкой аспирации. При аспирационном

дренировании плевральной полости имело место значительное сокращение как продолжительности дренирования, так и продолжительности пребывания в стационаре. Кроме того, были определены «умеренные» доказательства более высокой эффективности аспирационного дренирования в случаях напряженного пневмоторакса, однако в случаях свернувшегося гемоторакса столь очевидных преимуществ аспирационного дренирования не определялось.

Осложнения

Дренирование плевральной полости является обычной процедурой в клинической практике, однако при этом встречаются осложнения, и даже очень серьезные, опасные для жизни. Количество осложнений при дренировании плевральной полости может варьировать от 6% до 37% [20, 21], что отражает высокую изменчивость в установках по неотложной помощи и отсутствие стандартизации определения осложнений в этих случаях.

Клиническая группа Мэйо разработала классификационную систему осложнений дренажно-трубчатой торакастомии для более четкого определения таких осложнений [22]. Авторы разделили осложнения на: установочные; позиционные; связанные с удалением дренажей; инфекционно-иммунологические, а также и связанные с институциональными, образовательными и техническими аспектами. Наиболее часто встречаются позиционные осложнения [21, 23], которые более вероятны во время экстренных ситуаций с характерными для них разнообразными сложностями.

При дренировании плевральной полости трубчатыми дренажами их неправильное расположение может быть связано с внутрифиссуральной или внутрипаренхиматозной диспозицией [24]. В ретроспективном одноцентровом исследовании была проведена оценка клинических последствий неправильного положения интраплеврального дренажа грудной клетки (внутрифиссурального или интрапаренхиматозного дренажа) у пациентов с травмой грудной клетки. В исследовании был сделан акцент на частоту замещения внутриплевральных дренажей [25]. Авторы не обнаружили существенных различий в количестве дренажей, которые необходимо было заменить в исследуемых группах (правильно расположенных, внутрифиссурально или внутрипаренхиматозно расположенных). И наоборот, внебольничная установка дренажей и использование нецелевых внутриплевральных катетеров, которые еще и не достигали необходимой области, оказались основными факторами, влияющими на частоту их замещения.

С другой стороны различают рентгенологически неправильное положение торакальных дренажей и клинически значимое неправильное положение торакальных дренажей. При этом указывается, что замена дренажей рекомендуется только при их клинически значимом неправильном положении [24]. Наконец, в индийском проспективном исследовании [26] 154-х пациентов с травмами, где оценивалась связь между рентгенологическими особенностями положения дренажа и конкретным клиническим исходом (сохраняющийся ге-

моторакс), не удалось найти значимых корреляций.

Другими осложнениями дренирования плевральной полости при травмах грудной клетки являются кровотечение, подкожная эмфизема, смещение, инфицирование, разрыв или перфорация других органов [27]. Кровотечение является наиболее распространенным осложнением и обычно оно связано с повреждением межреберной вены или артерии (до 75% из доли серьезных осложнений). Также могут быть повреждены другие внутригрудные сосуды, с меньшей частотой, но со значительно более высоким числом осложнений и летальностью [4]. Согласно проведенному исследованию, проведенному в Великобритании, серьезное кровотечение составило почти 25% всех неблагоприятных клинических исходов дренирования плевральной полости [13]. В то же время сердце также может быть повреждено с высоким уровнем летальности. Как упоминалось ранее, легкое можно относительно легко перфорировать во время процедуры введения дренажа в грудную клетку. А. Harris и его коллеги описали внутрипульмональное размещение дренажной трубки как наиболее частая неблагоприятная клиническая ситуация, на которую приходится 38% осложнений. Кроме легких, также может быть повреждена диафрагма, что может привести к травматизации органов брюшной полости (печени, селезенки, желудка и толстой кишки). В случае серьезной травмы органа необходимо хирургическая ревизия.

Торакотомия

При травмах грудной клетки торакотомия показана в тех случаях, когда

дренирование плевральной полости недостаточно в связи с тяжестью травмы и объемом повреждений, а также при необходимости ревизии органов грудной клетки.

В целом, проникающие травмы грудной клетки с большей вероятностью требуют торакотомии по сравнению с тупыми травмами. Действительно, пациенты без признаков жизни после тупой травмы имеют худший прогноз и обычно не подвергаются экстренной торакотомии.

С. Ludwig с коллегами сообщают, что в моноцентрической серии из более чем 1000 пациентов торакотомия была необходима при 2,6%-тах травм грудной клетки [5]. И наоборот, по нашим данным [6] выходит, что из большой когорты пациентов поступивших в травматологический центр I уровня торакотомии подверглись 6% пациентов. Это различия являются результатом эпидемиологии травмы, которая находится под сильным влиянием ряда экономических и социальных особенностей.

В рекомендациях ATLS [9] предлагается незамедлительное хирургическое вмешательство на грудной клетке в случае выделения крови более 1500 мл сразу после дренирования или продолжающейся кровопотери более 200 мл/час в течение первых 2–4 часов после дренирования плевральной полости, в случаях эндобронхиальной кровопотери или трахеобронхиального повреждения, а также в случаях ранения сердца или крупных сосудов. Кроме того, в обзоре литературы, проведенном Восточной ассоциацией хирургии травм [27], предлагается торакотомия в

случае проникающей травмы с признаками жизнедеятельности или без нее и не рекомендуется торакотомия в случае тупой травмы без признаков функционирования жизненно важных органов и систем. На самом деле, результаты экстренной торакотомии строго зависят от правильного выбора показаний и противопоказаний к операции [28].

Выбор торакотомии

В экстренных случаях обычно выполняется переднебоковая торакотомия в IV-VI межреберьях. Такой подход обычно гарантирует безопасный и достаточно большой доступ для выполнения любых манипуляций, даже с большим сосудистым зажимом, который может позволить сэкономить время для достижения операционного участка [6]. Тем не менее, до 20% случаев переднебоковой торакотомии может быть недостаточно, чтобы гарантировать правильное представление о возможных поражениях в грудной клетке. В этих случаях могут быть применены хирургические доступы типа «раскладушка» или «полураскладушка» [28].

Роль видеоассистированной торакальной хирургии (VATS, video-assisted thoracic surgery)

В последнее время VATS все чаще применяется при плановой резекции легкого и показала свою эффективность по сравнению с торакотомией с точки зрения послеоперационного болевого синдрома [29]. Так же было предложено использовать VATS у отдельных пациентов со стабильной гемодинамикой при восполняющемся немассивном гемотораксе, пневмотораксе и повреждениях диафрагмы. Кроме того, VATS может применяться при таком послед-

ствии травмы грудной клетки, как эмпиема [5].

Заключение

Мировая статистика показывает, что травмы грудной клетки являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности, имеющих эпидемиологические различия из-за многообразных экономических и социальных факторов. Травмы грудной клетки требуют особо внимательного отношения со стороны врачей скорой помощи или неотложных и торакальных хирургов. Следуя потоку последних инноваций, хирургия грудной травмы также движется к минимально инвазивному подходу. Увеличивается количество доказательств о не менее высокой эффективности грудных дренажей более тонкого диаметра по сравнению с более широкими дренажами. VATS играет более важную роль в случаях посттравматической хирургической ревизии. Однако до настоящего времени не выработаны качественные доказательства в поддержку всех этих нововведений. Поэтому для правильной оценки роли новых малоинвазивных инструментов в лечении травмы грудной клетки необходимы новые большие клинические исследования.

