

Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии

им. И.К. Ахунбаева

Главный редактор

Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора

Бримкулов Н.Н.

Ответственный секретарь

Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Алдашев А.А.
Джумабеков А.С.
Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.
Раимжанов А.Р.

Редакционный совет

Абилов Б.А.
Адамбеков Д.А.
Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Бейшембиева Г.Дж.
Кадырова Р.М.
Калиев Р.Р.
Карасаева А.Х.
Кутманова А.З.
Кутгубаева К.Б.
Кутгубаев О.Т.
Кожокматова Г.С.

Кононец И.Е.
Молдобаева М.С.
Мусуралиев М.С.
Оморев Р.А.
Сатылганов И.Ж.
Сопуев А.А.
Тилекеева У.М.
Усупбаев А.Ч.
Чолпонбаев К.С.
Чонбашева Ч.К.

Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

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

Телефон: (312) 54 94 60

e-mail: vestnik_kgma@mail.ru

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

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции Кыргызской Республики.
Регистрационное свидетельство №002564.

Журнал включен в список изданий, рекомендованных Президиумом ВАК КР для публикации материалов докторских и кандидатских диссертации в области медицины.

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2012

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| СОДЕРЖАНИЕ | 2 |
| СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ | |
| Арапбаева А.А., Аскеров А.А. Мониторинг услуг в организациях здравоохранения Баткенской области по эффективному перинатальному уходу | 4 |
| Балхожаева А., Ибрагимова Т.М., Усенбаева С.К. Сравнительный анализ заболеваемости среди студентов кыргызской государственной медицинской академии им.И.К. Ахунбаева и кыргызского государственного университета строительства транспорта и архитектуры им. Н.Исанова | 10 |
| Жоомартова А.Ж., Кожоналиева А.М., Усенова Н.Ш. Некоторые аспекты миастении | 15 |
| Бегалиева Б.Б., Луценко И.Л. Каузалгии при синдроме Рейно как манифестация идиопатического хронического миелолейкоза у пациента пожилого возраста | 19 |
| Кельдибекова У., Кельдибекова Т.А. Качество обслуживания в аптеках г.Бишкек: Что изменилось за два года? | 22 |
| Кубатова А.К. Рисалиев Д.Д. Эпидемиологические особенности проявления сибирской язвы в Кыргызской Республике | 26 |
| Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Ашимов Ж.И. Характеристика параректальной конверсии аппендикулярного доступа при остром осложненном аппендиците | 30 |
| Сатымкул у. М., Сатыбаева Н., Осмонов Ф., Амираева Д.У., Амираев У. А. Муляж головы человека с искусственными зубами для приобретения практических навыков в клиниках ортопедической и терапевтической стоматологии | 35 |
| Мураталиева Ж., Исаева Б.Э., Мустапаева Ж.Ш., Кудайбергенова К.А. Анализ заболеваемости детей с геморрагическими диатезами в Кыргызстане | 39 |
| Абдраманова А.К., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж. Клинико-эпидемиологические аспекты реактивного артрита у детей | 42 |
| Стамбаева Б., Назарова А., Джумагулова А.Ш. Проблемы сибирской язвы на современном этапе | 47 |

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|----|
| Абдурахманова Г.Ж., Козьмина Ю.В., Джаналиев Б.Р. Капиллярная гемангиома плаценты (наблюдение из практики) | 52 |
| Токтогазиев Б.Т., Ормонбаев К.С., Айдарбекова З.М. Влияние повышенной двигательной активности на строение стенок артерий мышечного типа | 56 |
| Суранбаева А.К., Калиева Ч.Р. Эмболизация маточных артерий при миоме матки | 60 |
| Токторалиева Э.Б., Салиев Н.Б., Сушко Н.Ю., Иманалиева А.Ж. Выявление и профилактика стоматологических заболеваний у музыкантов, играющих на духовых инструментах | 65 |
| Төрөева Д., Муркамилов И.Т., Калиев Р.Р. Взаимосвязь хронических вирусных гепатитов и гломерулонефритов | 70 |
| Турсунбекова А.С., Исмаилов С. Гигиеническая оценка показателей напряженности труда врачей хирургов | 74 |
| Халфина В.В., Насыров М.В. Объективные методы исследования слуха | 79 |
| Сатыбалдиев М.А., Бегалиева Б. О лимфангионах сердца человека в старческом возрасте | 82 |
| Бейшенов С.Ч., Сыдыгалиев К.С., Чапыев М.Б. Оценка экстренной хирургической помощи населению Таласской и Нарынской областей Кыргызской Республики | 87 |

**МОНИТОРИНГ УСЛУГ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
БАТКЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ЭФФЕКТИВНОМУ
ПЕРИНАТАЛЬНОМУ УХОДУ**

Арапбаева А.А., Аскеров А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
Кафедра Акушерства и гинекологии № 2
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В мониторинге проведена оценка перинатальной медицинской помощи, предоставляемой на уровне учреждения типовым и действенным способом.

Ключевые слова: современные перинатальные технологии, клинические протоколы, эффективный перинатальный уход

**БАТКЕН ОБЛАСТЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МЕКЕМЕСИНДЕГИ ЭФФЕКТИВДҮҮ
ПЕРИНАТАЛДЫК КАРАП-ТЕЙЛӨӨНҮН МОНИТОРИНГИ**

Арапбаева А.А., Аскеров А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
№ 2 Акушерство жана гинекология кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул мониторингде перинаталдык медициналык жардамга мекеменин деңгээлинде жалпы жана жүргүзүлгөн ыкмаларга баа берилген.

Негизги сөздөр: заманбап перинаталдык технологиялар, клиникалык протоколдор, эффективдүү перинаталдык карап-тейлөө

**MONITORING OF SERVICES IN HEALTH CARE BATKEN
ON EFFECTIVE PERINATAL CARE**

Arapbaeva A.A., Askerov A.A.

Kyrgyz State Medical Academy name I. K. Ahunbaev
Department of obstetrics and gynecology № 2
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: The monitoring of an assessment of perinatal care provided at the facility level, standart and effective way.

Key words: Modern perinatal technologies, clinical protocols, effective prenatal care

Мониторинг услуг в организациях здравоохранения был осуществлен в рамках реализации «Программы по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике с 2008 по 2015гг.» и совместных планов МЗ КР, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ (ДАО), в целях улучшения качества оказания квалифицированной медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам, новорожденным, а также обеспечения непрерывного качественного обучения медицинских специалистов родовспомогательных организаций.

Целью мониторинга является оказание содействия Министерству здравоохранения

(МЗ), основным участникам и партнерам в проведении оценки перинатальной медицинской помощи, предоставляемой на уровне учреждения типовым и действенным способом, и в конечном итоге внесение вклада в определение ключевых областей антенатальной помощи, родовспоможения и ухода за новорожденными, которые требуют совершенствования.

Задачи

Помощь персоналу учреждения в определении имеющихся трудностей и проблем в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, и предложение конкретных рекомендаций по их устранению.

Внедрение концепции и содержания рекомендованных международных руководящих принципов и стандартов

Обсудить с руководителями учреждения выявленные проблемы по внедрению современных перинатальных технологий, и разработать рекомендации по их устранению.

Обучить персонал, специалистов организаций здравоохранения

Дать рекомендации координатору проекта по дальнейшему сотрудничеству с данным лечебным учреждением.

Были организованы и проведены встречи с администрациями и медицинским персоналом организаций здравоохранения для представления цели, задач и программы мониторинга, а так же для обсуждения плана дальнейшего взаимодействия.

Методы

Визуальная оценка материально-технического состояния, обеспеченности основным оборудованием и организации работы в лечебном учреждении.

Наблюдение за практиками ведения родов, ухода за здоровым новорожденным и консультирования пациентов.

Оценка уровня знаний и практических навыков по технологиям ЭПУ у врачей и средних медицинских работников путем бесед и наблюдения.

Беседы с пациентами родильного отделения для оценки качества оказываемой помощи в отделении.

Анализ первичной медицинской документации для оценки качества ведения случаев не осложненных и патологических родов и неонатальных практик в отношении здорового и больного новорожденного.

Участие в практической работе акушеров-гинекологов, акушерок, неонатологов и медсестер. Обсуждение с персоналом клинических ситуаций, разбор.

Обсуждение с сотрудниками ЛПУ перспективного плана работы учреждения.

Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным рекомендованный ВОЗ, основан на опыте,

полученном Европейским региональным бюро ВОЗ в ходе реализации программы по Обеспечению безопасной беременности и применению пакета учебных материалов по «Эффективной перинатальной помощи», а также на опыте, полученном в более чем в 20 странах, где применялся инструмент оценки педиатрической стационарной помощи.

Сборник Клинических протоколов по акушерству-гинекологии и неонатологии, утвержденных МЗКР, Приказ МЗКР № 92 об организации работы родильного отделения.

Принципами данного инструмента являются следующие: основанность на международно-признанных стандартах; способность управлять процессом сбора достоверной информации в ключевых областях; удобство в использовании; возможность стимулирования участия сотрудников больниц в выявлении проблем и определении возможных решений.

Пакет учебных материалов «Эффективная перинатальная помощь» и другие руководства были определены в качестве основных источников для справочных стандартов. Этот инструмент обеспечивает возможность проведения тщательной оценки (основанной на решении проблемы и ориентированной на осуществление действия) всех основных областей и факторов, которые могут оказать влияние на качество помощи, таких как инфраструктура, материалы, организация услуг и управление случаями, уделяя особое внимание областям, которые доказали свое наибольшее влияние на материнскую и младенческую смертность и серьезные заболевания, а также на здоровье матерей и новорожденных.

Критерии, включенные в оценку, были выбраны также для обеспечения всестороннего анализа четырех аспектов качества помощи, определенных в рамках Европейского стратегического подхода ВОЗ к обеспечению безопасной беременности; помощь должна:

1. быть научно-обоснованной и экономически эффективной;
2. быть сосредоточенной на семье с соблюдением конфиденциальности, неприкосновенности частной жизни, культуры,

веры и эмоциональных потребностей женщин, семей и общин;

3. обеспечивать вовлечение женщин в процесс принятия решений в отношении вариантов помощи, а также политики в области здравоохранения;

4. обеспечивать присутствие системы перенаправления медицинской помощи от уровня общин к высокому уровню оказания медицинской помощи, включая эффективную регионализацию и междисциплинарный подход.

Инструмент, который был разработан ВОЗ, представлял собой общие рамки, которые необходимо было адаптировать в соответствии с эпидемиологической ситуацией и структурой на уровне страны. Адаптация включала в себя ликвидацию пунктов, которые, как представляется, не имели решающего значения, добавление новых приоритетных пунктов, выбор несколько иного золотого стандарта, изменение программы оценочных визитов в целях адаптации к местным потребностям и ресурсам. Инструмент был разработан для использования в родильных учреждениях разного уровня, от небольших районных отделений до центров высокоспециализированной медицинской помощи.

Источники информации:

Инструмент включал в себя 4 различных источника информации: статистику учреждения, медицинские записи, прямое наблюдение за случаями и беседы с персоналом и пациентами/пользователями. Благодаря комбинации различных источников, инструмент позволял отразить общую картину качества помощи и выделить те области, которые представляют собой препятствие на пути к его обеспечению. Информация для оценки собирались в различных формах: данные, представленные родильным учреждением до визита, документация учреждения, карточки пациентов, прямое наблюдение, беседы с пациентами и персоналом.

Согласно рекомендациям надо было проводить как можно больше времени в отделении больницы для получения информации из первых рук, путем прямого наблюдения, особенно в части организации работы и ухода за матерями и младенцами в родильном учреждении. Кроме

того, необходимо было установить доступность клинических протоколов/руководств путем прямого наблюдения, а также перечисленных лекарств и оборудования в родильных залах, отделениях, отделении реанимации новорожденных или в аптеке. Такая оценка требовала особых дисциплинарных навыков, таких как акушерство и педиатрия/неонатология, поэтому оценочная группа включала в себя специалистов всех этих направлений.

Визит начинался с проведения первоначального краткого заседания для ключевых сотрудников и руководителей о целях и методах проведения оценки. Подчеркивалось, что проведение оценки является частью инициативы, направленной на поддержку больницы в деле повышения качества перинатальной помощи, и что ее цель состоит в том, чтобы определить области оказания помощи, имеющие наибольший потенциал в плане совершенствования. Поясняли, что сотрудники и матери будут опрошены касательно больничных процедур и медицинской практики, а также то, что эксперт(ы) хотели бы непосредственно провести наблюдение за клинической практикой в отдельных областях.

Визит охватывал все соответствующие услуги: приемный покой, родильное отделение, отделение патологии беременности, отделение послеродового периода, детскую комнату, отделение неонатальной интенсивной терапии, консультативную поликлинику, и ОРИТ, аптека, лабораторию, банк крови и т.д. Продолжительность визита составила 2 полных дня.

Встреча с целью получения отзывов проводилась в учреждении в конце оценки и была направлена на вовлечение персонала в обсуждение выводов, а также предлагаемых мер. Каждому учреждению предоставляли отчет с присвоенными баллами и с детальными комментариями. Благодаря принципу участия всех сторон и, особенно, посредством проведения заключительной сессии, основанной на методе решения проблем, данный подход был направлен на повышение осведомленности о существовании вопросов качества и наличии потенциала для улучшения. Придание особого

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Отчет по оценке качества перинатальных услуг в ОЗ Баткенской области
(Сводная оценка) осень 2012г.

| Разделы | № 1 БООБ + 8% | № 2 Лейлек +15% | № 3 Кызыл-Кия +8% | № 4 Кадам-Жай - 25% | № 5 Уч-Коргон 0% | № 6 Кулунду - 9% | № 7 Сулюкта +16% | № 8 Жаны-Жер 27% | № 9 Самаркандек +9% | № 10 Айдаркен – 41% |
|--|------------------|--------------------|----------------------|------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|------------------------|------------------------|
| 1. Система поддержки больницы – статистика, анализ, лекарства и вакцины достаточны, наборы аптек, гипермедикализация, СЗП мало, реанимобиля нет, аварийная, лаборатория доступ, инфраструктура – горячей воды нет и перебои с подачей воды | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 |
| 2. Родильное отделение | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 3. Нормальные роды – проблема с партограммой, наблюдение за плодом, партнер, знание по активному ведению 3 периода родов | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 4. Кесарево сечение – навыки наружного поворота при тазовом предлежании, первой помощи при выпадении пуповины, практики спинно-мозговой анестезии, профилактика ТЭО, запас 1 группы резус отрицательной массы, мало запасов СЗП, показания необоснованные | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 2 | 0 | 0 | 1 |
| 5. Материнские осложнения – наборы в приемном блоке и ПИТ, СЗП мало, знание по временным методам остановки, первичные действия, учет кровопотери, преэклампсия – знание специалистов АРИТ по магнизиальной и гипотензивной терапии, затяжные роды – неправильное обоснование, оценка прогресса родов, нет стандарта окситоцина, инфекция – посев мочи, преждевременные роды – не работают по протоколу | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 6. Обычный неонатальный уход – профилактика гипотермии, техника прикладывания, по оценке состояния новорожденного, неготовность реанимации новорожденного | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|-----|---|---|---|---|---|
| 7. Уход за больными новорожденными – расчет питания, мониторинг пербилирубина и гипогликемии, нет диагноза гипотермии, гипермедиализация, ведение состояний не по протоколу | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | - | - | 1 |
| 8. Специализированный уход за новорожденными | 2 | 2 | 1 | - | - | - | - | - | - | - |
| 9. Экстренная помощь – набора лекарств, тренинги по первичной оценке, сортировке и первичным действиям, транспортно-консультативная помощь | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 10. Инфекционный контроль и вспомогательная помощь – мытье рук, недостаток ресурсов, аудит ВБИ формальный | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| 11. Мониторинг и наблюдение – листы формально оформляются, знаний по магниальной терапии нет, нет интенсивного листа наблюдения во время транспортировки, в ПИТе Арит нет ресурсов, знаний по неотложной помощи | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 12.Руководства/протоколы и проведение аудита | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 13. Доступ к стационарной помощи – направления неадекватно оформляются, недостаточно предоставляют информацию женщинам ПМСП, есть неофициальные платежи, реамобили нет, аварийная машина, нет точных критериев перевода | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 |
| Сводная оценка для больницы = общая оценка | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

внимания вопросам управления случаями и организационным вопросам, а не структуре и штатному расписанию, имело важное значение для продвижения идеи, заключающейся в том, что существенные изменения возможны без серьезных внешних вкладов и ресурсов.