Литература

1. Lozano R., Naghavi M., Foreman K. et al. *Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study*. *Lancet*. 2010. vol. 2012. №380. P.2095-2128. doi:10.1016/S0140-6736(12)61728-0
2. Simon B., Ebert J., Bokhari F. et al. *Management of pulmonary contusion and flail chest: an Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline*. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012. №73. P.351-361. doi:10.1097/TA.0b013e31827019fd
3. *Accidents and injuries statistics*. Available online: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Accidents_and_injuries_statistics#Deaths_from_accidents.2C_injuries_and_assault. (Date of the application 28/08/2020).
4. Molnar T.F. *Thoracic Trauma: Which Chest Tube When and Where?* *Thorac Surg Clin* 2017. №27. P.13-23. doi: 10.1016/j.thorsurg.2016.08.003
5. Ludwig C., Koryllos A. *Management of chest trauma*. *J Thorac Dis*. 2017. №9. P. 172-177. doi: 10.21037/jtd.2017.03.52
6. Сопуев А.А., Султакеев М.З., Ташиев М.М., Салибаев О.А., Касымбеков Т.М., Маматов Н.Н. *Некоторые современные представления о травматическом гемотораксе // Научное обозрение. Медицинские науки*. 2020. № 1. С. 30-35. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1097> [In Russ: Sopuev A.A., Sultakeev M.Z., Tashiev M.M., Salibaev O.A., Kasymbekov T.M., Mamatov N.N. *Nekotorye sovremennyye predstavleniya o travmaticheskom gemotorakse // Nauchnoe obozrenie. Medicinskie nauki*. 2020. № 1. S. 30-35. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=1097>]
7. Kong V.Y., Oosthuizen G.V., Clarke D.L. *Selective conservatism in the management of thoracic trauma remains appropriate in the 21st century*. *Ann R Coll Surg Engl*. 2015. no. 97. P. 224-228. doi: 10.1308/003588414X14055925061559
8. Blyth A. *Thoracic trauma*. *BMJ*. 2014. vol. 348. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1137>
9. *Thoracic trauma*. In: *American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support for Doctors (ATLS), Student Course Manual*. Chicago: American College of Surgeons, 2018. V.10. P.62-81 URL: <https://viaaerearcp.files.wordpress.com/2018/02/atls-2018.pdf>
10. Bertoglio P., Guerrera F., Viti A., Terzi A., Ruffini E., Lyberis P., Filosso P.L. *Chest drain and thoracotomy for chest trauma*. *J Thorac Dis*. 2019. Feb; vol.11. Suppl 2. P. 186-191. doi: 10.21037/jtd.2019.01.53.
11. Alrajhi K., Woo M.Y., Vaillancourt C. *Test characteristics of ultrasonography for the detection of pneumothorax: a systematic review and meta-analysis*. *Chest*. 2012. №141. №703-708. doi: 10.1378/chest.11-0131
12. Rodriguez R.M., Hendey G.W., Mower W.R. *Selective chest imaging for blunt trauma patients: The national emergency X-ray utilization studies (NEXUS-chest algorithm)*. *Am J Emerg Med*. 2017. №35. P.164-170. doi: 10.1016/j.ajem.2016.10.066
13. Cooke D.T., David E.A. *Large-bore and small-bore chest tubes: types, function, and placement*. *Thorac Surg Clin*. 2013. №23. P.17-24. doi: 10.1016/j.thorsurg.2012.10.006
14. Light R.W. *Pleural controversy: optimal chest tube size for drainage*. *Respirology*. 2011. №16. P.244-248. doi: 10.1111/j.1440-1843.2010.01913.x
15. Inaba K., Lustenberger T., Recinos G., Georgiou C., Velmahos C., Brown C., Salim A., Demetriades D., Rhee P. *Does size matter? A prospective analysis of 28-32 versus 36-40 French chest tube size in trauma*. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012. №72. P.422-427. doi: 10.1097/TA.0b013e3182452444

16. Bauman Z.M., Kulvatunyou N., Joseph B., Jain A., Friese R.S., Gries L., O'Keeffe T., Tang A.L., Vercruysse G., Rhee P. A Prospective Study of 7-Year Experience Using Percutaneous 14-French Pigtail Catheters for Traumatic Hemothorax/Hemopneumothorax at a Level-1 Trauma Center: Size Still Does Not Matter. *World J Surg.* 2018. №42. P.107-113. doi: 10.1007/s00268-017-4168-3
17. Kulvatunyou N., Joseph B., Friese R.S., Green D., Gries L., O'Keeffe T., Tang A.L., Wynne J.L., Rhee P. 14 French pigtail catheters placed by surgeons to drain blood on trauma patients: is 14-Fr too small?. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012. №73. P.1423-1427. doi: 10.1097/TA.0b013e318271c1c7
18. Kulvatunyou N., Erickson L., Vijayasekaran A., Gries L., Joseph B., Friese R.F., O'Keeffe T., Tang A.L., Wynne J.L., Rhee P. Randomized clinical trial of pigtail catheter versus chest tube in injured patients with uncomplicated traumatic pneumothorax. *Br J Surg* 2014. №101. P.17-22. doi: 10.1002/bjs.9377
19. Feenstra T.M., Dickhoff C., Deunk J. Systematic review and meta-analysis of tube thoracostomy following traumatic chest injury; suction versus water seal. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018. №44. P.819-827. doi: 10.1007/s00068-018-0942-7
20. Menger R., Telford G., Kim P., Bergey M.R., Foreman J., Sarani B., Pascual J., Reilly P., Schwab C.W., Sims C.A. Complications following thoracic trauma managed with tube thoracostomy. *Injury.* 2012. №43. P.46-50. doi: 10.1016/j.injury.2011.06.420
21. Filosso P.L., Sandri A., Guerrera F., Ferraris A., Marchisio F., Bora G., Costardi L., Solidoro P., Ruffini E., Oliaro A. When size matters: changing opinion in the management of pleural space-the rise of small-bore pleural catheters. *J Thorac Dis.* 2016. Vol.8. №7. P.503-510. doi: 10.21037/jtd.2016.06.25
22. Aho J.M., Ruparel R.K., Rowse P.G., Brahmhatt R.D., Jenkins D., Rivera M. Tube Thoracostomy: A Structured Review of Case Reports and a Standardized Format for Reporting Complications. *World J Surg.* 2015. №39. P.2691-2706. doi: 10.1007/s00268-015-3158-6
23. Hernandez M.C., Laan D.V., Zimmerman S.L., Naik N.D., Schiller H.J., Aho J.M. Tube thoracostomy: Increased angle of insertion is associated with complications. *J Trauma Acute Care Surg.* 2016. Vol.81. №2. P.366-370. doi: 10.1097/TA.0000000000001098
24. Filosso P.L., Guerrera F., Sandri A., Roffinella M., Solidoro P., Ruffini E., Oliaro A. Errors and Complications in Chest Tube Placement. *Thorac Surg Clin.* 2017. №27. P.57-67. doi: 10.1016/j.thorsurg.2016.08.009
25. Struck M.F., Ewens S., Fakler J.K.M., Hempel G., Beilicke A., Bernhard M., Stumpp P., Josten C., Stehr S.N., Wrigge H., Krämer S. Clinical consequences of chest tube malposition in trauma resuscitation: single-center experience. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018. [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s00068-018-0966-z
26. Kumar S., Agarwal N., Rattan A., Rathi V. Does intrapleural length and position of the intercostal drain affect the frequency of residual hemothorax? A prospective study from north India. *J Emerg Trauma Shock.* 2014. №7. P.274-279. doi: 10.4103/0974-2700.142761
27. Seamon MJ, Haut ER, Van Arendonk K, Barbosa R.R., Chiu W.C., Dente C.J., Fox N., Jawa R.S., Khwaja K., Lee J.K., Magnotti L.J., Mayglothling J.A., McDonald A.A., Rowell S., To K.B., Falck-Ytter Y., Rhee P. An evidence-based approach to patient selection for emergency department thoracotomy: A practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma. *J Trauma Acute Care Surg.* 2015. №79. P.159-173. doi: 10.1097/TA.0000000000000648

28. Сопуев А.А., Султакеев М.З., Акматов Т.А., Искаков М.Б. К вопросу об этиологии спонтанного гемоторакса // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2017. №4. С.112-118.; URL: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2017/vestnik-4-2017.pdf> (дата обращения: 9.09.20.) [In Russ: Sопueв A.A., Sultakeev M.Z., Akmatov T.A., Iskakov M.B. K voprosu ob etiologii spontannogo gemotoraksa // Vestnik KGMA im. I.K. Ahunbaeva. 2017. №4. S.112-118.; URL: <http://library.kgma.kg/jirbis2/images/vestnik-kgma/vestnik-2017/vestnik-4-2017.pdf> (data obrashcheniya: 9.09.20.)]

29. Bendixen M, Jørgensen O.D., Kronborg C., Andersen C., Licht P.B. Postoperative pain and quality of life after lobectomy via video-assisted thoracoscopic surgery or anterolateral thoracotomy for early stage lung cancer: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* 2016. №17. P.836-844. doi: 10.1016/S1470-2045(16)00173-X

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТОЖОГОВЫХ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ПИЩЕВОДА

А.А. Самаков¹, Т.А. Акматов², К.С. Сыдыгалиев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев¹, Б. Кадыраалы¹, А. Жумабекова¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии

²Национальный хирургический центр МЗ КР

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kssydygalievnses@gmail.com

Резюме. Изучены результаты и анализ хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода у 12-и больных НХЦ МЗ КР. 7-ми пациентам проведен ретростернальный эзофагоколоанастомоз, четырем пациентам проведена экстирпация пищевода с полным замещением по заднему средостению и эзофагогастроанастомоз, одному пациенту был наложен фарингокологастроанастомоз.

Ключевые слова: постожоговая стриктура пищевода, хирургическое лечения, эзофагоколоанастомоз.

КЫЗЫЛ ӨНГӨЧТҮН КҮЙҮКТӨН КИЙИНКИ СТРИКТУРАСЫНЫН (БҮТӨЛҮП КАЛЫШЫ) ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

А.А. Самаков¹, Т.А. Акматов², К.С. Сыдыгалиев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев¹, Б. Кадыраалы¹, А. Жумабекова¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Госпиталдык хирургия жана оперативдик хирургия курсу кафедрасы

²Улуттук хирургиялык борбору

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Улуттук хирургия борборунда 12 оруулуга кызыл өңгөчтүн күйүктөн кийинки стриктурасы (бүтөлүк калышы) боюнча хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыгы изелденген. 7 оруулуга ретростерналдык эзофагоколоанастомоз, 4 оруулуга кызыл өңгөч толук алынып анын ордуна көкурөк көнгөйдун арт жагына эзофагогастроанастомоз жана 1 оруулуга фарингокологастроанастомоз салыган.

Негизги сөздөр: кызыл өңгөчтүн күйүктөн кийинки бүтөлүшү, хирургиялык дарылоо, эзофагоколоанастомоз.

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF POST-BURNS ESOPHAGEAL SCAR STRUCTURE

A.A. Samakov¹, T.A. Akmatov², K.S. Sydigaliev¹, A.T. Toygonbaev¹,
A.K. Mambetov¹, M.M. Bigishiev¹, B. Kadyraaly¹, A.Zhumabekova¹

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,

Dep. of hospital surgery with operative surgery course

²National Surgical Center

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The results and analysis of surgical treatment of post-burn cicatricial strictures of the esophagus in 12 patients with the NHC of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic were studied. 7 patients underwent retrosternal esophagocoloanastomosis, four patients underwent extirpation of the esophagus with complete replacement of the posterior mediastinum and esophagogastric anastomosis, and one patient was subjected to pharyngocoloanastomosis.

Key words: post-burn esophageal stricture, surgical treatment, esophagocoloanastomosis.

Актуальность. Хирургическое лечение постожоговых рубцовых стриктур пищевода остается актуальной проблемой в хирургии. Лечение пациентов с постожоговыми рубцовыми стриктурами является наиболее тяжелым и сложным в экстренной хирургии. Актуальность и социальная значимость данной проблемы связана с тем, что чаще страдают постожоговыми рубцовыми стриктурами лица трудоспособного молодого возраста.

По данным литературы ожоги пищевода коррозионными веществами, приводят к рубцовым стриктурам у 40-75% больных [1,2].

По данным МЗ РФ химические ожоги верхних отделов желудочно-кишечного тракта занимают от 14% и до 87,%. Около 85% больных постожоговыми стриктурами пищевода лица трудоспособного возраста [3].

Развития рубцовых стриктур после ожога пищевода занимают второе место после онкологических патологий.

Основным методом лечения постожоговых стриктур пищевода остается бужирование рубцовых стриктур 80-90% [4].

Частота перфораций пищевода при бужировании составляет от 1 до 13%, а в 11% случаев возможно кровотечение из пищевода и желудка [5]. Важно отметить, что при неэффективности бужирования пищевода пластика сегментом толстой кишки остается одним из способов улучшить качество жизни больных.

Послеоперационная летальность при пластике пищевода составляет от 3% до 30%, в зависимости от вида вмешательства [6].

Сложность тактики лечения этих больных в немалой степени обусловле-

на трудностью выбора трансплантата. Разработка и внедрения новых методов формирования пищеводно-желудочных анастомозов позволит улучшить проблему постожоговых рубцовых стриктур пищевода [7,8].

Целью работы является: изучить результаты хирургического лечения постожоговых рубцовых стриктур пищевода, для улучшения качества жизни пациентов.