Учет мнений матерей по нескольким аспектам медицинского обслуживания является, по сути, способом содействия дружелюбной позиции сотрудников по отношению к матерям и семьям, привлечению матерей и их семей к принятию решений, а также способом

повышения осведомленности матерей о своих правах.

Письменный отчет был подготовлен с указанием сфер, требующих улучшения, а также, первоочередных действий (см. табл.).

Заключение:

Оценка разделов проводилась по бальной системе, где «0» - мероприятия не выполнялись, «1»-практики требуют значительного улучшения, «2» - практики требуют незначительного улучшения, «3» - практики внедрены успешно. В Баткенском областном родильном доме более

лучше поставлены мероприятия по таким разделам как система поддержки больницы (2 балла), родильное отделение (2 балла), раздел по кесаревому сечению и первоначальному уходу.

Также лучше организован 1 раздел (Система поддержки больницы) в Лейлекской и Сулюктинской ТБ

По 2 разделу (Родильное отделение) также в БООБ и Сулюктинской ТБ

По 3 разделу (Нормальные роды) есть большие резервы улучшения в ЦОВП Самаркандек

По 4 разделу (Кесарево сечение) нужны улучшения, особенно ЦОВП Жаны-Жер и Самаркандек

В 5 разделе (Материнские осложнения) остро стоят проблемы ЦОВП Уч-Коргон и с. Айдаркен ЦОВП

В 6 разделе (Обычный неонатальный уход) лучше организована служба в БООБ и Кызылкийской ТБ

По 7 разделу (Уход за больными новорожденными) лучше БООБ, Кызылкийской и Лейлекской ТБ

В 9 разделе (экстренная помощь) есть неотложные мероприятия в Учкоргонской ТБ

Из 10 ОЗ в 4 больницах отсутствует аудит и создание местных стандартов.

Большие недостатки выявлены по доступности пациентов в Кызылкийской, Кадамжайской и Айдаркенской ТБ.

Таким образом, персонал учреждений определил имеющиеся трудности и проблемы в оказании медицинской помощи беременным, роженицам и новорожденным, и предложил конкретные рекомендации по их устранению. Мониторинг оказался полезным для процесса внедрения концепций в рекомендованных

международных руководящих принципов и стандартов.

Литература:

1. Инструмент для оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным рекомендованный ВОЗ – 2011.

2. Оценка качества ухода за матерями и новорожденными в больницах и учреждениях первичной медицинской помощи. А. Баччи, Д. Джецкайте, А. Мацюдевичус. ЮНИСЕФ. 2012.

3. Введение конфиденциальных расследований случаев материнской смертности и исследований критических случаев в Европейском регионе ВОЗ. Вопросы репродуктивного здоровья. 2007. С. 145-152. Баччи А., Льюис Г., Балтаг В., Бетран А.П

4. ВОЗ, Что кроется за цифрами, Расследование случаев материнской смертности и осложнений для обеспечения безопасной беременности

5. [[http:// www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/92411591838/en/index.html](http://www.who.int/making_pregnancy_safer/documents/92411591838/en/index.html)]

6. Региональный офис ВОЗ по Европе: обучающий модуль по эффективному перинатальному уходу: [http://www.euro.who.int/pregnancy/esscare/20080122_1]

7. ВОЗВсемирный отчет по здравоохранению 2000 – Системы здравоохранения: улучшение показателей [[http:// www.who.int/whr/2000/en/index.html](http://www.who.int/whr/2000/en/index.html)]

8. ВОЗ Европейская конференция по системам здравоохранения на уровне министров: «Системы здравоохранения, здоровье и благосостояние», Таллин, Эстония 2008 г.

9. [[http:// www.euro.who.int/informationSources/Publications/Catalogue/20090122_1](http://www.euro.who.int/informationSources/Publications/Catalogue/20090122_1)]

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ
СТУДЕНТОВ КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМ.И.К. АХУНБАЕВА И
КЫРГЫЗСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА
СТРОИТЕЛЬСТВА ТРАНСПОРТА И АРХИТЕКТУРЫ
ИМ.Н. ИСАНОВА**

Балхожаева А., Ибрагимова Т.М., Усенбаева С.К.

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

Резюме: Для оценки заболеваемости среди студентов были проанализированы амбулаторные карты учащихся Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева (КГМА) и Кыргызского государственного университета строительства транспорта и архитектуры им.Н. Исанова (КГУСТА) с первого по третий курсы всех факультетов, находящихся на учете врачей терапевтов в студенческой поликлинике. Обнаружено, что уровень заболеваемости среди студентов медиков значительно выше учащихся других ВУЗов. Это вероятно связано с тем, что учебная нагрузка студентов - медиков в среднем в два раза выше, чем у студентов технического ВУЗа, сопровождается нарушением режима (сокращением продолжительности сна, нерегулярностью питания, низкой физической активностью и т.д.). В сложившейся ситуации глубокий анализ социально-гигиенических причин и факторов учебного процесса, влияющих на здоровье, является одним из важнейших путей совершенствования медицинской помощи и обеспечения здоровья учащейся молодежи.

Ключевые слова: студенты, заболеваемость, режимы питания, психо-эмоциональная нагрузка.

**И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫН (КММА) ЖАНА Н. ИСАНОВ
АТЫНДАГЫ КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК КУРУЛУШ ТРАНСПОРТ
ЖАНА АРХИТЕКТУРА УНИВЕРСИТЕТИНИН (КМКТАУ)
СТУДЕНТТЕРИНИН АРАСЫНДАГЫ ООРУШТУ САЛЫШТЫРУУ
Балхожаева А., Ибрагимова Т.М., Усенбаева С.К.**

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

Корутунду: Ооруга баа бериш үчүн, студенттик поликлиникада врач-терапевттин кароосуна алынган И.К.Ахунбаев атындагы И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (КММА) жана Кыргыз мамлекеттик курулуш, транспорт жана архитектура университетинин (КМКТАУ) бардык факультеттеринин биринчиден үчүнчү курска чейинки студенттердин амбулатордук карталары анализденген. Башка ЖОЖдун студенттерине караганда медик-студенттердин арасында оорулардын тарашы бир канча жогору экендиги байкалды. Башка техникалык ЖОЖдун студенттерине салыштырмалуу, орто эсеп менен медик-студенттеринен ооруусунун татаалдыгы эки эсе жогору, бул режимдин бузулушу (уйкунун аздыгы, туура эмес тамактануу, аз кыймылдоо жана башка ушул сыяктуу) менен байланыштуу болушу мүмкүн. Кырдаалга жараша ден-соолукка таасир тийгизген социалдык – гигиеналык себептер жана окуу процессин терең анализдеп, көрсөтүлгөн даражага калкка жана окуп жаткан жаштарга медициналык жардам көрсөтүү керек экен деп эсептейбиз.

Негизги соз: студенттер, оору, тамактануу режими, психоэмоционалдык басым.

**THE COMPARATIVE ANALYSIS OF THE MORBIDITY OF THE
STUDENTS FROM KYRGYZ STATE MEDICAL ACADEMY NAME OF
I.K. AKHUNBAEV AND KYRGYZ STATE BUILDING TRANSPORT
AND ARCHITECTURE UNIVERSITY NAME OF N. ISANOV
Balkhozhaeva A., Ibragimova T.M., Usenbaeva S.K.**

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

Resume: To estimate the morbidity of students from were analyzed hospital records of students from KSMA and KSBTAU, which are registered with general practitioners in the student health center. Found that the morbidity of medical students is

significantly higher than that of students of other universities. This is probably due to the fact that the student workload - physicians on average two times higher than that of students of technical high school, accompanied by a mode of the study (reduced duration of sleep, irregular meals, low physical activity, etc.). In-depth analysis of the situation of social, sanitary reasons and factors of the educational process that affect health is one of the most important ways to improve the health care and to ensure the health of students.

Key words: students, hospital records, irregular meal

Студенты вузов – это особый социальный слой населения. Большие интеллектуальные нагрузки, резкие изменения привычного образа жизни, формирование межличностных отношений вне семьи, необходимость адаптации к новым условиям труда, проживания и питания позволяет отнести их к группе значительного риска развития заболеваний [1].

Студенты составляют особую социальную группу населения не только по возрасту, специфическим условиям труда, быта и отдыха, но и потому, что они относятся к группе повышенного риска вследствие высокого и длительного психоэмоционального напряжения.

Целью исследования явилось изучение заболеваемости студентов различных факультетов Кыргызской Государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева (КГМА), а также Кыргызского Государственного университета строительства, транспорта и архитектуры имени Н. Исанова (КГУСТА)

Материалы и методы

Для оценки заболеваемости студентов была проанализирована 431 амбулаторная карта учащихся первых - третьих курсов КГМА, находящихся на учете врача-терапевта студенческой поликлиники. Средний возраст студентов составил $20,54 \pm 0,18$ лет. В качестве группы сравнения явилась 131 амбулаторная карта студентов КГУСТА. Среди изученных амбулаторных карт студенты факультета «Лечебное дело» (ЛД) составили 217 человек, «Педиатрического факультета» (ПФ) – 36, «Медико-профилактическое дело» (МПД) – 45, факультета «Высшее сестринское отделение» (ВСО) – 16, «Фармацевтического факультета» (ФФ) – 44 и «Стоматологического» - 73 человека.

Сравнительный анализ заболеваемости среди студентов КГМА проводился в зависимости от факультетов обучения, половой принадлежности, курсов обучения.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета

стандартных программ STATISTICA. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью анализа с вычислением коэффициента корреляции г. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Полученные результаты заболеваемости по классам болезней (МКБ – 10) отражены в табл. 1. По данным Латышевской Н.И. с соавт., (2004) учебная нагрузка студентов - медиков в среднем в два раза выше, чем у студентов технического ВУЗа, и сопровождается нарушением режима (сокращением продолжительности сна, нерегулярностью питания, низкой физической активностью и т.д.). Следовательно, специфика обучения в медицинском ВУЗе предъявляет высокие требования к состоянию здоровья обучающихся.

Однако, согласно данным, приведенным в табл. 1, видно, что общая заболеваемость студентов младших курсов КГМА составила 139‰, что значительно превышала таковую у учащихся КГУСТА – 33,42‰ ($p < 0.05$). Оценивая отдельно классы болезней видно, что у студентов КГМА из заболеваний органов кровообращения преобладает доля лиц с пролапсом митрального клапана (ПМК). Известно, что данная патология очень часто обнаруживается среди лиц молодого возраста и ее встречаемость колеблется от 5 до 10% случаев [3]. В то же время по данным Avierinos, J. (2008), ориентированным на работы L.A. Freed с соавт. (1999, 2003) на основе Фрамингемского исследования, истинная распространенность ПМК в популяции составляет всего 1,5% (3,491 случаев), в частности 1,3 % для классического ПМК и 1,1 % для неклассической формы.

Примечание: ГБ - гипертоническая болезнь, ХРБС – хроническая ревматическая болезнь сердца, ВПС – врожденные пороки сердца, ПМК – пролапс митрального клапана, ВСД – вегето-сосудистая дистония, ДЖВП – дискинезия желче-выводящих путей, ЖДА – железо-дефицитные анемии, СД – сахарный

Таблица 1
Структура заболеваемости студентов младших курсов
КГМА и КГУСТА

| Классы болезней | Заболевания | ВУЗы | | P< |
|---|-----------------------------|-------------------|---------------------|-------|
| | | КГМА, % | КГУСТА, % | |
| С и с т е м ы кровообращения | ГБ | 0,93 | - | нд |
| | ХРБС | 3,71 | 3,82 | нд |
| | ВПС | 2,78 | 3,05 | нд |
| | ПМК | 25,75 | 10,69 | 0,05 |
| | ВСД | 2,78 | - | нд |
| О р г а н о в дыхания | Пневмония | 1,39 | 9,92 | 0,001 |
| | Бронхиальная астма | 0,93 | 1,53 | нд |
| | Бронхит | 0,46 | 3,05 | 0,05 |
| О р г а н о в пищеварения | Язвенная болезнь | 9,98 | 5,34 | нд |
| | Гепатиты | 1,39 | - | нд |
| | Холецистит | 3,02 | 4,58 | нд |
| | Гастрит | 2,78 | 7,63 | 0,02 |
| | ДЖВП | - | 2,29 | нд |
| Крови и к р о в е т в о р н ы х органов | ЖДА беременных | 3,25 | 11,45 | 0,05 |
| | ЖДА | 14,39 | 10,69 | нд |
| | Геморрагический васкулит | 2,78 | - | нд |
| М о ч е п о л о в о й системы | Гломерулонефрит | 0,23 | 1,53 | нд |
| | Пиелонефриты | 4,41 | 10,69 | 0,02 |
| Э н д о к р и н н о й системы | Эндемический зоб | 20,88 | 10,69 | 0,05 |
| | СД | - | 2,29 | нд |
| Костно-мышечной и соединительной ткани | СКВ | - | 0,76 | нд |
| О б щ а я заболеваемость | | 139% ₀ | 33,42% ₀ | 0,001 |

Таблица № 2
Структура заболеваемости в зависимости от факультета

| Класс болезней: | Факультеты | | | | | |
|---------------------------------|-------------------|---------------------|---------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| | ЛД | ПФ | ВСО | МПД | ФФ | СФ |
| Крови и кроветворных органов | 18,43% | 30,56% | 50% | 17,78% | 11,36% | 10,96% |
| Эндокринной системы | 13,36% | 41,67% | 25% | 33,33% | 34,09% | 16,44% |
| Системы кровообращения | 44,7% | 5,56% | - | 24,44% | 45,45% | 34,25% |
| Органов дыхания | 3,69% | -- | - | - | - | 5,48% |
| Органов пищеварения | 19,82% | 3,69% | 25% | 24,44% | 9,09% | 5,48% |
| Мочеполовой системы | - | - | - | - | - | 27,4% |
| Общая заболеваемость | 140% ₀ | 117,3% ₀ | 301,2% ₀ | 306% ₀ | 115,2% ₀ | 133,9% ₀ |

Таблица № 3
Заболеваемость среди юношей и девушек КГМА

Примечание: *- p< 0,001, ** - p< 0,002

| Класс болезней: Заболевания | Юноши | Девушки |
|--------------------------------|--------|----------|
| Крови и кроветворных органов | 0,7% | 17,87%* |
| Эндокринной системы | 0,46% | 20,42%* |
| Системы кровообращения | 3,02% | 32,95%** |
| Органов дыхания | - | 2,78% |
| Органов пищеварения | 8,82% | 8,35% |
| Мочеполовой системы | 2,32% | 2,32% |
| Общая заболеваемость | 15,32% | 84,68%* |

Зависимость заболеваемости от курсов обучения

| Класс болезней: | Курсы | | |
|------------------------------|--------|--------|--------|
| | 1 | 2 | 3 |
| Крови и кроветворных органов | 0,7% | 11,14% | 6,73% |
| Эндокринной системы | 7,42% | 4,64% | 8,82% |
| Системы кровообращения | 12,76% | 12,76% | 10,44% |
| Органов дыхания | - | 2,78% | - |
| Органов пищеварения | 3,71% | 7,66% | 5,8% |
| Мочеполовой системы | 2,32% | - | 2,32% |
| Общая заболеваемость | 26,9% | 38,98% | 34,11% |

диабет, СКВ – системная красная волчанка;

Следует также отметить, что только среди студентов медиков были выявлены лица с гипертонической болезнью и отмечалась тенденция к преобладанию язвенной болезни, гепатитов.