Материалы и методы исследования

В НХЦ МЗ КР за период с 2011 по 2016 гг. выполнена пластика пищевода сегментом толстой кишки и желудком 12-ти больным с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищеводами (ПРСП). Все пациенты с постожоговыми рубцовыми стриктурами пищеводами лечились в Национальном хирургическом центре МЗ КР. Причиной развития ПРСП в основном является суицид. В наших наблюдениях у 9-ти пациентов развилась постожоговая стриктура пищевода после суицида, а у 3-х – случайно.

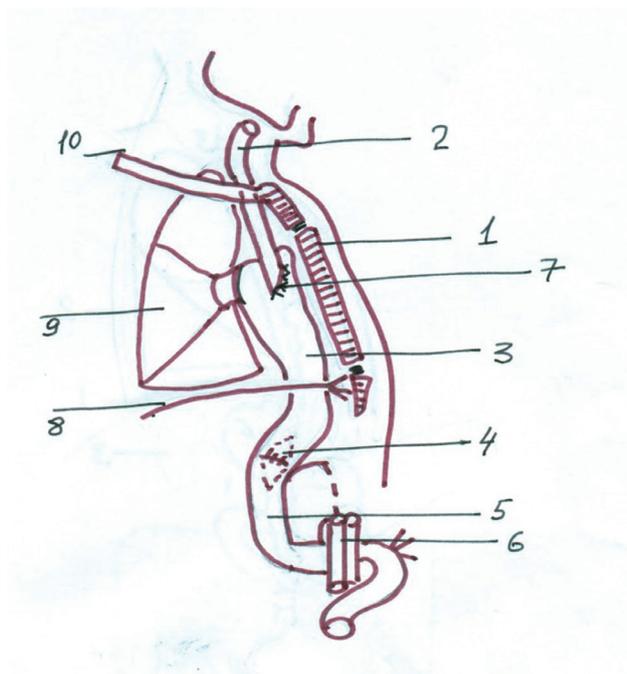
Возраст пациентов составил, женщины от 18 до 27 лет, мужчины от 27 до 32 лет. Среди них, женщин 10 (83,3%) и 2 (16,7%) мужчин.

Все пациенты обратились с жалобами на дисфагию, похудание и слабость,

из них три пациента с гастростомой, остальные после неоднократного бужирования пищевода. В Национальном хирургическом центре всем пациентам проведено обследование ЭГДС-копия, R-исследования пищевода, желудка и 12 перстной кишки, при этом выявлены уровни стриктур пищевода, что нам позволило выбрать способ оперативного вмешательства - формирования эзофагоколоанастомоза или эзофагогастроанастомоза.

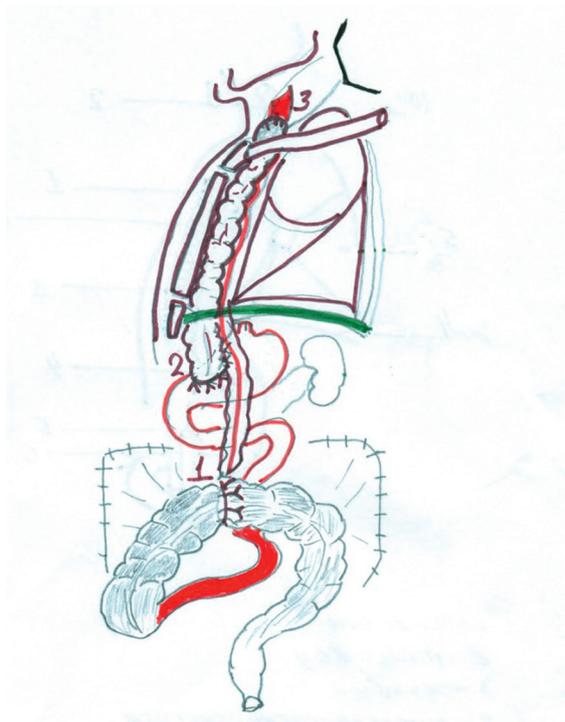
По результатам наших наблюдений у 9-ти пациентов установлена стриктура в проекции средней трети пищевода на уровне бифуркации трахеи, у 1-го пациента в абдоминальной части, а у 1-го пациента на всем протяжении пищевода, и у 2-х пациентов в области кардиального жома.

В условиях Национального хирургического центра МЗ КР нами выполнены следующие виды пластики пищевода. Ретростернальный эзофагоколоанастомоз был наложен 7-ми пациентам, 4-м пациентам проведена экстирпация пищевода с полным замещением по заднему средостению и эзофагогастроанастомоз, одному пациенту был наложен фарингокологастроанастомоз (ретростернальный) (Рис. 1, 2).



1. Грудина
2. Пищевод
3. Желудок
4. Пилоро-дуоденопластика
5. 12 перстная кишка
6. Art. et ven. M. superior
7. Эзофаго-гастростомия
8. Диафрагма
9. Правое легкое
10. Ключица

Рис. 1. Эзофагогастроанастомоз с пилородуоденопластикой.



1. Коло-коло анастомоз
2. Коло-гастро анастомоз
3. Эзофаго-коло анастомоз

Рис. 2. Виды применяемых анастомозов.

Трансплантат для пластики пищево- ной и нисходящего отделов толстого да выкраивался из поперечно-ободоч- кишечника (Рис. 3).

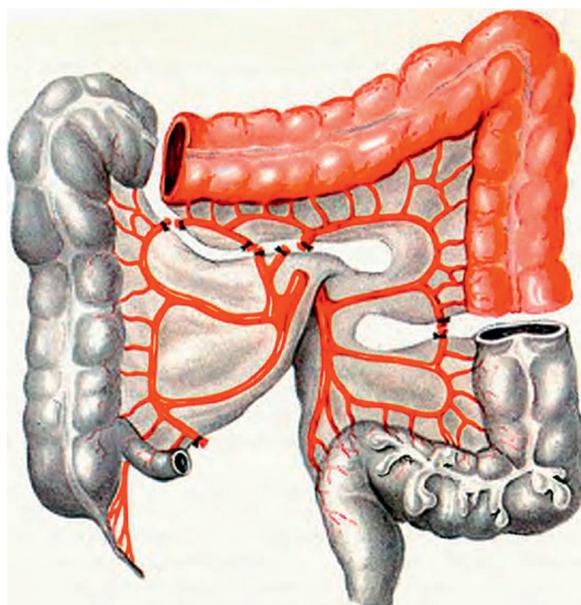


Рис. 3. Схема выкраивания трансплантата из толстой кишки по Исакову Ю.Ф. (1977) [3].

Результаты и их обсуждение

Всем пациентам для пластики пищевода проводилась сегментом colon transversum с сохранением arteria colica media и colica sinistra. В раннем послеоперационном периоде у 2-х пациентов развилась несостоятельность передней стенки эзофагоколонанастомоза в области шейного отдела пищевода, которые купированы консервативным способом, у 2-х пациентов которым была проведена экстирпация пищевода и у 2-х пациентов с эзофагогастроанастомозом после торакатомии справа, наблюдался реактивный плеврит справа, который лечился антибактериальными препаратами. Летальных исходов не было. При формировании эзофагогастроанастомоза (ЭГА) всем пациентам одномоментно проведена пилорoduоде-нопластика с целью профилактики развития анастомозита (ЭГА).

В отдаленном послеоперационном периоде мы пригласили пациентов для проведения эндоскопического исследования и рентген-исследования пищевода, толстокишечного трансплантата и желудка, органических изменений не было выявлено.

Таким образом, пластика постожоговых стриктур пищевода по показаниям, является одним из выборов хирургического лечения.

Выводы:

1. Постожоговые стриктуры по нашим данным у 80% пациентов развиваются после попытки суицида, чаще всего после приема уксусной эссенции.
2. Реконструктивно-восстановительные операции при постожоговых стриктурах с применением пластической операции: с использованием толстого кишечника, желудка, которые были проведены в НХЦ, дали хорошие результаты.

Литература

1. Опыт 1100 пластик пищевода / А.Ф. Черноусов, В.А. Андрианов, С.А. Домрачев, П.М. Богопольский // Хирургия.- 1998. - №6.- С. 21-25.
2. Осложнения стентирования у больных с доброкачественными и злокачественными заболеваниями пищевода / Ф.А. Черноусов, Э.А. Годжелло, М.В. Хрусталева, А.Л. Шестаков // *Endo Хирургия. XI съезд хирургов России: сборник тезисов.* – М., 2010. – С. 15–18.
3. Булегенов Т.А. Исследование качества жизни больных с рубцовой стриктурой пищевода / Т.А. Булегенов. – 2009. – 10 с.
4. Мяукин Л.Я. Современное состояние проблемы ожоговых рубцовых сужений пищевода и возможности эндоскопических методик восстановления его проходимости / Л.Я. Мяукин, А.В. Филин // *Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова.* – 2015. - Т. 7. - № 4. - С. 58-65.
5. Королев М.П. Эндопротезирование саморасправляющимися металлическими стентами при стенозирующих заболеваниях пищевода / М.П. Королев, Л. Е. Федотов, А. А. Смирнов // *Вестник хирургии им. И. И. Грекова.* – 2010. – Т. 169, № 1. – С. 58–64.
6. Бакиров А.А. Пластика пищевода при его доброкачественных сужениях / А.А. Бакиров // *Вестник современной клинической медицины* – 2009. – Т. 2. - №2. - С. 37-40.
7. Исаков Ю.Ф. Лопухин Ю.М. Оперативная хирургия с топографической анатомией детского возраста. / Ю.Ф. Исаков, Ю.М. Лопухин. – М., 1977. – 622 с.
8. Волобуев Н.Н. Опыт хирургического лечения больных с послеожоговыми стриктурами пищевода // *Клиническая хирургия.*- 2002.- № 1.- С. 20-22.

УДК: 616.12-008.313.315

**ВНЕЗАПНАЯ СМЕРТЬ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ.
К ВОПРОСУ О РОЛИ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ
ПАТОЛОГИИ В ПРОИСХОЖДЕНИИ МАССИВНЫХ
СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ
С ПРОРЫВОМ В СУБДУРАЛЬНОЕ ПРОСТРАНСТВО**

**М.Ш. Мукашев, Д. Искандеров, Б.Н. Айтмырзаев,
Г.М. Калыбекова, Ж.Э. Мусабаев**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
(Ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)
Кафедра судебной медицины и правоведения
(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. На судебно-медицинском экспертном примере показана роль методически правильного судебно-медицинского исследования трупа и использование судебно-гистологического исследования в решении вопросов травматического и нетравматического генеза массивного субарахноидального кровоизлияния с прорывом в субдуральное пространство и роль цереброваскулярной патологии в наступлении скоропостижной смерти в молодом возрасте.

Ключевые слова: Скоропостижная смерть, цереброваскулярная патология, артерио-венозная мальформация, тромбоз, субарахноидальное кровоизлияние.

**ЖАШ КУРАКТАГЫ МҮРТ КҮТҮҮСҮҮЗ ӨЛҮМ.
ЧОҢ ӨЛЧӨМДӨГҮ СУБАРАХНОИДАЛДЫК КАН
КУЮЛУУНУН БОЛУШУНДА ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРДЫК
ПАТОЛОГИЯНЫН МААНИСИ (РОЛУ)**

**М.Ш. Мукашев, Д. Искандеров, Б.Н. Айтмырзаев,
Г.М. Калыбекова, Ж.Э. Мусабаев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
(Ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)
Соттук медицина жана укук кафедрасы
(Кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Соттук медициналык экспертизанын мисалында туура колдонулган методикалык соттук медициналык жана соттук-гистологиялык изилдөөнүн натыйжасында баш-сөөк жаракаттын же жаракаты жок негизинде пайда болгон чоң өлчөмдөгү субарахноидалдык кан куюлуп, анын субдуралдык чөлкөмгө тарашы жаш курактагы мүрт өлүмгө алып келишине цереброваскулярдык патологиянын мааниси жөнүндө көргөзүлгөн.

Негизги сөздөр: мүрт өлүм, цереброваскулярдык патология, артерио-веноздук мальформация, тромбоз, субарахноидалдык кан куюлуу.

**THE SUDDEN DEATH AT A YOUNG AGE.
THE ROLE OF CEREBROVASCULAR PATHOLOGY IN
THE OCCURRENCE OF MASSIVE SUBARACHNOID
HEMORRHAGES WITH A BREAKTHROUGH INTO THE
SUBDURAL SPACE**

**M.Sh. Mukashev, D.A. Iskanderov, B.N. Aitmyrzaev,
G.M. Kalybekova, J.E. Musabaev**

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
(Rector – MD, professor Kudaibergenova I.O.)

Department of Forensic Medicine and Law

(Head of the department – MD, professor Mukashev M.Sh.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. An example of a forensic medical examination shows the role of a methodically correct forensic medical examination of a corpse and the use of forensic histological studies in solving the traumatic and non-traumatic genesis of massive subarachnoid hemorrhage with a breakthrough into the subdural space, as well as the role of cerebrovascular pathology in the onset of sudden death at a young age.

Key words: sudden death, cerebrovascular pathology, arteriovenous malformations, thrombosis, subarachnoid hemorrhage.

В структуре общей смертности населения внезапная (скоропостижная) смерть занимает значительную долю и на протяжении многих лет составляет свыше 60% [1,2,3].

Причинами внезапной смерти в 70% случаев являются различные заболевания и состояния, вызванные патологией сердечно-сосудистой системы, за-

болевания органов дыхания стабильно занимали второе место, однако за последние 5 лет имеет место тенденция к росту онкологической заболеваемости, которая в судебно-медицинской практике встречается все чаще [4]. Отсутствие прижизненной диагностики опухоли или бессимптомное течение опухолевого процесса приводит к вне-

запному наступлению смерти как от самого опухолевого процесса, так и от раннего метастазирования опухоли в жизненно важные органы [5].

Структура внезапной смерти за последние 10 лет значительно изменилась, при этом онкологическая патология заняла второе место после сердечно-сосудистой патологии. По данным Бюро судебно-медицинской экспертизы г. Москвы и Московской области, за последние 10 лет показатели смертности от онкопатологии выросли в 2,2 раза, заняв одно из ведущих мест в структуре смертности населения. Течение онкологических заболеваний различно в зависимости от локализации опухоли, степени дифференцировки, метастатических поражений, которые и определяют исход заболевания и наступление внезапной смерти на фоне мнимого благополучия. Причины наступления внезапной смерти у лиц, страдающих онкопатологией, разнообразные и они находятся в рамках диагностических возможностей судебно-медицинских экспертов [6].