Известно, что студенты медицинских ВУЗов испытывают большие постоянные психические и физические перегрузки [6], нарушения режима труда, отдыха, питания. Это может привести к срыву процесса адаптации, развитию различных функциональных нарушений и заболеваний, снижающих эффективность учебного процесса [7].

Студенты КГУСТА чаще болели пневмониями, ЖДА беременных, пиелонефритами.

Оценивая заболеваемость по факультетам (табл. 2) внутри КГМА видно, что наибольшая заболеваемость отмечалась среди студентов отделений ВСО (301,2‰) и МПД (306‰).

Это можно объяснить малым количеством студентов, обучающихся на этих факультетах.

Студенты ВСО чаще всего страдали заболеваниями крови, среди которых преобладали ЖДА, вероятно это связано с тем, что в большинстве случаев студентами данного отделения являлись девушки.

У студентов факультета ЛД чаще встречались заболевания сердечно-сосудистой системы (ГБ, ПМК), а также - органов пищеварения (гастриты, язвенная болезнь). Студенты ПФ – страдали болезнями крови, эндокринной системы. Учащиеся ФФ – заболеваниями эндокринной системы, системы кровообращения. Студенты факультета стоматология – заболеваниями системы кровообращения и мочеполовых органов.

Структура заболеваемости в зависимости

от половой принадлежности отражена в табл. 3, где видно, что заболеваемость лиц женского пола значительно выше. Ведущей патологией у юношей оказались заболевания органов пищеварения – 8,82%, на втором месте – системы кровообращения, и на третьем – мочеполовой системы. У девушек на первом месте стоят заболевания органов кровообращения, на втором месте находятся болезни органов эндокринной системы – 20,42%, на третьем – болезни крови и кроветворных органов.

Наши исследования состояния здоровья студентов при переходе с курса на курс (таб.4) показали увеличение удельного веса обучающихся с хроническими заболеваниями на втором курсе.

Среди первокурсников на первом месте стоят заболевания системы кровообращения, на втором – эндокринной системы, на третьем – органов пищеварения. У студентов вторых курсов увеличивается доля заболеваний крови и кроветворных органов и пищеварительного тракта. К третьему курсу можно отметить снижение заболеваемости практически по всем позициям. Вероятно, это связано с адаптацией студентов к учебному процессу.

В процессе подготовки студентов отмечается тенденция к росту заболеваемости в целом и по отдельным классам болезней, а также рост числа хронических заболеваний. Истоки этих нарушений исследователи находят в довузовском периоде жизни [1,8], так как студенты приходят в ВУЗ уже с высоким уровнем заболеваемости органов зрения, систем кровообращения и пищеварения, патологии опорно-двигательного аппарата.

На основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы:

У студентов младших курсов КГМА всех

факультетов отмечается высокая заболеваемость, особенно болезнями органов системы кровообращения, крови и кроветворения, пищеварения.

Среди заболевших преобладают лица женского пола.

Литература:

1. Добромыслова О.П., Маймулов В.Г. Физиолого-гигиенические проблемы здоровья студентов // Гигиена и санитария 1991; 3: 42-46.

2. Латышевская, А.М. Егорова, А.В. Бессарабов//материалы III Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье».- М., 2004.- с.116-117.

3. Земцовский, Э.В. Российские рекомендации. Наследственные нарушения соединительной ткани / Всерос. науч. о-во кардиологов; секция Дисплазии соединительной ткани сердца; ком. экспертов и раб. группа: Э.В. Земцовский, Е.Л. Трисветова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2009. – Т. 8, № 6. – 24 с. Прил. № 5

4. Avierinos, J.-F. Risk, determinants and outcome implications of progression of mitral regurgitation after diagnosis of mitral valve prolapse in a single community / J.-F. Avierinos, D. Detaint,

D. Messika-Zeitoun, D. Mohty, M. Enriquez-Sarano // Am. J. Cardiol. – 2008. – Vol. 101 № 5. – P.662 – 667

5. Freed, L.A. A locus for autosomal dominant mitral valve prolapse on chromosome 11p15.4. / L.A. Freed, J.S. Acierno, D. Dai, M. Leyne, J.E. Marshall, F. Nesta, R.A. Levine, S.A. Slaugenhaupt. // Am. J. Hum. Genet. – 2003. – Vol. 72. – P. 1551 –1559.

6. Крупская С.Г., Олифер Л.Д. Методические подходы к оценке уровня здоровья студентов младших курсов // Здравоохранение РФ. - 1993. - № 5. - с. 16-18.

7. Агаджанян Н. А. Проблемы адаптации и учение о здоровье / Р. М. Баевский, А. П. Берсенева. – М.: Издательство Российского университета дружбы народов, 2005. – 284 с.

8. Камаев, И.А. Факторы риска, влияющие на состояние здоровья современных школьников / Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001.-168 с.

9. Сидоров П.И., Парняков А.В. - Введение в клиническую психологию. Учебник для студентов медицинских вузов. - М., 2000 — 416 с.



Bayer Schering Pharma – одна из десяти крупнейших фармацевтических компаний мира, реализующая продукцию более чем в 100 странах. В компании работает 36 300 сотрудников, только в исследованиях занято 5900 человек. Наша цель - улучшение качества жизни людей. Поэтому мы уделяем пристальное внимание разработке инновационных препаратов и новых подходов к лечению.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ МИАСТЕНИИ

Жоомартова А.Ж., Кожоналиева А.М., Усенова Н.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: В данной статье рассмотрены исторические открытия, миастении. Наряду с этим будут рассмотрены и актуальность данного заболевания так как, в настоящее время страдают в основном люди молодого возраста, в основном девушки. Указаны методы диагностики, а так же причины позднего диагностирования миастении.

Ключевые слова: миастения, глазодвигательные и бульбарные симптомы, витальные нарушения, парез скелетной мускулатуры, миастенический эпизод, стационарное, прогрессирующее, злокачественное течение.

КЭЭ БИР МИАСТЕНИЯНЫН АСПЕКТТЕРИ

Жоомартова А.Ж. Кожоналиева А.М., Усенова Н.Ш.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы И.К.Ахунбаев атындагы

Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Көрүнүндү : Бул макалада миастениянын диагностикасынын өнүгүүсүнө салым кошкон тарыхый ачылыштар жөнүндө сөз болот. Ошондой эле булл оорунун актуалдыгы каралат анткени азыркы учурда көбүнчө жаштар, өзгөчө жаш кыздар чалдыгат. Миастениянын клиникалык өзгөчөлүктөрү жана диагностикалык методдору көрсөтүлмөкчү. Миастениянын кеч диагностикалык үлгүсү.

Негизги сөздөр: Миастения, көз кыймылдатуучу жана бульбардык симптомдор, виталдык бузулуштар, булчуңдардын парези, миастениялык эпизоду, стационардык жана өрчүндөө түрлөрү.

SOME ASPECTS OF MYASTHENIA GRAVIS

Zhoomartova A. Zh., Kojonalieva A.M

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: This given article deals with the historical discoveries which contributed yon development of diagnostics and myasthenia. Also it focuses on actuality of this illness as many young people especially females are infected. Clinical features and methods of diagnostics of myasthenia are described. There is an example of late diagnostics of myasthenia at the age of seventeen. At the same time it concentrates on interdisciplinary approach to diagnostics of given illness

Keywords: myasthenia, oculomotor and bulbar symptoms, vital disorders, skeletal muscle paresis, myasthenic episode, stationary, progressive, malignant types of flow.

Некоторые аспекты миастении.

Миастения - нервно-мышечное заболевание, проявляющееся патологической утомляемостью мышц, приводящее к парезам и параличам, а также к неотложным состояниям, таким как остановка дыхания и сердечно-сосудистой деятельности. Термин «myasthenia gravis» происходит от греческих слов «my» - мышца, «asthenia» - слабость и латинского «gravis» - тяжелый [1,2,5].

Одно из самых ранних упоминаний о миастении относится к 1672 г, когда физиолог Thomas Willis описал пациента, страдавшего слабостью скелетных мышц и языка, усиливающихся в течение дня. Современные представления о механизмах развития миастении, связаны с тремя кардинальными историческими открытиями. Так в 1899 г Оппенгейм, впервые обратил внимание на связь миастении с опухолью

вилочковой железы. А в 1934 году М. Волкер обнаружила, что клиническая картина миастении имеет много общего с симптомами интоксикации при отравлении ядом кураре и предложила в лечении применять антихолинэстеразный препарат физостигмин, который является синтетическим аналогом прозерина. Позднее Штраус с соавторами (1960г) установили, что в крови больных с миастенией обнаруживаются антитела к ткани вилочковой железы и скелетной мускулатуре. Это дало основание, считать, что предпосылкой заболевания является аутоиммунный процесс, который приводит к нарушению нервно-мышечной передачи. А глюкокортикостероидная терапия впервые была проведена в 1966 году. С начала 80-90-х годов - с успехом используется внутривенный нормальный человеческий иммуноглобулин, гемосорбция и плазмаферез [7].

За последние 50 лет рост заболеваемости миастенией, прогрессивно увеличился с 3 до 20,3 человек на 100 тысяч населения, а со второй половины 80-х гг. и особенно 90-е гг. во всем мире резко возросло число больных с юношеской и поздней миастенией. Преимущественно, поражаются лица молодого, трудоспособного возраста от 21 до 40 лет и наблюдается высокая степень развития инвалидизации больных до 70% случаев [3]. При этом, реальная частота лиц, страдающих миастенией, может оказаться еще выше, так как легкие и стертые формы миастении встречаются не редко.

По результатам исследований В.Д. Косачева (2007г) среди клинических форм превалирует генерализованная, на долю, которой приходится 77,1%, глазная форма составляет 11%, глоточно-лицевая встречается в 7,7%, на остальные же формы приходится 4,5%. При этом, значительная часть больных утрачивает трудоспособность, одна треть из них становятся инвалидами I группы [3].

В.С. Лобзин (1960 г) в своей монографии писал, что миастения это - некурабельное заболевание, с развитием летального исхода через 5-10 лет, вследствие слабости сердечной мышцы и нарушения дыхания. Применение в 50-х годах антихолинэстеразных и глюкокортикоидных препаратов привело к снижению летальности до 50% [4]. Однако и в настоящее время болезнь плохо распознается, поскольку на одного выявленного больного приходится два неверно диагностированных случаев миастении [5].

Согласно рекомендациям Всероссийского миастенического центра (2003г), для постановки диагноза миастении необходимо наличие четырех критериев:

- ◆ Клинический
- ◆ Электромиографический
- ◆ Иммунологический
- ◆ Фармакологический

Диагноз миастении является несомненным при наличии всех критериев, достоверным, если есть три критерия. Сомнительным диагноз, считается при наличии одного критерия, вероятным, если имеются два критерия. Зачастую позднее диагностирование миастении приводит к развитию кризов.

Миастенический криз - состояние, проявляющееся усугублением симптомов с нарушением витальных функций. Провоцируется отсутствием антихолинэстеразной терапии и наличием бронхолегочной инфекции. Дифференцировать миастенический криз от других тяжелых состояний, сопровождающихся респираторными расстройствами, можно по наличию бульбарного синдрома, гипомимии, птоза, асимметричного наружного офтальмопареза, слабости, утомляемости мышц конечностей и шеи, уменьшающихся в ответ на введение антихолинэстеразных препаратов. Следует отличать миастенический криз от холинэргического, который развивается при избыточной дозе и кратности назначения антихолинэстеразных средств. Общими симптомами кризов является выраженная слабость произвольной мускулатуры с нарушениями дыхания и бульбарным синдромом, психомоторное возбуждение и нарушения сознания до сопора и комы. Необходимо отметить, что в последнее время из-за неправильного расчета доз антихолинэстеразных препаратов и отсутствия учета динамики на фоне проводимого лечения, в практике часто встречаются смешанные кризы. Они представлены сочетанием симптомов миастенического и холинэргического кризов, которые вызваны интеркуррентными инфекциями, соматическими, гормональными нарушениями, приемом препаратов, влияющих на сократительную функцию произвольных мышц [6,7].

Средние сроки от дебюта заболевания до установления диагноза составляют по литературным данным от 1 года до 10 и даже 17 лет [4]. Примером может послужить следующий клинический случай.

Больная Ф. 1972 года рождения поступила в отделение торакальной хирургии национального госпиталя 26.12.02 с жалобами на опущение левого века, двоение перед глазами, повышенную утомляемость, нарушение глотания.

В анамнезе: болеет около 17 лет, когда в 1983 году впервые появился птоз слева, сужение глазной щели. До 2000 года больная наблюдалась с диагнозом: посттравматический,

ограниченный базальный арахноэнцефалит, неврит отводящего нерва слева. По поводу этого получала симптоматическое лечение: прозерин, калимин, аминалон, лидаза. Однако положительный эффект от проведенной терапии был временным.

В 2000 году больной впервые был выставлен диагноз миастения, глазная форма. В последующем клиника заболевания прогрессировала в виде присоединения мышечной слабости скелетной мускулатуры. Проведено пневмомедиастинография и компьютерная томография тимуса, с помощью которого была выявлена тимомы. По поводу чего была прооперирована в торакальном отделении национального госпиталя.

Неврологический статус: полуптоз с обеих сторон. Парез взора вверх и внутрь справа, слабость круговой мышцы глаз. Слева парез взора кнаружи. Положительные нагрузочные пробы с глазодвигательных мышц: при приседании 10 раз усиливается птоз, появляется слабость разгибателей верхних конечностей.

Во время оперативного вмешательства у больной была обнаружена добавочная доля тимуса, удаленная вместе с железой. Постоперационный период протекал благополучно. Медикаментозное лечение: преднизолон 60 мг внутрь в сутки, калий хлорид 4% по 1 столовой ложке 3 раза в день, калимин 30 мг 2 раза в день.

Больная была выписана с улучшением в виде частичного регресса глазодвигательных расстройств, улучшением глотания, уменьшением слабости в мышцах конечностей.