У судебно-медицинских экспертов не всегда имеются сведения о прижизненной верификации онкологического процесса, а выявление данной патологии на вскрытии дает основание ставить ее непосредственной причиной смерти. И далее определять патогистологическую форму опухоли с последующим установлением причинно-следственной связи выявленной патологии и наступлением смерти [7].

Базальные субарахноидальные кровоизлияния могут возникать при различных условиях – при травмах головы, ударах области шеи, без видимой

связи с внешним воздействием, в состоянии алкогольного опьянения, физического напряжения или эмоционального возбуждения. Важной задачей эксперта в таких случаях является установление источника и причины кровоизлияния. Решение этих вопросов имеет особое значение, когда наступлению смерти от базального субарахноидального кровоизлияния предшествовала травма [8].

Факторами риска образования церебральных и оболочечных кровоизлияний различной локализации являются артериальная гипертензия, атеросклероз, курение, злоупотребление этанолом, наркомания, физическое или эмоциональное перенапряжение. Описаны случаи образования церебральных и оболочечных кровоизлияний на фоне патологии сосудов головного мозга, при заболеваниях крови, а также при приеме препаратов, влияющих на свёртываемость крови, в том числе после ранее перенесённых операций на головном мозге [9].

В данной статье приводим случай из экспертной практики обнаружения сосудистой патологии головного мозга с массивным субарахноидальным кровоизлиянием с прорывом в субдуральное пространство и наличии кровоизлияния в мягких тканях черепа и под апоневрозом в теменной области по сагиттальной линии (рис. (фото) 1). Фабула дела: Из постановления следователя о назначении судебно – медицинской экспертизы известно, что в УВД ... района г. Бишкек поступило сообщение об обнаружении трупа К., 1985 г.р. в своей квартире. Других сведений не имеется. При наружном судебно – медицинском исследовании трупа (заключение

№ 954 от 14.09.2019г) каких-либо видимых телесных повреждений как в области головы, туловища, конечностей не обнаружены. При внутреннем исследовании органы грудной и брюшной полости без особенностей. При исследовании черепа: под мягкими покровами в теменной области кровоизлияние неопределенной формы светло-красного цвета, толщиной 0.8 см, размером 6х4,5 см. Соответственно ему под апоневро-

зом теменной кости по сагиттальной линии очаговое кровоизлияние в количестве двух, не соединенных между собой квадратной (размером 3х3см.) и треугольной формы размером 1,5х1,0 см. При снятии апоневроза эти кровоизлияния также снимаются с поверхности кости. Толщина теменных костей 2,1 см, целостность костей как со стороны наружной так и внутренней пластинок не нарушена (рис. (фото) 1).



Рис. 1. Подапоневротическое кровоизлияние в теменной области.

Твердая мозговая оболочка резко напряжена, под ней просвечивается темно-красное кровоизлияние, охватывающее практически всю поверхность полушарий. По снятии ее вывалился сгусток темно-красной крови весом примерно 150,0 гр. При этом на поверхности мозга остались рыхлые сгустки крови охватывающие практически всю поверхность полушарий, а в сторону основания мозга уходит толстый слой темно-красного сгустка крови. При отодвигании мозга с основания черепа сгустки крови охватывают область турецкого седла, намет мозжечка, моз-

жечок, нижние поверхности височных долей с переходом на нижнюю поверхность левой лобной доли. Мозг на ощупь мягкий, во время извлечения достаточно легко разваливается. Имеется обильное скопление крови в области продолговатого мозга, Варолиева моста, четверохолмия и сосудистого сплетения. Путем осторожного промывания области Виллизиева круга (основания мозга) слабой струей холодной воды по возможности смыты сгустки крови. При осмотре сосудистого сплетения обнаружены «опухолевидные» образования соединенные с сосудами.

Одна из «опухолей» овальной формы, размером 0,9х 0,8 см. с белесоватыми точечными вкраплениями (рис. 2а). В верхней части этого сплетения (рис. 2б) обнаружено образование темного

цвета, расценённые нами как тромб и рядом белесоватое округлое образование размером 0,4х0,4 см., соединённые с сосудистым сплетением.



Рис. 2. а) «Опухолевидные» образования сосудистого генеза
б) «Опухолевидные» образования и тромбированный сосуд (стрелка).

При разрезе желудочков мозга – в просвете кровянистая жидкость, в лобной доле слева ткань мозга размягчена, пропитана кровью (рис. 4). Кора головного мозга различима, белое вещество в лобных долях значительно, по

нижней поверхности височных долей незначительно пропитана кровью (возможно, вторичного характера). Продолговатый мозг с выраженной талией, мозжечок мягкий на ощупь, на разрезе древовидного строения.



Рис. 4. Очаговые кровоизлияния в вещество мозга.

Кости свода и основания черепа целы. При судебно-медицинском гистологическом исследовании: сосуды основания мозга – просвет сосудов (артерий и вен) неравномерно расширен, стенка сосудов неравномерно утолщена, склерозирована. В просвете сосудов светлые тромбы и тромбы в разной стадии организации. В стенке сосудов и окружающей ткани лейкоцитарная инфильтрация. Головной мозг – отек, очаги кровоизлияния, со слабой клеточной реакцией (акт № 173/ 1570 от 15.10.2019 г.).

Судебно-медицинский диагноз: Цереброваскулярная патология (I 60,6): артерио-венозная мальформация (I 77,0) с тромбозом и воспалением, некрозом стенок сосудов. Разрыв сосуда. Массивное базальное субарахноидальное кровоизлияние с прорывом в субдуральное пространство. Вторичное кровоизлияние в вещество головного мозга. Выраженная жировая дистрофия гепатоцитов (гистологически). Очаговое кровоизлияние под мягкими покровами черепа в теменной области.

Данный экспертный случай интересен тем, что цереброваскулярная патология умершего выявлена на фоне наличия очагового кровоизлияния под мягкими покровами черепа, подозрительного на черепно-мозговую травму. В таких случаях основной задачей судебно-медицинского эксперта является установление травматического или нетравматического происхождения смертельного субарахноидального кровоизлияния.

Выявление артерио-венозной мальформации с тромбообразованием, воспалением и некрозом стенки сосудов

с массивным базальным субарахноидальным кровоизлиянием с прорывом в субдуральное пространство и отсутствие убедительных признаков черепно-мозговой травмы в виде ран, обширных кровоизлияний в и под мягкими покровами черепа, повреждении костей черепа, отсутствие каких-либо сведений о травме в постановлении следователя дали возможность исключить травматический генез внутричерепного кровоизлияния.

Таким образом, методически правильно проведенное судебно-медицинское исследование трупа дало возможность правильно решить вопрос танатогенеза при изначально неизвестной причине смерти лица в молодом возрасте.