Таким образом, у данной больной диагноз миастении был выставлен спустя 17 лет после развития заболевания, что еще раз подтверждает, что не все специалисты осведомлены о принципах диагностики болезни. В данном клиническом случае, описано стационарное течение миастении, которое носит доброкачественный характер течения, с сохранением моносимптоматики длительное время, что затруднило ее своевременную диагностику. В свете отсутствия очаговых симптомов органического характера, врачи ошибочно диагностировали «неврит отводящего

нерва слева», а затем «посттравматический, ограниченный базальный арахноэнцефалит», недооценив характерный патогномичный синдром патологической мышечной утомляемости и клинические стереотипы миастении, с избирательным поражением экстраокулярной, бульбарной и скелетной мускулатуры и положительными нагрузочными пробами. Проблеме своевременного выявления, а также улучшению алгоритмов распознавания миастении, уделяется большое внимание, так как миастения - это прогрессирующее, заболевание молодых женщин репродуктивного возраста, являющееся социально-экономической междисциплинарной проблемой. Врачи различного профиля сталкиваются с пациентами, страдающих миастенией, практически везде, а именно в офтальмологии, терапии, онкологии, хирургии, анестезиологии, психиатрии, ларингооторинологии, эндокринологии, психиатрии, при ведении беременных пациенток в гинекологии, неонатологии при наблюдении за младенцами с врожденной миастенией и в генетическом консультативном центре при уточнении врожденных миастенических синдромов. Пациенты, страдающие, миастенией составляют тяжелую, ургентную группу больных. Они нуждаются, не только в квалифицированной медицинской помощи, но и в постоянной психологической, социальной адаптации со стороны многих специалистов, в свете увеличения частоты депрессивно - тревожных расстройств, являющиеся причиной быстрого снижения качества жизни и развития витальных нарушений.

Литература:

1. Галкина О.И. Клинико-электрофизиологические особенности миастении, сочетающейся с тимомой. Автореф. дис. канд. мед. наук. - Москва, 2006.-20 с.
2. Гехт Б.М., Ильина Н.А. Нервно-мышечные болезни. Москва: Медицина, 1982.- 350 с.
3. Косачев В.Д. Оптимизация диагностики, лечения и прогнозирования миастении. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Санкт-Петербург. 2007. С. 3-37.

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

4. Пономарева Е.Н., Синевич П.А., Пономарев В.В., Солодовникова С.А. Неврологический журнал.-2010. –№1.-С.19-23
5. Пономарев В.В. Аутоиммунные заболевания в неврологии. Минск, 2010. С.79-94.
6. Санадзе А.Г. Неврология, национальное руководство. Москва 2009. С. 823-836.
7. Щербакова Н.И. Патогенетические обоснования стратегии и тактики лечения миастении. Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Москва. 2007. С. 3-46.



ДНИ НАУКИ 2014
посвященные 75-летию
КГМА им. И.К. Ахунбаева
16-18 апреля 2014.
Бишкек, Кыргызская Республика

КАУЗАЛГИИ ПРИ СИНДРОМЕ РЕЙНО КАК МАНИФЕСТАЦИЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ХРОНИЧЕСКОГО МИЕЛОЛЕЙКОЗА У ПАЦИЕНТА ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА.

Бегалиева Б.Б., Луценко И.Л.

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

Резюме: Представляем анализ редкого клинического случая синдрома Рейно, протекавшего с изменением цвета пальцев кисти левой руки, каузалгиями, чувствительными и трофическими расстройствами. Болевой синдром купирован на фоне приемов габапентина, цвет покровов нормализовался, однако у больного наблюдался высокий лейкоцитоз в серии общего анализа крови. В пунктате костного мозга выявлен рост мегакариоцитарного ростка, на основании чего был подтвержден миелолейкоз. Болевой синдром в виде каузалгии и акропарестезии также являются проявлениями гемобластозов.

Ключевые слова: гемобластоз, миелолейкоз, каузалгии, синдром Рейно, габапентин.

УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ АДАМДЫН РЕЙНО СИНДРОМУНУН КАУЗАЛГИЯСЫ БЕЛГИСИЗ СЕБЕПТЕР МЕНЕН БАШТАЛГАН АК КАН ООРУСУНУН МАНИФЕСТАЦИЯСЫ КАТАРЫ КАРАЛЫШЫ

Бегалиева Б.Б., Луценко И.Л.

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

Корутунду: Назарыңыздарга ооруканаларда өтө сейрек кездешүүчү, сол колдун манжаларынын тусунун өзгөрүшү жана каузалгия менен, сезгенүү сезими жана трофикалык жактан өзгөрүштөр менен коштолгон Рейно синдрому изилдөөгө алынган. Габапентинди кабыл алган сон, бейтаптын ооруган жери басандады, теринин тусу калыбына келди, бирок кандын текшерүүсүндө жогоруланган лейкоцитоз байкалды. Кызыл чучуктун изилдөөсүндө мегакариоциттердин өсүүшү байкалгандыктан миелолейкоздун далили болуп кабыл алынды. Туруктуу ооруу жана акропарестезиялар гемобластоздордун белгилери болуп саналат.

Кирриш сөз: гемобластоз, миелолейкоз, каузалгия, Рейно синдрому, габапентин.

CAUSALGIAS IN RAYNAUD'S SYNDROME AS A MANIFESTATION OF IDIOPATHIC CHRONIC MYELOID LEUKEMIA IN OLD PATIENT

Begalieva B.B., Lutsenko I.L.

Kyrgyz State Medical Academy after I.K. Achunbaev,
Bishkek, Kyrgyzstan

We present an analysis of a rare clinical case of Raynaud's syndrome, occurs with a change in his left hand fingers color, causalgias, sensory and trophic disturbances. Pain was arrested while taking gabapentin, color sheets to normal, but patient experienced high leukocytosis in a series blood tests. In the bone marrow megakaryocyte growth of the germ found on the basis of which myeloid leukemia was confirmed. Pain (causalgia) and acroparesthesia are also manifestations of leukemia.

Key words: hemoblastosis, myeloid leukemia, Raynaud's syndrome, causalgia, gabapentine.

Больной М. 72 лет, поступил в неврологическое отделение №1 НГ МЗ КР с жалобами на жгучие, интенсивные распирающие боли в области I,II,III пальцев кисти левой руки, с одновременным ощущением похолодания в них и скованности в шейном отделе позвоночника, изменение цветов пальцев до фиолетового и отечностью в них. Заболевание началось 2 года назад с ощущения покалывания, и побледнения в кончиках пальцев левой руки. Больной связать с чем-то появление выше указанных симптомов не мог, пробовал лечение народными способами (растирание мазями, распаривание пальцев), но эффекта от этого не было. Последние две недели боли стали интенсивнее с оттенком жжения, более выраженные в ночное время, из-за чего не мог спать; появилось изменение цвета кожи. Больной обратился к терапевту по месту жительства, откуда был направлен к невропатологу в город Бишкек. Объективно:



Рис. 1.
Трофические изменения на левой кисти у больного с каузалгией.

больной умеренного питания, кожные покровы обычной окраски, цвет I,II,III пальцев кисти левой руки буро-фиолетовый.

В неврологическом статусе: со стороны черепных нервов без патологии, мышечная сила и тонус не изменены, сухожильные рефлексы с конечностей средней живости, чувствительность нарушена по мононевротическому типу: гипестезия I,II,III пальцев кисти левой руки, шейный отдел позвоночника пальпаторно болезненный, отмечаются плотные миофасциальные тяжи. Обследования. Общий анализ крови: Hb 136 г/л, эритроциты $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитоз ($13 \cdot 10^9$ /л), лимфоциты, моноциты, базофилы в пределах нормы, лейкоцитарная формула сдвинута влево, СОЭ 10 мм/ч. Повторный ОАК: Hb 136 г/л, эр. $4,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитоз ($17 \cdot 10^9$ /л), лимфоциты, моноциты, базофилы в пределах нормы. ОАМ, микрореакция крови, биохимические, почечные, печеночные тесты, ЭКГ патологии не выявили. Дуплексное сканирование экстракраниальных сосудов шеи и верхних конечностей: снижение кровотока на лучевой артерии как косвенный признак болезни Рейно. На рентгенограмме шейного отдела позвоночника выявлены признаки межпозвоночного остеохондроза с разрастанием клювовидных остеофитов. Больной был консультирован сосудистым хирургом, которым были исключены заболевания магистральных и периферических сосудов. Проводился дифференциальный диагноз между синдромом Рейно и цервикобрахиалгией, корешково-трофической формой. При синдроме Рейно, который рассматривается как одно из проявлений

ревматических заболеваний, повышена скорость оседания эритроцитов, отмечается повышенный уровень антинуклеарных антител и при согревании возникают вазодилатация и интенсивное покраснение кожи, сопровождающиеся ощущением пульсации и парестезиями [2-4], чего не было у нашего больного. Однако характерный вид пальцев, и наличие синдрома Рейно также при других возможных неревматических заболеваниях, все же не исключал последнего. Тем не менее, с учетом данных межпозвоночного остеохондроза, болезненности в шейном отделе, наличия трофических изменений в пальцах кисти, больному был вынесен ДЗ: “Цервикобрахиалгия вертеброгенного генеза, корешково - трофическая форма, с каузалгиями. Не исключается синдром Рейно. Больному был назначены миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные препараты, а также препарат из группы габапентинов - тебантин, с целью анальгезии. На фоне лечения интенсивность боли снизилась, но боль не исчезла, цвет кожных покровов стал ближе к обычному. В течение 10 дней лечения лейкоцитоз сохранялся, и ввиду этого больного решено дообследовать в центре трансплантации костного мозга: проведены повторно ОАК, гемостазиограмма с подсчетом тромбоцитов, пункция костного мозга, которые выявили рост белого лимфоидного ростка. Гематологом вынесен диагноз: Гемобластоз. Идиопатический хронический мегакариоцитарный миелолейкоз. Таким образом, был переформулирован диагноз: “Синдром Рейно с каузалгиями при гемобластозе”, и больной был направлен в центр гематологии для дальнейшего лечения. Основным симптомом гемобластозов являются резкие сдвиги в показателях гемограммы (клеточного состава крови), которые иногда обнаруживают случайно, а в других случаях на фоне явлений интоксикации с поражением различных органов и систем [5]. При лимфобластных лейкозах часто развиваются неврологические нарушения (нейролейкемия) из-за воспаления нервных корешков, развития менингоэнцефалита, воспаления черепно-мозговых нервов, а также нарушение зрения. Неврологические нарушения при лейкозах

обуславливаются инфильтрацией мозга, его оболочек, нервов и корешков лейкоэмическими клетками, что ведет к каузалгии. Возможно развитие токсической моно-, полиневропатии или миелополирадикулоневрита [1]. Каузалгия (causalgia; греч. kausis жжение + algos боль; синоним: болезнь Пирогова — Митчелла, каузалгический синдром) — интенсивная жгучая боль в зоне иннервации частично поврежденного периферического нерва, содержащего большое число симпатических вегетативных волокон [2-5]. Патогенез каузалгии заключается в раздражающем воздействии инородного тела или рубцово-спаечного процесса на симпатические афферентные и эфферентные волокна. Постоянное раздражение афферентных рецепторов нейронов в зоне повреждения нерва обуславливает патологическую импульсацию в сегментарный аппарат спинного мозга, зрительный бугор и сенситивную зону коры больших полушарий головного мозга. Это приводит к нарушению рефлекторных взаимоотношений подкорковых центров и коры больших полушарий, что придает болевым ощущениям гиперпатическую окраску [2]. Характерны вегетативно-трофические нарушения в пораженной конечности: сухость кожи или гипергидроз, гиперемия или побледнение кожи, усиление или ослабление ее пигментации, повышение сосудистых и пилomotorных рефлексов, усиленный рост ногтей, гипертрихоз, отечность суставов [1]. Данный клинический случай представляет интерес в связи со следующим: несмотря на трофические нарушения и изменения окраски пальцев кистей синдром Рейно вовремя не был диагностирован по месту жительства, недооценка рутинных анализов крови не выявила вовремя высокий лейкоцитоз, тромбоцитоз, которые в последующем и послужили ключом к диагностике лейкоза. Каузалгия и изменения цвета пальцев кистей явились манифестацией злокачественного заболевания крови.

Каузалгическая боль является проявлением моно- и полинейропатий, однако при отсутствии этиологических факторов других нейропатий, мононейропатии при заболеваниях крови вначале не были заподозрены. Неврологам следует брать во внимание, что корешки и периферические нервы могут страдать при многих не неврологических заболеваниях вторично (при ревматоидном артрите, системной красной волчанке, склеродермии, токсических поражениях нервов при алкоголизме, отравлении фосфорорганическими соединениями, злокачественных заболеваниях крови т.д.) [1].

Литература:

1. Яхно Н.Н., Штульман Д.Р.// *Болезни нервной системы*, том II, М., Медицина, 2001, с.343
2. Anderson ME, Moore TL, Lunt M, Herrick AL (March 2007). «The 'distal-dorsal difference': a thermographic parameter by which to differentiate between primary and secondary Raynaud's phenomenon». *Rheumatology* 46 (3): 533–8. doi:10.1093/rheumatology/kel330. PMID 17018538.
3. Franks AG, Jr (2009 Nov). «Skin manifestations of internal disease». *The Medical clinics of North America* 93 (6): 1265–82. PMID 19932330.
4. Loebe, M; Heidrich, H (1988 Oct). «The carpal tunnel syndrome--a disease underlying Raynaud's phenomenon?». *Angiology* 39 (10): 891–901. PMID 3052182.
5. Gayraud M (January 2007). «Raynaud's phenomenon». *Joint, Bone, Spine* 74 (1): e1–8. doi:10.1016/j.jbspin.2006.07.002. PMID 17218139.
6. Pain mechanism in causalgia. S Sunderland J *Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1976 May; 39(5): 471–480.

КАЧЕСТВО ОБСЛУЖИВАНИЯ В АПТЕКАХ г. БИШКЕК: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ ЗА ДВА ГОДА?

Кельдибекова У., Кельдибекова Т.А.

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

Резюме: В статье представлены сравнительные результаты исследования профессионального консультирования покупателей фармацевтом и оценки качества обслуживания потребителей лекарств в аптечных учреждениях г. Бишкека за 2011 и 2013 гг.

Ключевые слова: фармацевт, покупатель, лекарственное средство, аптечное учреждение, консультирование, качество обслуживания.

БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ ДАРЫКАНАЛАРДЫН САПАТТУУ ТЕЙЛӨӨСҮ: ЭКИ ЖЫЛДА ЭМНЕ ӨЗГӨРҮЛДҮ?

Кельдибекова У., Кельдибекова Т.А.

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

Корутунду: Макалада Бишкек шаарындагы дарыкана мекемелеринде 2011 жана 2013 жылдар үчүн фармацевт тарабынан сатып алуучуларга билимдүү профессионалдык кеңеш берүү жана дары керектөөчүлөрдү сапаттуу тейлөөгө баа берүүнү изилдөөнүн натыйжасы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: фармацевт, сатып алуучу, дары, дарыкана мекемеси, кеңеш берүү, сапаттуу тейлөө.

SERVICE QUALITY IN PHARMACIES OF BISHKEK CITY: WHAT HAS CHANGED IN 2 YEARS?

Keldibekova U., Keldibekova T.A.

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

Summary. This article represents comparative results of research of professional pharmaceutical counseling to buyers and assessment of customer service quality of medicines in pharmacies of Bishkek city for 2011 and 2013 years.

Keywords: pharmacist, buyer, drug, pharmacies, counseling, quality of service.

Введение. Анализ литературных данных показывает, что в странах с интенсивным развитием рыночных отношений проблема повышения фармацевтической помощи и профессиональной деятельности, соответствующей стандартам надлежащей аптечной практики (Good Pharmacy

Practice, GPP), остается весьма актуальной [1]. Правила GPP распространяются на розничную торговлю лекарственными средствами (ЛС) и представляют собой способ реализации концепции фармацевтической помощи. При этом главными направлениями деятельности фармацевта должны быть отпуск ЛС и изделий медицинского назначения надлежащего качества, а также предоставление информации о ЛС. Следует отметить, что неотъемлемой частью работы фармацевта должна быть пропаганда рационального назначения ЛС и правильного их использования [3].

Во многих странах наметилась тенденция к увеличению числа больных, предпочитающих самолечение. Обязанность фармацевта, согласно документам четвертого консультативного

совещания Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), установить доверительные отношения с пациентом и рекомендовать ему высококачественные ЛС, а также взаимодействовать с другими работниками здравоохранения, государственными и общественными организациями, представителями фармацевтической промышленности и т.п. [2].

Целью нашего исследования было изучить уровень качества обслуживания потребителей лекарств в аптеках г. Бишкек и сравнить полученные результаты с аналогичным исследованием, проведенным в 2011 г.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось в выборочных точках розничной аптечной торговли г.

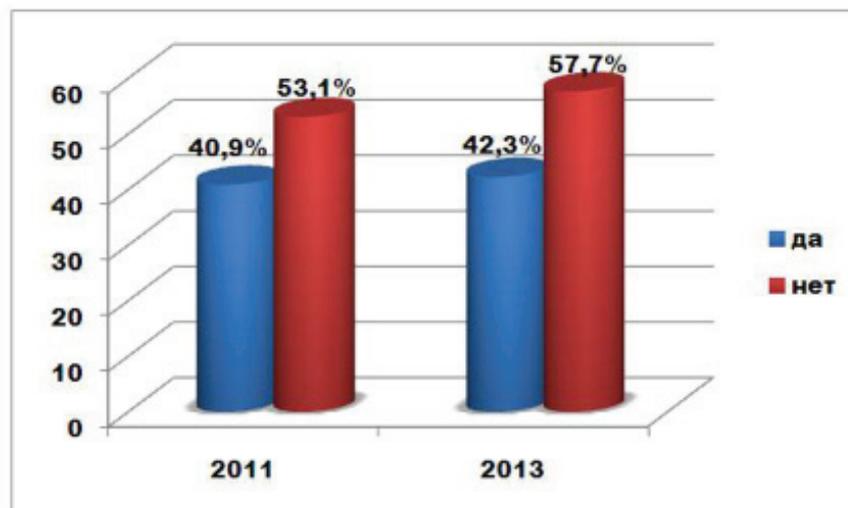


Рис. 2.
Структура ответов на вопрос «Вас проинструктировали, как принимать лекарственный препарат?» за 2011 и 2013 гг.

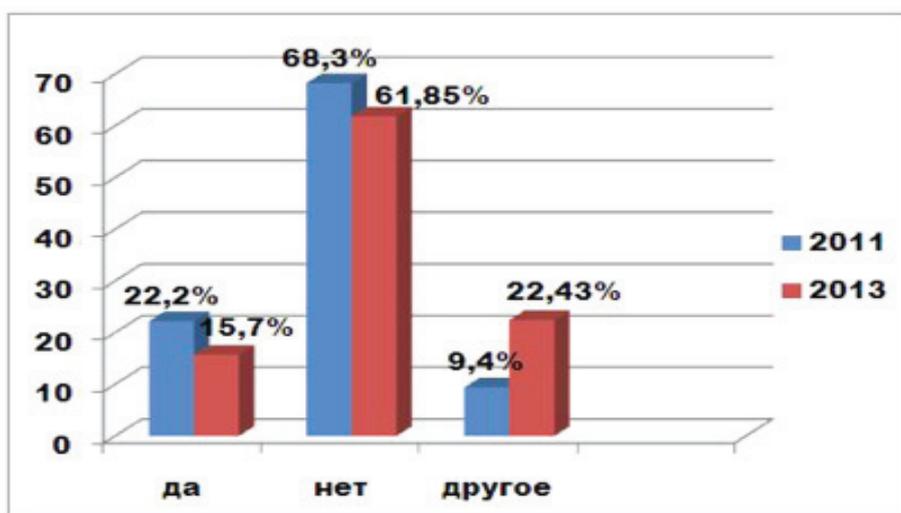


Рис.1.
Структура ответов на вопрос «Было ли предложение фармацевта о замене препарата?» за 2011 и 2013 гг.

Бишкек с участием 360 потребителей лекарств методом интервьюирования покупателей. Были выбраны следующие виды аптек: транзитные – находящиеся на пересечении центральных улиц, спальные – расположенные в микрорайонах, аптеки, находящиеся рядом с лечебно-профилактическими учреждениями, а также аптеки открытого (фарммаркеты) и закрытого типов.

Опрос посетителей аптек проводился с помощью анкеты, содержащей 15 вопросов, из них 8 - открытого типа и 7 - закрытого

типа. Вопросы закрытого типа кодировались. Полученные данные обрабатывались общепринятыми статистическими методами при помощи персонального компьютера с использованием табличного редактора Excel 2007 с пакетом анализа для Windows XP.

Результаты исследования. По полученным данным следует, что половозрастная структура потребителей ЛС по сравнению с 2011 г. практически не изменилась. Большую часть покупателей в аптеках по-прежнему составляют женщины

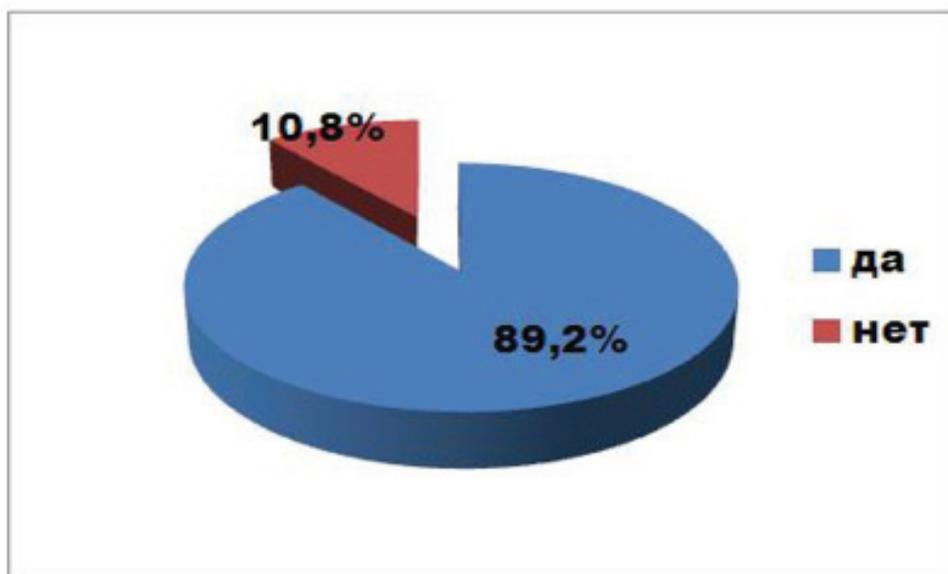


Рис. 3.
Структура ответов на вопрос «Читаете ли Вы инструкцию по применению ЛС?»

– 57,5%, а остальные 42,5% - мужчины. По возрастной категории 13,3% опрошенных посетителей составляют молодые люди младше 20 лет; 30,3% респондентов – от 20 до 30 лет; 20% опрошенных - от 30 до 40 лет; 18,3% - от 40 до 50 лет; 13,9% - от 50 до 60 лет; 7,5% - старше 60 лет.

В задачах наших исследований также предусматривалось выяснение вопроса о частоте посещения потребителями аптек. В результате проведенного анализа выяснилось, что 19,2% респондентов ходят в аптеку раз в неделю; 19,4% - 1 раз в 2 недели; 36,5% - 1 раз в месяц; 25,3% - реже, чем раз в месяц. По сравнению с 2011г. число посетителей, которые ходят в аптеку 1 раз в месяц, увеличилось в 3 раза, с 9,3% в 2011 г. до 25,3% - в 2013г.

Как видно из рисунка 1, на вопрос «Было ли предложение фармацевта о замене препарата» 15,7% респондентов в 2013 г. ответили утвердительно, что на 6,5% меньше количества опрошенных посетителей (22,2%) в 2011 г., ответивших, что фармацевт предложил заменить ЛС на другой генерический препарат. В то время как количество предложений о замене ЛС снизилось на 6,45%: 61,85% опрошенных в 2013 г. ответили, что предложений о замене не было, а в 2011 г. – 68,3%. Скорее всего, это связано с тем, что ассортимент ЛС в аптечных учреждениях г. Бишкек стал более широким и нужный препарат был в наличии. Также

22,43% опрошенных посетителей аптек в 2013 г. ответили, что сами поинтересовались о возможности замены ЛС на другой препарат, а в 2011 г. респондентов, ответивших на данный вопрос таким же образом, было всего 9,4%. Этот факт указывает на то, что в течение последних двух лет информированность потребителей ЛС о возможности замены одного ЛС на другое значительно возросла.

В задачи нашего исследования также входило узнать, изменилась ли ситуация с инструктированием пациента о приеме ЛС фармацевтом. Как видно из рисунка 2, уровень профессионального консультирования фармацевта практически не изменился. Участие фармацевта в инструктировании и информировании пациентов, безусловно, положительно сказывается на правильности приема ЛС, следовательно, на успешном лечении. Для этого необходимо установить доброжелательный контакт между фармацевтом и пациентом, т.е. фармацевт должен обладать хорошими навыками общения.

При ответе на вопрос «Читаете ли Вы инструкцию по применению ЛС» 89,2% ответили положительно, а остальные 10,8% ответили, что знают как принимать ЛС и их проконсультировал лечащий врач (рис. 3).

Анализ ответов потребителей ЛС на данный вопрос показал, что они заинтересованы

в получении информации о приеме ЛС. Однако, надо учесть, что образовательный уровень потребителей ЛС не всегда позволяет им правильно и адекватно оценить информацию о ЛС в инструкции по применению и ознакомление с содержанием инструкции не может заменить прямого контакта фармацевта и пациента, потому что при личном общении фармацевт может донести информацию пациенту в более доступной и понятной ему форме.

Заключение

В целом, проведенное исследование показало, что уровень качества обслуживания в аптеках г. Бишкек за 2 года изменился незначительно. При этом отмечается достаточно высокий интерес потребителей к вопросам лекарственной терапии.

Поскольку качество фармацевтической помощи, являющейся составной частью системы здравоохранения, в значительной степени зависит от профессиональной квалификации специалистов, важной составляющей

правильного и эффективного лечения больных является консультирование пациентов фармацевтом о применении ЛС, информировании о фармакологических свойствах, побочных действиях, взаимодействиях с другими ЛС, противопоказаниях и особых указаниях.

Литература:

1. Чолпонбаев К.С. Основы управления качеством фармацевтической деятельности в Кыргызской Республике на современном этапе [Текст]: автореф. ... дис. д-ра фарм. наук: 15.00.01 / К.С. Чолпонбаев. – Б., 2007. – 45 с.
2. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. The Hague, The Netherlands 26 - 28 August 1998. Geneva, 1998. 15 p.
3. Маргитич В. ВОЗ о роли фармацевта. Аптека. Online.ua. - № 336(15) 15.04.2002. - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: //www.pda.apteka.ua/



Фармако-индустриальная торговая компания "**Сановель**" существует на рынке Турции более 25 лет. За последние 5 лет компания запустила новый завод - самый крупный и современный в Турции, а также открыла филиалы в странах СНГ и Европы. Компания производит широкую гамму кардиологических, антибактериальных, антигистаминных, противогрибковых препаратов и НПВС. Телефоны в Бишкеке: 69-02-50; 0543-917-695

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Кубатова А.К. Рисалиев Д.Д.

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

Резюме: Социально- экономическое и эпидемиологическое значение сибирской язвы в Кыргызской Республике возрастает в связи с возникновением эпидемических вспышек и активизацией почвенных сибирезвенных очагов.

Ключевые слова: сибирская язва, заболеваемость, очаги, эпидемиологический надзор, профилактика

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ КУЙҮДҮРГҮНҮН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Кубатова А., Рисалиев Д.

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

Корутунду: Кыргыз Республикасындагы куйдүргүнүн эпидемиялык туруктуулугуна байланыштуу анын экономикалык жана эпидемиологиялык мааниси өсүүдө.

Негизги сөздөр: куйдургу, оору, эпидемиологиялык күзөт, алдын алуу.

EPIDEMIOLOGICAL PROPERTIES OF ANTHRAX IN KYRGYZ REPUBLIC

Kubatova A., Risaliev D.

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

Resume: Social economical and epidemiological vitality of anthrax in Kyrgyz Republic increasing because of its epidemic flashes and activity of fundamental anthrax reasons.

Key words: anthrax, decease, epidemiological observation, prevention.

Введение: Сибирская язва острое инфекционное заболевание, подлежащее обязательной регистрации в Кыргызстане.

Подозрительные случаи заболевания должны сообщаться в соответствующие медицинские и ветеринарные государственные органы, ответственные за контроль болезни у людей и животных. Сибирская язва включена в список подлежащих регистрации опасных инфекционных заболеваний МЭБ (Всемирная организация охраны здоровья животных) в качестве болезни множественных видов, и страны-участницы обязаны известить МЭБ в течение суток о подтверждении случаев сибирской язвы[1].

Несмотря на проводимые профилактические мероприятия против сибирской язвы, ни в одной стране мира эта болезнь не ликвидирована. Ежегодно сибирскую язву регистрируют почти в 100 странах мира у 54 видов животных. Согласно данным Международного эпизоотического бюро (МЭБ), ФАО, ООН, а также Международной

организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно во всех странах мира регистрируется от 5 до 6 тыс. вспышек сибирской язвы, погибает более миллиона животных и заболевает свыше 20 тысяч человек(4).

Целью данного исследования является эпидемиологическая оценка и изучение особенностей распространение сибирской язвы в Кыргызской Республике.

Материалы и методы исследования: Материалом исследования служили данные Центра карантинных и особо опасных инфекций, ДГСЭН, информационного центра МЗ КР, местных органов самоуправления, ветеринарной службы. Для анализа работы использованы эпидемиологические, статистические, математические методы и программа Epi info.

Результаты и их обсуждение: На территории Кыргызской Республики сибирская язва официально регистрируется с 1949 года. С момента первого учета сибирской язвы в республике ежегодно регистрировались случаи заболевания с показателями от 0,33 до

Таблица 1

Почвенные очаги сибирской язвы по регионам

| Наименование областей | Абс. | (%) |
|-----------------------|-------------|------------|
| Ошская | 250 | 20,2 |
| Джалал-Абадская | 358 | 29,0 |
| Чуйская | 453 | 37 |
| Иссык-Кульская | 125 | 10,1 |
| Таласская | 16 | 1,3 |
| Нарынская | 5 | 0,4 |
| Баткенская | 13 | 1,1 |
| г. Ош | 16 | 1,3 |
| г. Бишкек | 1 | 0,08 |
| по республике | 1236 | 100 |

3,85 на 100тыс. населения, а смертность от этой инфекции колебалась от 0,17 до 0,25[2]. Неблагоприятные метеорологические условия могут активизировать сибиреязвенные очаги. Иррадиация в природу вызывает заболевание грызунов, а употребление инфицированного мяса млекопитающими и птицами могут длительное время выделять с испражнениями возбудителя сибирской язвы, образуя все новые и новые очаги. Остается напряженной эпидемиологическое состояние по сибирской язве, которая поддерживается наличием (учтенных) 1236почвенных очагов втч по регионам: г.ОШ(1,3%),Иссыкульская(10,1%),Ж алаалабадская(29%),Нарынская (0,4%),Ошская обл(20,2%), Таласская(1,3%), Баткенская(1,1%), Чуйская (37%), г.Бишкек(0,08%).(табл.1). Изменение социально-экономических условий последних лет привело к расширению географии сибирской язвы. Появились новые очаги сибирской язвы в Ляйлякском,, Араванском, Карасуйском районах и г.Ош, бывшими традиционно на протяжении последних 60 лет свободными от сибирской язвы. Этот процесс весьма настораживает и тем, что возбудитель *Vac.Anthrax* обнаруживается в почве до 2,8%. Неблагополучные сибиреязвенные очаги в южном районе приурочены к низкогорным и предгорным зонам с характерными почвами. Заболеваемость населения на юге республики значительно выше, чем на севере (11,8 против 1,2 на 100 тыс. населения соответственно). Особенности рельефа, а также активная сейсмичность региона, антропогенное

воздействие на горные массивы создают благоприятные условия к возникновению селей, а последние приводят к формированию новых очаговых территорий. Так в селах Акман База-Курганского района, Ильичевка Узгенского района после селевых потоков и сильных дождей отмечены эпизоотологические осложнения среди животных по сибирской язве, где ранее инфекция не регистрировалась[3].