Литература

1. Акопов В.И. Особенности изменений структуры смертности на современном этапе по данным судебно – медицинской службы // Вестник судебной медицины. – 2013. – Т.2, № 3 – С. 9 – 11.
2. Новоселов В.П. Анализ деятельности судебно – медицинской службы СФО за период 2001 – 2011 гг. // Вестник судебной медицины. – 2012. – Т.1. №4. – С. 6 – 11.
3. Пиголкин Ю.И., Сидорович Ю.В. Характеристика смертности в Российской Федерации // Судебно – медицинская экспертиза. – 2011. - №1. – С.14 – 18.
4. Шилова М.А., Мамедов М.Н.. Внезапная сердечная смерть лиц молодого возраста: факторы риска, причины, морфологические эквиваленты // Кардиология. – 2015. - №7. – С. 78 – 83.
5. Пиголкин Ю.И., Должанский О.В. Трупное окоченение при острой кровопотере и его судебно – медицинское значение

ние // Вестник судебной медицины. – 2014. – Т.3, №4. – С. 8 -11.

6. Пиголкин Ю.И., Кильдюшов К.М., Шилова М.А., Боева С.Е., Захаров С.Н., Глоба И.В. Судебно – медицинская характеристика внезапной смерти при онкологической патологии. // Вестник судебной медицины. - 2016. - №2 – Т.5 – С.8 – 11.

7. Бабенко А.И., Новоселов В.П., Никифоров Д.Б., Бабенко Е.А. Этапы оценки патологической пораженности населения по материалам вскрытия умерших в бюро судебно – медицинской экспертизы (на примере Новосибирской области)// Вестник судебной медицины. – 2012. – Т.1, №1 – С. 11 – 14.

8. Панов И.Е. К вопросу о роли внутричерепных аневризм в происхождении базальных субарахноидальных кровоизлияний // Вопросы судебно – медицинской экспертизы и криминалистики: сборник научных статей / Под общей редакцией профессора А.П. Загрядской. - Горький, 1979. - №8. - С.22 -25.

9. Данилова Т.Д., Конохова А.Н., Короташ Н.В., Белокопытова Т.А., Исаченкова И.П., Титаренко Б.Ф. Экспертное наблюдение образования эпидуральной гематомы сосудистого генеза// Вестник судебной медицины, 2017. - №4, Т. 6. – С. 56 -58.

К 70-ТИ ЛЕТНЕМУ ЮБИЛЕЮ ПРОФЕССОРА КУТТУБЕКА УСЕНБАЕВИЧА АКЫНБЕКОВА

З.А. Айдаров, А.А. Орозалиева, Д.Д. Ибраимова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
(зав. каф. – д.м.н., профессор Айдаров З.А.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: aydarov.kgma@gmail.com

Аннотация. Данная статья посвящена выдающемуся ученому, педагогу и организатору здравоохранения Кыргызской Республики доктору медицинских наук, профессору Акынбекову К.У. В статье отражены основные этапы его деятельности, а также показаны выдающиеся заслуги перед отечественным образованием, наукой и здравоохранением.

Ключевые слова: адаптация организма, гигиена, Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, организатор здравоохранения, труд овцеводов, труд горнорабочих, физиология труда.

ПРОФЕССОР КУТТУБЕК УСЕНБАЕВИЧ АКЫНБЕКОВДУН 70 ЖЫЛДЫК ЮБИЛЕЙИНЕ КАРАТА

З.А. Айдаров, А.А. Орозалиева, Д.Д. Ибраимова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
коомдук саламаттык жана саламаттыкты сактоо кафедрасы
(кафедранын башчысы – м.и.д., проф. З.А. Айдаров),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макала көрүнүктүү окумуштуу, педагог, саламаттыкты сактоонун уюштуруучусу, медицина илимдеринин доктору, профессор Куттубек Усенбаевич Акынбековго арналган. Макалада анын өмүр баяны, эмгек жолу, ошондой эле мекенибизде билимдин жана медицина илиминин өнүгүнүшүнө кошкон эбегейсиз зор салымдары, коомдук саламаттык сактоодогу жетишкендиктери көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: организмдин айланадагы шарттарга көнүшү, гигиена, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, саламаттыкты сактоонун уюштуруучусу, малчылардын эмгеги, тоо жумушчулардын эмгеги, эмгек физиологиясы.

TO THE 70-TH ANNIVERSARY OF PROFESSOR KUTTUBEK USENBAYEVICH AKYNBEKOV

Z.A. Aydarov, A.A. Orozalieva, D.D. Ibraimova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Public Health and Health care
(Head of the Department – MD., Prof. Aidarov Z.A.)
Bishkek, Kyrgyz Republic

Annotation. This article is dedicated to the outstanding scientist, teacher and organizer of health care of the Kyrgyz Republic, Doctor of Medical Sciences, Professor K.U. Akinbekov. The article reflects the main stages of his activities, and also shows outstanding services to national education, science and health care.

Key words: an organism's adaptations, hygiene, Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, organizer of public health, labor of sheep breeders, labor of miners, physiology of labor.

Одним из выдающихся ученых-медиков в области гигиены, физиологии труда, общественного здоровья и здравоохранения, внесшим значительный вклад в развитие системы здравоохра-

нения и подготовки научно-педагогических кадров в Кыргызской Республике является доктор медицинских наук, профессор Акынбеков Куттубек Усенбаевич.



Профессор Акынбеков К.У.

Куттубек Усенбаевич родился 17 декабря 1950 года в селе Озгоруш Ленинпольского района Таласской области в семье учителя. В 1973 году окончил санитарно-гигиенический факультет Кыргызского государственного медицинского института.

Трудовую деятельность начал санитарным врачом в санитарно-эпидемиологической станции Кировского района.

В 1975 году пройдя по конкурсу на должность ассистента кафедры общей гигиены начал педагогическую деятельность, плодотворно сочетая её с научной работой. Научные исследования Акынбекова К.У. были направлены на изучение различных аспектов адаптации организма человека к производственным, природным и бытовым условиям среды. Полученные результаты были обобщены в кандидатской диссертации на тему «Физиолого-гигиеническая характеристика труда горнорабочих при добыче руды подземным способом в условиях среднегорья Кыргызстана», которую Куттубек Усенбаевич защитил в диссертационном совете Московского ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательского института гигиены им. Ф.Ф. Эрисмана в 1984 году. Научными руководителями были доктор медицинских наук, профессор Лихницкая И.И. и доктор медицинских наук, профессор Тимохин Д.И. Должность доцента получил в 1990 году.

С 1991 по 1997 годы Акынбеков К.У. возглавлял клинико-исследовательскую лабораторию «Здоровье животноводов и членов их семей», созданную в соответствии с Указом Президента Кыргы-

зской Республики от 26 февраля 1991 года «О льготах и иных мерах социальной поддержки чабанов и других работников отгонного животноводства» для изучения социально-гигиенических условий труда, быта животноводов и членов их семей. Эти исследования позволили Акынбекову К.У. в 1997 году защитить докторскую диссертацию на тему «Физиолого-гигиеническая оценка труда овцеводов на отгонных пастбищах Кыргызской Республики», научными консультантами были доктор медицинских наук, профессор Мамбеталиев Б.С. и доктор медицинских наук, профессор Жаркинов Е.Ж.