Однако, остаются неучтенными захоронения, расположенные в скотопрогонных трассах на территории Кыргызской Республики. Именно, такие неучтенные захоронения являются причиной заражения домашних животных.

Источником инфекции при заболевании людей являются чаще крупный рогатый скот ($56,2 \pm 2,85\%$), реже мелкий рогатый скот ($1,3 \pm 2,82\%$), и лишь в единичных случаях свиньи ($1,9 \pm 0,7$) и лошади ($0,6 \pm 0,4\%$). Болезнь у человека чаще всего проявляется как инфекция наружных покровов и лишь изредка осложняется сибиреязвенным сепсисом, вместе с тем может развиваться и первичная генерализованная инфекция, проявляющаяся в легочной или кишечной форме.

Причинами заражения людей являются: нарушение правил личной гигиены при уходе за больными животными, подворный убой больных животных без предварительного ветеринарного осмотра, снятие шкур, разделка туш, захоронение трупов павших животных без соблюдения ветеринарно-санитарных правил, приготовление пищи из мяса, полученного от больных животных, контакт с приобретенными у

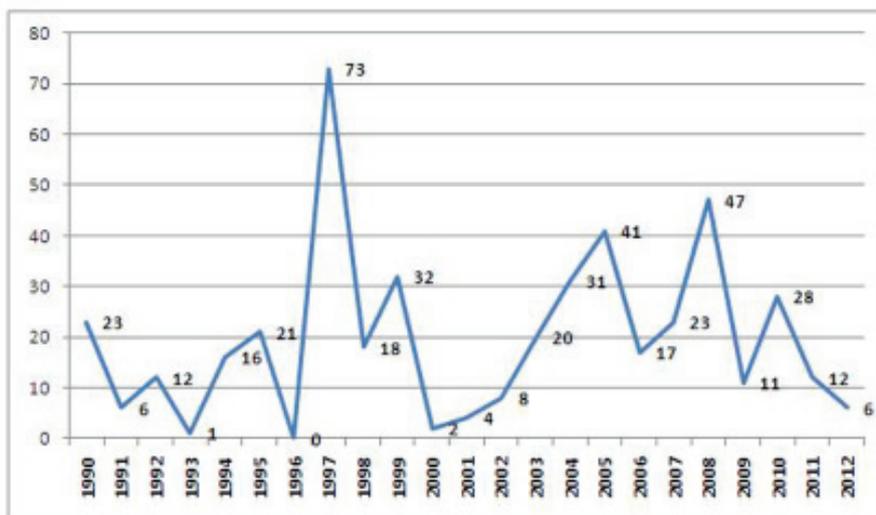


Рис.1
Динамика заболеваемости населения сибирской язвой за 1990- 2012 гг.

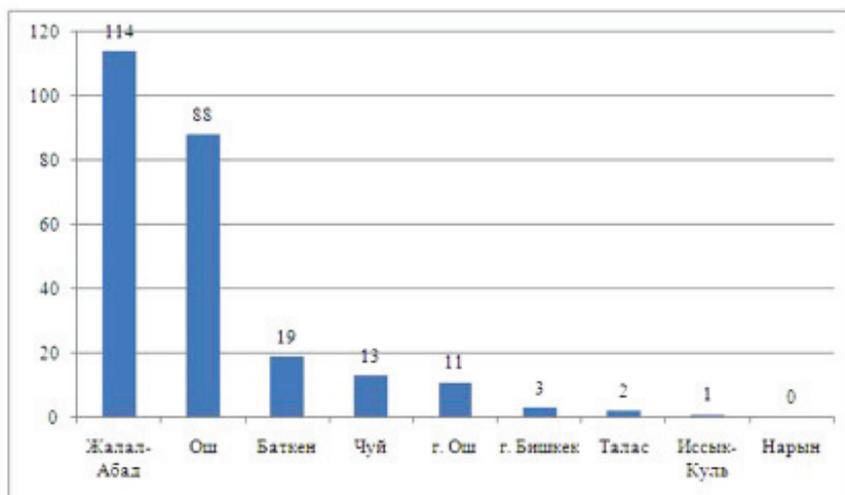


Рис.2
Заболеваемость сибирской язвой населения по регионам за 2000- 2012гг.

частных лиц не проверенными на зараженность мясными и другими продуктами животноводства.

За последние 20 лет ежегодно регистрируются случаи сибирской язвы среди людей, за исключением 1996 и 2000 годов. (Рис.1)

Наибольшее количество зарегистрированных случаев приходится на 1997 год (73). В последующие годы на фоне спада заболеваемости отмечается тенденция к росту - в 2005 г. (41), а в 2008 г. (47). За 2012 год зарегистрировано 6 случаев, по сравнению с предыдущими показателями этот показатель сравнительно низкий. По данным РЦКиООИ, в начале 2013 года зарегистрирован 1 случай заболеваемости сибирской язвой среди населения республики. При налаженном контроле за

этой инфекцией, системе мероприятий с применением средств профилактики можно снизить заболеваемость. В ряде случаев благополучие достигается широкомасштабной вакцинацией животных, в исключительных случаях, рекомендуется по эпид. показателю иммунизация сельского населения.

При территориальном распределении заболеваемости населения сибирской язвой видим следующие данные (Рис.2), что большая доля случаев приходится на южные регионы республики, 114 случаев зарегистрировано на территории Жалал-Абадской области и 88 случаев в Ошской области, что вероятно является отражением наличия большого количества сибиреязвенных очагов на данных территориях.

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

Средние показатели дают Баткенская, Чуйская области и г. Ош- 19,13 и 11 соответственно. Единичные случаи наблюдаются на территории г. Бишкек (3), Таласской (2) и Иссык-Кульской (1) областей. За данный период только на территории Нарынской области не зарегистрировано ни одного случая заболеваемости сибирской язвой среди людей.

Выводы:

В республике имеется 1236 очагов. Вероятно, этот показатель недооценен, потому что некоторые случаи, такие как забой больных животных их владельцами, не сообщаются и не выявляются. Незарегистрированные происшествия в результате приводят к неконтролируемому заражению пастбищ и окружающей среды и продолжению цикла заражения.

Заболеваемость среди людей за последние 20 лет регистрируется ежегодно за исключением 1996 и 2000 годов, и колеблется в пределах от 1 до 73 (1997г.) случаев в год.

Большая доля всех зарегистрированных случаев приходится на долю южных областей республики: Жалал-Абад(114), Ош (88), вероятно из за наличия большого количества сибиреязвенных очагов.

Важно следовать профилактической

направленности, которая складывается из санитарно-эпидемиологических и ветеринарных мероприятий.

Необходимы дальнейшие исследования в отношении сибирской язвы в Кыргызской республике и проведение образовательных программ для повышения информированности населения о заболеваемости .

Литература

1. Стратегия по борьбе с сибирской язвой в Кыргызской Республике на 2011-2013 годы. Бишкек-2011 год (10,16стр.)

2. К. Б. Бектурдиев, Т. Г. Самсонова, М. Г. Аминова, Р. А. Курманов Заболеваемость населения сибирской язвой Кыргызстана в современных условиях (1991- 2005 гг.) мед. журнал Медицина Кыргызстана 3/2007 (48-51стр.)

3. Д. Д. Рисалиев Особенности эпидемического процесса и возрастание социально-экономической значимости инфекционных заболеваний с природной очаговостью при преобразовании страны. Ош 1997(39-43стр.)

4. Ипатенко Н.Г. Пути распространения сибирской язвы //Ветеринария. – 2001.–№5.– С.7–8.



«Геден Рихтер» (Венгрия) - ведущий в мире производитель высокоэффективных и безопасных лекарственных средств различных групп. Компания располагает исследовательскими и производственными базами, соответствующими мировым стандартам и экспортирует готовые лекарственные формы в США, Японию, страны Европы и СНГ. Телефоны в Бишкеке: 90-01-02; 90-01-03; 54-92-93. E-mail: richter@saimanet.kg

ХАРАКТЕРИСТИКА ПАРАРЕКТАЛЬНОЙ КОНВЕРСИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ.

Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Ашимов Ж.И.

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

Резюме: В данной статье охарактеризован хирургический доступ, а именно параректальная конверсия аппендикулярного доступа при остром аппендиците осложненный перитонитом по данным планиметрии и стереометрии.

Ключевые слова: острый аппендицит, параректальная конверсия, перитонит.

КУРЧ АППЕНДИЦИТТИН КАБЫЛДООСУНДА АППЕНДИКУЛАРДЫК ЖЕТҮНҮН ПАРАРЕКТАЛДЫК КОНВЕРСИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Азарова Н., Сыдыгалиев К.С., Ашимов Ж.И.

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

Корутунду: Бул макалада курч аппендицит перитонит болуп кабылдоосунда хирургиялык жетүү, тактап айтканда, параректалдык аппендикулярдык конверсиялык жетүү, планиметрия стереметрия негизинде мүнөздөлөт.

Негизги создор: курч аппендицит, параректалдык конверсия, перитонит

CHARACTERISTICS OF APPENDICULAR APPROACH PARARECTAL CONVERSION AT COMPLICATED ACUTE APPENDICITIS

Azarova N., Sydygaliev K.S., Ashimov Zh.I.

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

Resume: In the given article the surgical approach is described, specifically appendicular approach pararectal conversion at acute appendicitis complicated by peritonitis according to planimetry and stereometry data.

Key words: acute appendicitis, pararectal conversion, peritonitis.

Актуальность. Острый аппендицит занимает одно из ведущих мест в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Это самое частое заболевание, с которым приходится встречаться хирургу, занимающемуся неотложной хирургией. Лечение острого аппендицита только оперативное. В настоящее время применяется лапароскопическая аппендэктомия (ЛА) [4,12], лапароскопически ассистированная аппендэктомия (ЛАА), лапароскопически дополненная аппендэктомия (ЛДА) [1,7,10] и традиционная открытая аппендэктомия из общеизвестных доступов (Волковича—Дьяконова—Мак Бурнея (1894-1898), параректального разреза Леннандера (1898), поперечного разреза Винкельмана, косоугольного разреза Ридигера, продольного разреза Шедде) [8]. Эндоскопические операции имеют ряд недостатков, сдерживающих их широкое применение. К ним относятся: 1) дорогостоящее оборудование, 2) необходимость достаточного

количества высококвалифицированных кадров, 3) высокий процент осложнений на этапе освоения техники операции [2,5,11]. Самый распространённый доступ Волковича—Дьяконова—Мак Бурнея был разработан в эпоху широкого применения местной анестезии и до нашего времени не утратил своей актуальности. Но при перитонеальном осложнении данный доступ имеет ряд ограничений [4,12]. Следует отметить, что теория создания оптимального хирургического доступа, оценки его оптимальности нуждается в уточнении и принятии стандартизированной терминологии, отвечающей требованиям классической планиметрии и стереометрии [9].

Очевидно, что оперативный доступ должен быть щадящим и обеспечивающим условия для полноценной ревизии и санации брюшной полости, а также, что важно, при необходимости его дальнейшего прогрессивного физиологического расширения, характеризующейся плавностью и

методичностью [8,13,14].

Цель исследования: планиметрическая и стереометрическая характеристика параректальной конверсии в хирургическом лечении острого аппендицита осложненного перитонитом.

Материал и методы исследования: для достижения цели проведено стендовое исследование на 9 трупах, у которых моделирован доступ в правой подвздошной области с последующей его параректальной конверсией.

С учетом того, что выбор оперативного доступа должен обязательно учитывать тип телосложения больного при формировании группы мы отбирали трупы по конституции тела. Мы выделяли нормостеников (n-3), астеников (n-3); гиперстеников (n-3).

При секционном исследовании производился доступ в правой подвздошной области с последующим параректальным расширением. При этом применялись следующие методики препарирования: 1) послойная, суть которой заключается в расслаивании покровов в правой подвздошной области живота в целях изучения тех слоев, которые рассекаются во время производства хирургического доступа для аппендэктомии

окончатая, суть которой заключается в исследовании всех слоев, формирующих операционное окно, то есть моделируется оперативный доступ в брюшную полость.

При моделировании доступа с последующей характеристикой полученных данных использовали критерии разработанные Созон – Ярошевичем: 1 – быть адекватным характеру патологического процесса; 2 – соответствовать анатомо-конституционным особенностям больного; 3 – иметь кратчайший выход к оперируемому месту; 4 – обеспечить визуальный контроль соседних органов; 5 – быть максимально щадящим к мышечным пластам и сосудисто-нервным пучкам.

Считается, что оперативный доступ должен соответствовать следующим требованиям: Максимальная доступность - оценивалась с помощью следующих характеристик: угол наклона, возникающий между поверхностью тела и осью операционного действия, ширина оперативного доступа, глубина раны, угол операционного действия, образованный стенками конуса операционной раны, зона доступности, образованная стенками

раны и площадью основания конуса.

Манипулировать инструментами можно под любым углом, однако это удобнее всего, когда оптическая ось располагается перпендикулярно плоскости операционного воздействия. Практически невозможно манипулировать, когда этот угол приближается к нулю. Плоскость операционного воздействия – плоскость, на которой осуществляются манипуляции. Оптическая ось – ось, относительно которого происходит построение изображения. Оптимальная величина между осями составляет 30-50 градусов, это обусловлено физиологическим расположением рук хирурга с одной стороны и длиной инструмента – с другой.

Полученные результаты и их обсуждение.

У гиперстеников длина оперативного доступа (ДОД) после расширения операционного разреза по нашей модификации составляет $16,5 \pm 3,3$ см. ($P < 0,02$), у нормостеников - $15,2 \pm 2,6$ см. После конверсионной лапаротомии по нашей модификации у нормостеников ширина оперативного доступа составляет $10,2 \pm 2,4$ см. У гиперстеников она еще больше, составляя $12,4 \pm 2,7$ см. ($P < 0,05$).

Следует отметить, что у всех обследованных лиц разница значений ДОД и ШОД не превышает $2,1 \pm 0,6$ см. ($P < 0,05$). По форме операционная рана представляет собой широкий эллипс, приближающейся к форме круга. Таким образом, при инновационной конверсионной лапаротомии создается оптимальное внешнее операционное поле, независимо от типа телосложения человека.

Расстояние между плоскостями верхней и нижней апертуры раны у нормостеников и гиперстеников были практически одинаковыми, тогда как у астеников она была больше в среднем на $2,8 \pm 0,8$ см. ($P < 0,05$ и $P < 0,05$). Таким образом, при использовании параректальной конверсии даже у гиперстеников создается нормальные условия для хирургических манипуляций.

Площадь операционной раны (S) у нормостеников почти в 2 раза больше, нежели у астеников ($155,1 \pm 12,6$ см² против $88,5 \pm 10,1$ см². $P < 0,05$), а у гиперстеников она в 1,5 раза больше, чем у нормостеников ($204,5 \pm 16,4$ см² против $155,1 \pm 12,6$ см². $P < 0,05$).

Площадь визуализируемого участка брюшной полости (S₁) у гиперстеников была в 2 раза больше, чем таковая у астеников ($140,2 \pm 18,5$ см² против $65,2 \pm 11,6$ см². $P < 0,05$) и в 1,2 раза

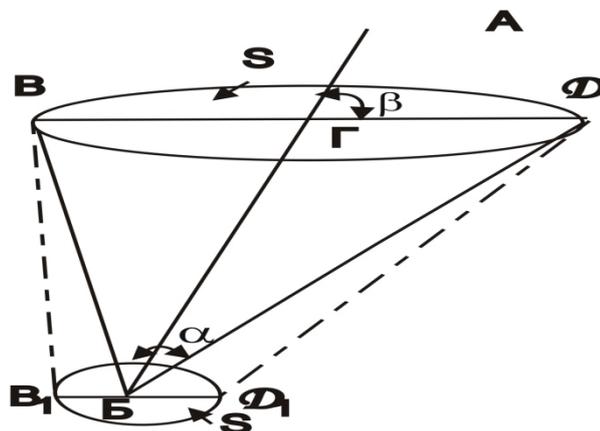


Рис. 1. Стереометрическая модель оперативного доступа у нормостеников
 У нормостеников имеет место следующие соотношения показателей: $ГБ - 14,5 \pm 2,6$ см.; $ВД - 15,2 \pm 2,6$ см.; $В_1Д_1 - 10,3 \pm 1,4$ см.; $ВД > В_1Д_1$; $\alpha - 86,2 \pm 9,4^\circ$; $\beta - 81,4 \pm 11,2^\circ$; $\alpha < \beta$; $S - 155,1 \pm 12,6$ см²; $S_1 - 102,4 \pm 20,4$ см²; $S > S_1$; $СМ - +$; $ЗД - 0,66 \pm 0,03$.

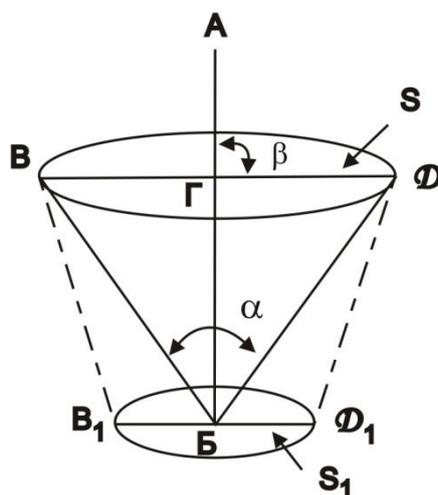


Рис. 2. Стереометрическая модель оперативного доступа у астеников
 На рис. 2. показана модель операционного доступа у астеников. При этом установлены следующие соотношения показателей: $ГБ - 16,6 \pm 3,2$ см; $ВД - 10,3 \pm 2,2$ см; $В_1Д_1 - 8,8 \pm 1,1$ см.; $ВД > В_1Д_1$; $\alpha - 88,5 \pm 8,8^\circ$; $\beta - 76,1 \pm 8,8^\circ$; $\alpha < \beta$; $S - 88,5 \pm 10,1$ см²; $S_1 - 65,2 \pm 11,6$ см²; $S > S_1$. $СМ - +$; $ЗД - 0,7 \pm 0,02$.

больше, нежели у нормостеников ($140,2 \pm 18,5$ см² против $102,4 \pm 20,4$ см². $P < 0,05$). Соотношение площадей верхнего и нижнего операционного сечения составляет: у нормостеников – 1,5:1; у астеников – 1,4:1; у гиперстеников – 1,4:1.

Таким образом, при параректальной конверсии создается оптимальный манипуляционный канал с достаточными параметрами внешнего и внутреннего хирургического поля. Протяженность конуса операционной раны (ГБ), определяющий свободу перемещения в ране пальцев рук хирурга и инструментов у нормостеников и гиперстеников одинаковая ($P < 0,05$), тогда как у астеников она больше и составляет $17,2 \pm 4,1$ см. ($P < 0,05$).

У нормостеников и астеников величина угла, образованного осью оперативного доступа (ООД) и поверхностью тела больного приближается к 90° , тогда как у гиперстеников этот угол составляет $66,4 \pm 11,1^\circ$ ($P < 0,05$). Таким образом, методика параректальной конверсии создает оптимальный угол для хирургических манипуляций в брюшной полости даже на глубине $15,2 \pm 3,6$ см.

Угол оперативного доступа (УОД) у больных астеников составляет $21,6 \pm 4,4$ ($P < 0,05$), причем, этот показатель превышает значение таковой у гиперстеников почти в 2 раза и у нормостеников в 1,3 раза ($P < 0,05$ и $P < 0,05$). Таким образом, при применении

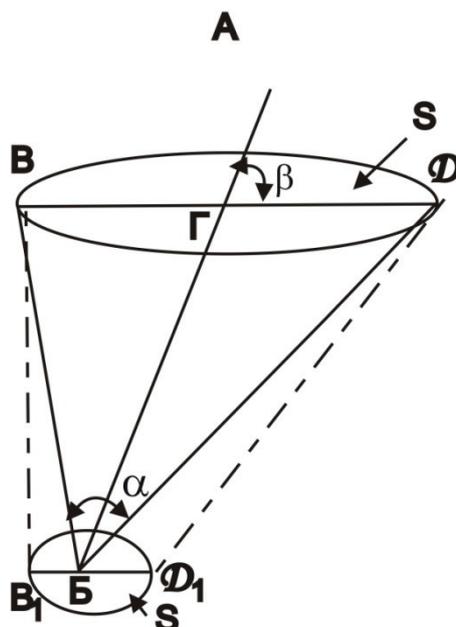


Рис. 3. Стереометрическая модель оперативного доступа у гиперстеников

На рис. 3. показана модель операционного доступа у астеников. При этом установлены следующие соотношения показателей: ГБ – 14,8±1,8 см.; ВД – 16,5±3,3 см.; В₁Д₁ – 8,2±2,0 см.; ВД > В₁Д₁; α – 66,4±11,1°; β – 50,1±6,9°; α < β; S – 204,5±16,4 см²; S₁ – 140,2±18,5 см²; S > S₁; СМ – +; ЗД – 0,7±0,03.

нашей модификации условия доступ для АЭ и санации брюшной полости становится вполне оптимальным, независимо от типа телосложения человека. Об этом подтверждают и такие параметры, как ЗД и СМ.

Зона доступности (ЗД) у больных нормостенического телосложения оставляет 0,66±0,03 (P<0,05), у астеников – 0,7±0,02 (P<0,05), у гиперстеников – 0,7±0,03 (P<0,05). Таким образом, зона доступности у больных любого телосложения составляет 0,6-0,7 (P<0,05).

«Свобода манипуляции руки» (СМ), как возможность перемещения руки хирурга и инструментов в операционной полости при инновационном доступе с конверсией в лапаротомию по нашей методике у всех больных расценивается как свободная.

При стереометрическом моделировании параректальной конверсии мы также учитывали тип телосложения трупа. На рис. 1 показана модель операционного доступа у нормостеников.

Таким образом при параректальной конверсии создается оптимальное внешнее операционное поле, а также нормальные условия для хирургических манипуляций, независимо от типа телосложения человека.

Доступ характеризуется оптимальными параметрами манипуляционного канала с удовлетворительными соотношениями внешнего и внутреннего хирургического поля, угла для хирургических манипуляций в брюшной полости это создает условия для свободного перемещения руки хирурга и инструментов в операционной полости.

Литература.

1. Бебуршвили А.Г. Операции из открытого малого доступа, сочетанные с другими миниинвазивными технологиями / А.Г.Бебуршвили, С.В.Михин // Хирургия минидоступа. – Екатеринбург, 2005. – С. 111-112.
2. Бебуршвили А.Г. Технологические составляющие и оценка эффективности применения сочетанных минилапаротомных и лапароскопических операций / А.Г. Бебуршвили, С.В. Михин, С.И. Панин // Эндоскопическая хирургия. – 2005. - № 4. – С. 29-34.
3. Канаматов И.Х. Клиника и диагностика острого аппендицита при атипичном расположении червеобразного отростка / И.Х. Канаматов // Хирургия. – 1980. - № 9. – С. 61-65.
4. Лапароскопическое лечение острого аппендицита / А.Г. Кригер [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. - № 2-3. – С. 34-36.

5. Результаты лапароскопической аппендэктомии / А.И. Никитенко [и др.] // Эндохирургия для России. – 1993. - № 2. – С. 24-26.
6. Прудков М.И. Минилапаротомия и открытая лапароскопия в лечении больных с желчно-каменной болезнью : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / М.И. Прудков. – М., 1993.
7. Прудков М.И. Применение лапароскопически дополненной аппендэктомии в лечении острого аппендицита (Тез. докл. 1-го Всерос. съезда по эндоскопической хирургии) / М.И. Прудков, Е.В. Нишневич, С.В. Пискунов // Эндоскопическая хирургия. – 1998. - № 1. – С. 42.
8. Русанов А.А. Аппендицит / А.А. Русанов. – М. : Медицина, 1979. – 173 с.
9. Сазон-Ярошевич А.Ю. Анатомо-клиническое обоснование хирургических доступов к внутренним органам / А.Ю. Сазон-Ярошевич. – Л. : Медгиз, 1954. – 180 с.
10. Сахаутдинов В.Г. Комбинированное применение миниинвазивных методов оперативного лечения в абдоминальной хирургии / В.Г. Сахаутдинов, Е.И. Сендерович // Хирургия минидоступа. – Екатеринбург, 2005. – С. 113-114.
11. Эффективность лапароскопической технологии в лечении острого аппендицита / В.М. Седов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1995. - № 2-3. – С. 24-27.
12. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в общей хирургии / А.Д. Тимошин, А.Л. Шестаков, А.В. Юрасов // Анналы РНЦХ РАМН. – 2004. - № 13. – С. 133-143.
13. Устинов О.Г. Критерии оценки эндоскопических доступов / О.Г. Устинов, Ю.М. Захматов, В.Г. Владимиров // Эндоскопическая хирургия. – 2003. - № 1. – С. 39-42.

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА
eLIBRARY.RU

Журнал вестник КГМА индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате на сайте

www.elibrary.ru,

где отмечается цитирование по каждой статье, что резко увеличит доступность научных публикаций сотрудников КГМА для российских и других зарубежных читателей.

МУЛЯЖ ГОЛОВЫ ЧЕЛОВЕКА С ИСКУССТВЕННЫМИ ЗУБАМИ ДЛЯ ПРИОБРЕТЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ В КЛИНИКАХ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Сатымкул у. М., Сатыбаева Н., Осмонов Ф., Амираева Д.У., Амираев У. А.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: для того, чтобы студент стоматологического факультета мог работать с пациентами, вначале необходимо ему рассказать, затем показать, как держать инструменты (зеркало, зонд, наконечник с режущими дисками). Как бы доступно не рассказал и не показал, как надо работать, без практических навыков на муляже головы человека студенту трудно преодолеть страх работать с пациентом. Одно неосторожное движение руки студента, он может нанести травму (губы, щеки, языка) пациенту. Поэтому вначале студент спокойно может начать работать: препарирование зуба под коронку, препарирование кариозной полости для пломбирования или для изготовления вкладок, снятия слепков на предложенном нами муляже головы человека.

Ключевые слова: муляж головы человека, искусственные зубы, практические навыки, клиника ортопедической и терапевтической стоматологии.

ОРТОПЕДИЯЛЫК ЖАНА ТЕРАПИЯЛЫК СТОМАТОЛОГИЯ КЛИНИКАЛАРЫНДА ИШТӨӨНҮ ҮЙРӨТҮҮ ҮЧҮН ЖАСАЛГАН ЖАСАЛМА ТИШТЕРИ БАР АДАМДЫН БАШЫНЫН МУЛЯЖЫ

Сатымкул у. М., Сатыбаева Н., Осмонов Ф., Амираева Д.У., Амираев У. А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: стоматология факультетинин студенти пациенттер менен иштер алдында, мугалим жасала турган жумуштардын клиникалык баскычтарынын бардыгын тактап, айтып, анан өзү жасап көргөзөт. Мында аспаптарды (күзгүнү, зондду, учтукту кесүүчү аспаптары менен) кантип кармоо керектигин, колду кантип таянууну түшүндүрөт, көргөзөт. Студентке канчалык айтпасын, көргөзбөсүн, ал өзү биринчи жолу иштеши коркунучтуу болот. Кокустан колу тайып кетсе тиштин бүйлөсүн, эринди, ууртту же тилди кесип алышы мүмкүн. Ошондуктан, биринчи жолу студент жумушту (тишке жасалма коронка жасарда, кыпчык, кыт коюуда, калып алууда) адамдын башынын муляжында баштап, көнүп, анан пациент менен иштей турган болсо, студент коркпой, колу ыңгайлашып, ыкталып иштөөсүнө мүмкүнчүлүк түзүлөт.

Негизги сөздөр: адамдын башынын муляжы, жасалма тиштер, эпчилдик машыгуу, ортопедиялык жана терапиялык стоматологиянын клиникасы.

A PHANTOM OF A HUMAN'S HEAD WITH PLASTER CAST OF THE HEAD WITH ARTIFICIAL TEETH FOR ACQUIRING PRACTICAL SKILLS IN ORTHOPEDIC AND THERAPEUTIC STOMATOLOGY CLINIC

Satymkul u. M., Satybaeva N, Amiraeva D.U., Amiraeva U. A.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: For the students of stomatological faculty it is necessary to tell, to show how to put instruments (mouth mirror, dental probe, hand piece) for working with patients. It is difficult for students to overcome the fear of working with patients without practical skills on a phantom of a human's head, even if they were show how to work. One careless movement of student's hand and he can inflict a trauma on lips, cheek, tongue of patient. That is why the student can firstly prepare carious cavity for filling or make dental inlay on our phantom of a human's head.

Key words: the phantom of human's plaster cast, artificial teeth, practical skills, orthopedic and therapeutic stomatology clinic.

Для того, чтобы подготовить грамотные всевозможных конструкций зубных
врачебные кадры по стоматологии, студентам протезов.

необходимо показывать различные пред В связи с этим нами предлагается
клинические навыки при изготовлении данная конструкция, на которой студенты сами



Рис. 1.
Муляж вид спереди.



Рис. 2.
Муляж вид сбоку.



Рис.3.
Студенты препарировуют зубы.



Рис. 4.
Студенты снимают слепок.



Рис. 5.
Слепок после снятия.

могут выполнять все возможные манипуляции (навыки сепарации, препаровки зубов для изготовления искусственной коронки, вкладки, препарирование кариозной полости при пломбировании их пломбами и снятия слепков с зубов и челюстей на муляже головы человека) и, тем самым, приобретать необходимые навыки, необходимые врачу ортопеду и терапевту стоматологу. Как говорится “набить руку”. После прохождения такой практики, он смелее сможет

подходить к пациенту для проведения того или иного этапа работы.