По результатам исследования был подготовлен проект Правительственного постановления «Государственная программа по охране здоровья животноводов на 1996-2000 гг.», а также ряд нормативных и охранных документов, использованных в решениях и постановлениях коллегии Министерства здравоохранения республики. Разработанная специальная учетная форма № 54 «Отчет о медицинской помощи животноводам» была утверждена 18 июля 1992 года Госстатагентством Кыргызской Республики. На зарегистрированные 3 охранных документа по образцам специальной одежды 25 декабря 1996 года получены лицензия и поощрительный приз агентства «Кыргызпатент».

Результатом кропотливой научной работы явились разработка и внедрение в действие с 1 января 1996 года республиканских стандартов – РСТ №732-95 «Костюм мужской, на утепляющей подкладке для животноводов» и №322-95 «Одежда национальная», 6 технических описаний моделей одеж-

ды. Разработано и утверждено рационализаторское предложение по климатическому районированию местностей «Комплексная классификация высокогорных районов» за №658 от 07 ноября 1994 года.

С сентября 1997 по 2007 годы д.м.н., профессор Акынбеков К.У. возглавлял кафедру, которая в разные годы называлась по-разному: социальной медицины, экономики и организации здравоохранения (1996 г.), социальной медицины, экономики и организации здравоохранения с курсом эпидемиологии (2006 г.), общественного здоровья и здравоохранения с курсом эпидемиологии (2008 г.), общественного здоровья и здравоохранения (2009 г.). С 2001 по 2004 годы работал директором института управления и общественного здравоохранения Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, совмещая должность заведующего кафедрой. В 2004 году присвоено ученое звание профессор.

Педагогическая деятельность Куттубека Усенбаевича весьма плодотворна. Под его руководством проводилась значительная работа по организации учебного процесса и реформированию преподавания предметов в новом направлении. Совместно с коллективом кафедры были изданы учебные и методические пособия по курсам: биостатистика, медицинская статистика, управление здравоохранением, биоэтика, история медицины и т.д. Благодаря его настоянию в 2003 году создается новый факультет «Общественное здравоохранение» взамен двум существующим: «Медико-профилактическое дело» и «Менеджмент в здравоохране-

нии». Огромная работа была проведена по подготовке учебных программ и утверждению Государственных образовательных стандартов. Все эти новации нашли поддержку в Министерстве здравоохранения и образовательных сообществах республики. Лекции и практические занятия по истории медицины, медицинской статистике, управлению здравоохранением отличались глубоким анализом материала, стройностью изложения и четкими практическими рекомендациями, позволяющими активно использовать научные достижения в повседневной работе будущих врачей и ученых.

С марта 2011 года по март 2016 года Куттубек Усенбаевич вновь возглавил кафедру общественного здоровья и здравоохранения Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Возглавляя кафедру, огромное внимание уделял подготовке научно-педагогических кадров. Под его руководством защищено 4 докторских и 7 кандидатских диссертаций.

По инициативе и руководством Акынбекова К.У. в 1999 году одним из первых создается диссертационный Совет по защите докторских и кандидатских диссертаций по профилактическим дисциплинам, тем самым в Кыргызской Республике было положено начало подготовки специалистов высшего звена по профилактическому направлению работы. В последующем являлся председателем диссертационного Совета по специальности 14.00.33 – «Общественное здоровье и здравоохранение». За период существования диссертационного Совета защищены

7 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Кроме того Акынбеков К.У. с 2001-2014 годы являлся членом объединенного диссертационного совета по защите докторских и кандидатских диссертаций в Республике Казахстан.

Многоплановой и масштабной была и его общественная деятельность. С 1978 по 1980 годы возглавлял медицинскую службу республиканского штаба студенческих строительных отрядов ЦК ЛКСМ Киргизии.

С 1985 по 1990 годы был председателем студенческого профсоюзного комитета Кыргызского государственного медицинского института. За плодотворную работу в этой области его избирали членом президиума Всесоюзной Федерации профсоюза работников здравоохранения СССР.

В период с 1998 по 2006 годы являлся заместителем председателя правления Ученого Медицинского Совета Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. Координатор международной научной программы «Бедность и здоровье» от Альянса научных изысканий ВОЗ Швейцарского агентства КОХРЕД. Участник грантовой программы ВОЗ АНПСП с 2004 года.

За многолетний и плодотворный труд в деле подготовки врачебных кадров, научных и научно-педагогических работников высшей квалификации и личный вклад в медицинскую науку Куттубеку Усенбаевичу Акынбекову в 2009 году присвоена Почетная грамота Кыргызской Республики. Неоднократно награжден Почетной Грамотой Всесоюзной федерации профсоюза работников здравоохранения СССР, Почетной

Грамотой ЦК ЛКСМ Киргизии, Почетной Грамотой ЦК профсоюза работников здравоохранения Киргизии. В 2004 году Акынбекову К.У. присвоен звание «Отличник здравоохранения» МЗ КР.

Результаты исследования отражены в более 140 научных работах, в том числе 3 патентах на изобретение, 8 рационализаторских предложениях, одной монографии, 25 учебных пособиях, методических указаниях и рекомендациях. Внедрено в практику 2 республиканских стандарта и 6 технических описаний для промышленного образца.

Следует отметить монографию «Труд и горы» (2014 г.), где обобщены и систематизированы результаты многолетней работы по физиолого-гигиенической оценке труда овцеводов на отгонных пастбищах. В ней освещены вопросы климатической, гигиенической и физиологической характеристики горных пастбищ Кыргызстана. Разработаны варианты защитной одежды для различных климатических зон года, основные показатели состояния здоровья животноводов и членов их семей, рациональные формы медицинской помощи. В книге впервые наиболее полно дана комплексная оценка условий труда в различных регионах республики, основные закономерности формирования заболеваемости, региональные особенности характера патологии этой группы тружеников.

Его труды известны далеко за пределами республики. Куттубек Усенбаевич участник многих международных конференций, форумов, съездов, круглых столов, общая цель которых направлена на улучшение качества организации медицинской помощи и управления системой здравоохранения. Неоднократ-

но выезжал в ряд зарубежных стран для обсуждения современных проблем общественного здравоохранения.

С 2005 года являлся членом редакционных коллегий Центрально-Азиатского журнала по общественному здравоохранению (г. Алматы), журнала «Здравоохранение Кыргызстана» (2009 - 2015 гг.) и «Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева». С 2006 г. являлся вице-президентом Кыргызской ассоциации общественного здравоохранения (КАОЗ).

Жизненный и профессиональный опыт профессора Акынбекова К.У. заслуживает глубокого уважения. Известный учёный, педагог и организатор отечественного здравоохранения внес большой вклад в развитие гигиены, физиологии, общественного здоровья и здравоохранения. Авторитетный и опытный наставник, воспитавший поколения замечательных и преданных своему делу врачей.



Сотрудники кафедры общественного здоровья и здравоохранения, ученики сердечно поздравляют Куттубека Усенбаевича с 70-летним юбилеем и желают крепкого здоровья, благополучия и всего самого доброго.