Вначале преподаватель должен много раз объяснять, что необходимо следует делать на том или другом этапе изготовления различных конструкций зубных протезов. Студенты теоретически должны знать, и представлять какие зубные протезы по медицинским показаниям следует изготавливать этому пациенту, клинко-лабораторные этапы изготовления этих зубных протезов.

Затем преподаватель на пациенте показывает различные этапы работы: подготовки зубов к препарированию для изготовления различных конструкций зубных протезов или препарирование кариозных полостей, снятие рабочих и вспомогательных слепков. При изготовлении несъемных протезов препарирование опорных зубов начинается сепарации медиальных и дистальных апроксимальных контактных поверхностей

с сепарационными дисками. При этом преподаватель показывает, как с помощью стоматологического зеркала отодвигать щеку или язык, чтобы их не травмировать, как правильно фиксировать руку с наконечником. Потому, что при препаровки зубов рука должна твердо опереться на верхнюю или нижнюю челюсти, в противном случае, особенно, при сепарации или препарировании можно нанести травму выше названных участков. Преподаватель при сепарации фронтальных зубов верхней или нижней челюстей показывает, как правильно нужно придерживать верхнюю или нижнюю губу и язык с помощью пальцев или зеркала.

Экваторы зубов верхней и нижней челюстей при работе электрической бормашиной с вестибулярной и оральной сторон препарируют с помощью алмазных кругов или различных фасонных головок, турбинной бормашиной различной формы боров. При этом также необходимо соблюсти технику безопасности по отношении языка, губ и щек. В результате препаровки опорные зубы должны быть цилиндрическими соответственно диаметру шейки зубов и при изготовлении мостовидных протезов они должны быть взаимно параллельны. После этого преподаватель показывает этапы снятия слепков с различными слепочными материалами. Студент, должен видеть какой консистенции должен быть раствор из гипса, альгинатной, термопластической или силиконовой массы. Необходимо дать ему возможность, чтобы он замешивал раствор из этих масс и накладывал на челюсти. Возможно, пробовать снять слепки различными слепочными материалами. После снятия слепка преподаватель вместе со студентом должны оценить качества снятого слепка.

Для профилактики аспирации слепочными массами, особенно, раствором гипса при снятии слепков с верхней челюсти голова пациента должна быть строго в вертикальном положении. Снятие слепка с верхней челюсти начинается с накладывания ложки с массой от мягкого неба сзади наперед, при таком подходе к делу лишняя порция гипса окажется на фронтальном участке челюсти.

Чтобы научить студента работать

на кафедре ортопедической стоматологии, нами предложена муляж головы человека с искусственными зубами (рис.1, 2). Мы применили старые съемные протезы, с искусственными зубами из пластмассы. За место пластмассовых искусственных зубов, возможно, установить естественные зубы. С распиливанием искусственных зубов можно создать любой дефект в зубном ряду, по классификациям Кеннеди, Гаврилова, Амираева. Для изготовления мостовидных протезов, необходимо после препаровки опорные зубы должны быть взаимно параллельны. На этом муляже можно препарировать зубы под одиночные искусственные коронки, под опорные элементы мостовидных протезов, вкладки и т. д.

Этот же муляж головы человека можно применять и на практике терапевтической стоматологии. Если создать модели кариеса на различных группах зубов, то можно, чтобы студент мог правильно сформировывать препаровки кариозной полости в зависимости от расположения кариеса по классификации Блэка и произвести пломбирования зуба (рис. 3).

В ортопедической стоматологии студенты учатся препарировать зубы для изготовления под искусственные коронки (Рис. 3). На рис. 4 указано момент снятия студентами слепков с помощью альгинатной массы, на рис. 5 слепок после снятия и момент оценки слепка.

В других странах уже давно внедрена данная методика работы студентов стоматологических факультетов медицинских вузов на всевозможных муляжах уже с первого курса. Это позволяет в дальнейшем студентам старших курсов учиться работать более уверенно и выполнять работу качественно.

Способ изготовления муляжа головы человека с искусственными зубами

Основу муляжа головы человека составляет большой кусок дерева, где были вырезаны силуэты носа, глаз, скуловых костей, лобной части головы и углубления наподобие височной ямки. Затем с помощью клея поливинилацетата (ПВА) и бумаги картонной сформировывали лоб, скулы, брови, т. е. нормальное лицо человека, послойно нанося слой ПВА и картонную бумагу. С другого куска дерева вырезали тело нижней

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

челюсти с восходящими ветвями и суставными отростками. Здесь также недостающие части нижней челюсти доформировали с помощью клея ПВА и картонной бумаги, нанося послойно. Чтобы составить прикус брали съемные протезы обеих, т. е. (верхней и нижней) беззубых челюстей с искусственными пластмассовыми зубами, с помощью самореза с оральной стороны закрепляли в соответствии прикуса, искусственные пластмассовые зубы выпиливали и на их место устанавливали с помощью быстротвердеющей пластмассы Протакрил естественные (человеческие) зубы, удаленные по медицинским показаниям из хирургического

кабинета. Верхние и нижние челюсти смыкались при помощи резиновой тяги (венгерки), закрепленных на гвоздиках верхней и нижней челюсти. Чтобы открыть челюсти необходимо надавить на подбородок, рот открывается, если отпустить рот закрывается. Муляж головы человека с помощью металлической пластинки со стороны основания муляжа закрепляется на подголовник бормашины.

За нашу работу получено рационализаторское предложение Кыргызской государственной медицинской академии им. И. К. Ахунбаева. Подали заявку на изобретение.

Сотрудники КГМА им.И.К.Ахунбаева получили доступ
ко многим информационным ресурсам
Виртуальной научной библиотеки КР (ВНБ)

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ С ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ДИАТЕЗАМИ В КЫРГЫЗСТАНЕ

Мураталиева Ж., Исаева Б.Э., Мустапаева Ж.Ш., Кудайбергенова К.А.

Национальный Центр охраны материнства и детства,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты анализа структуры заболеваемости детей геморрагическими диатезами. Установлено, что дети часто болеют геморрагическим васкулитом и тромбоцитопенической пурпурой.

Ключевые слова: Геморрагические диатезы, дети, заболеваемость.

КЫРГЫЗСТАНДАГЫ БАЛДАРДЫН КАН ООРУУГА ЧАЛДЫГУУСУНУН АНАЛИЗИ

Мураталиева Ж., Исаева Б.Э., Мустапаева Ж.Ш., Кудайбергенова К.А.

Энени жана балдарды коргоо Улуттук борбору,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул илимий иликтоодо балдардын кан ооруларынын санына салыштырмалуу аныктоо жургузулгон. Изилдоонун негизинде балдарда кобунчо геморрагиялык васкулит жана тромбоцитопения оорулары жолугары айкындалган.

Озоктуу создор: кан оорулары, балдар, ооруга чалдыккандык.

ANALYSES OF INCIDENCE OF CHILDREN WITH HEMORRHAGIC DIATHESISSES IN KYRGYZSTAN

Muratalieva J., Isaeva B.E., Mustapaeva J.Sh., Kudaybergenova K.A.

National Center of maternity and childhood weleare,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstracts: Results of analysis of structure of incidence in children with hemorrhagic diatheses are presented. There was established that children illd with hemorrhagic vasculitis and thrombocytopenic purpura more often.

Key words: hemorrhagic diatheses, children, incidence.

Геморрагические диатезы – это группа заболеваний, основным синдромом которых является кровоточивость. Любое изолированное или сочетанное нарушение в одном или нескольких звеньях гемостаза может привести к развитию геморрагического диатеза. Клинические проявления большинства из них однотипны, что крайне затрудняет диагностику. В то же время, точное определение причины нарушения системы гемостаза является необходимым условием для проведения адекватной гемостатической терапии.(1,2,3)

При геморрагических диатезах возрастает риск профузных кровотечений с развитием тяжелой постгеморрагической анемии, представляющей угрозу для жизни больного.

Цель исследования: изучение структуры и особенностей клинического течения геморрагических диатезов у детей.

Материал и методы исследования: дети от 8 месяцев до 16 лет, получившие стационарное лечение в отделении гематологии НЦОМид,

клинико-лабораторные и эндоскопические методы исследования.

Нами было проанализировано истории болезни 325 детей с геморрагическими диатезами. Из них 177 (54.5%) детей школьного возраста и 148 (45.5) дошкольников. У 110 (33.8%) больных установлен геморрагический васкулит, 86 (26.5%) больных установлен диагноз тромбоцитопеническая пурпура (острая и хроническая формы), 54 (16.6%) гемофилия А и В, 26 (8%)- болезнь Виллебранда и у 49 (15.1%) больных тромбоцитопатия с нарушением адгезии и агрегации.

Тромбоцитопении

Изобщего числа детей с тромбоцитопенией мальчики составили 42 (48.8%), девочек 44 (51.2%). Среди больных тромбоцитопенической пурпурой детей школьного возраста- 38, что составляет 44.3% от общего количества больных с тромбоцитопенией, дошкольников- 48 (55.7%). Острая тромбоцитопеническая пурпура встречается в 4 раза чаще у детей дошкольного

Таблица №1

Геморрагические диатезы в школьном и дошкольном возрасте

| | | |
|--------------------------|-------------|------------|
| Геморрагический васкулит | школьники | 59 (53.6%) |
| | дошкольники | 51 (46.4%) |
| Тромбоцитопения | школьники | 38 (44.2%) |
| | дошкольники | 48 (55.8%) |
| Гемофилия | школьники | 34 (63.0%) |
| | дошкольники | 20 (37.0%) |
| Болезнь Виллебранда | школьники | 19 (73.1%) |
| | дошкольники | 7 (26.9%) |
| Тромбоцитопатия | школьники | 27 (55.1%) |
| | дошкольники | 22 (44.9%) |

Таблица №2

Формы геморрагического васкулита у детей дошкольного и школьного

| | | |
|--------------------------------|------------|------------|
| Кожно- суставная | школьный | 22 (39.3%) |
| | дошкольный | 34 (60.7%) |
| Кожно- суставно- абдоминальная | школьный | 31 (64.6%) |
| | дошкольный | 17 (35.4%) |
| Почечный синдром | школьный | 6 (100%) |
| | дошкольный | - |

Таблица №3

Коагулопатии у детей школьного и дошкольного возраста

| | | |
|---------------------|------------|------------|
| Гемофилия А | школьник | 34 (65.4%) |
| | дошкольник | 18 (34.6%) |
| Гемофилия В | Школьник | - |
| | Дошкольник | 2(100) |
| Болезнь Виллебранда | Школьник | 19 (43.1%) |
| | Дошкольник | 7 (26.9%) |

возраста, чем у школьников (у дошкольников- 40 случаев, а среди школьников- 10 случаев). Хроническая тромбоцитопеническая пурпура же наоборот среди школьников встречается в 4 раза чаще.

У больных с тромбоцитопенией наиболее часто встречаются следующие сопутствующие патологии: заболевания ЖКТ- 28.9% детей, заболевания органов дыхания- 7.9%, патология ЛОР органов – 21%, глистная инвазия- 2.6%, у 21% больных выявлена постгеморрагическая железодефицитная анемия. 18.6% больных имели место сочетание двух и более очагов

инфекции.

Из 110 детей с геморрагическим васкулитом мальчиков 57 (51.8%), девочек 53(48.2%) . Среди больных с геморрагическим васкулитом- 59 школьников, что составляет 53.6% и 51 (46.4%) дошкольников.

Наиболее часто у детей школьного возраста встречается геморрагический васкулит смешанной формы (кожный, суставной, абдоминальные синдромы)- 31 случай, 22 ребенка с кожным и кожно- суставными синдромами, генерализованная форма (кожный, суставной, абдоминальный и почечные синдромы)

диагностированы у 6 детей.(таблица№2)

Как видно, на таблице №3 при коагулопатиях наиболее часто встречается гемофилия А, реже болезнь Виллебранда и гемофилия В.

Нами установлено, что при коагулопатиях наиболее часто геморрагический синдром проявляется у школьников носовыми кровотечениями (46.2%), экхимозы и петехии у детей школьного возраста- 42.8% , гематомный тип кровотечения у всех детей школьного возраста, тогда как, у детей дошкольного возраста гематомы отсутствовали. Кровотечение из ротовой полости часто встречается среди школьников.

Для всех заболеваний из вышеуказанных нозологий характерен особый тип повышенной кровоточивости. Но в зависимости от типа нарушения гемостаза, при геморрагическом васкулите, кровоточивость васкулитно-пурпурная, характерна излюбленная локализация на нижних и верхних конечностях, симметричная и наличие воспалительного компонента, сочетающаяся болями в животе, артралгиями и почечным синдромом.

Для тромбоцитопений характерен экхимозно- петехиальный тип кровоточивости, когда кровоизлияния покрывают все тело больного, полихромны, полиморфны и не имеют

симметричности.

Для гемофилии свойственен гематомный тип кровоточивости огромного размера кровоизлияния, плотными на ощупь и с рецидивирующими длительными кровотечениями.

Выводы:

Геморрагическим васкулитом преимущественно болеют дети школьного возраста

Тромбоцитопеническая пурпура часто встречается у детей дошкольного возраста

Сопутствующие заболевания ж.к.т., лор органов, и глистная инвазия способствуют хроническому течению геморрагических диатезов.

Литература:

1. Алексеев Н.А. Гематологическая иммунология детского возраста: Санкт-Петербург издательство «Гиппократ». 2009.- С. 513- 516.
2. Кузник Б.И., Максимова О.Г. Клиническая гематология детского возраста: Москва «Вузовская книга» .2010.- С.309 .
3. Кузьмина Л.А., Гематология детского возраста. Москва «МЕДпресс-инфо». 2001.-С- 189.



АО «Олайнфарм» (Латвия) - крупнейшая компания Балтии с более, чем 40-летним опытом создания лекарственных препаратов и активных химических субстанций. АО «Олайнфарм» - это высокие технологии, высшие стандарты качества (GMP, FDA, ICO), более 90 наименований лекарственных средств, экспорт продукции в 29 стран мира. Наша цель – обеспечить население высококачественными, эффективными и безопасными препаратами.

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
РЕАКТИВНОГО АРТРИТА У ДЕТЕЙ**

Абдраманова А.К., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Кафедра госпитальной педиатрии с курсом неонатологии

Национальный Центр охраны материнства и детства

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты ретроспективного анализа 39 историй болезней детей с реактивными артритами. Анализ клинико-эпидемиологических аспектов реактивных артритов в зависимости от возраста и пола показал преобладание частоты встречаемости реактивного артрита у детей 9-16 лет мужского пола. Выявлена более выраженная активность у детей школьного возраста. Суставной синдром представлен олигоартритом, в основном коленных и голеностопных суставов.

Ключевые слова: реактивные артриты, дети, клинико-эпидемиологические аспекты.

**БАЛДАРДАГЫ РЕАКТИВДҮҮ АРТРИТТИН КЛИНИКА-
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АСПЕКТТЕРИ**

Абдраманова А.К., Мусуркулова Б.А., Болотбекова А.Ж.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Неонатология курсу менен госпиталдык педиатрия кафедрасы

Эне жана баланы коргоо Улуттук борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Төмөнкү макалада реактивдүү артритке чалдыккан 39 баланын оору тарыхтарын талдоо жыйынтыктары келтирилген. Курак жана жыныстык клиника-эпидемиологиялык талдоого ылайык, реактивдүү артрит 9-16 жаштагы балдарда көбүрөөк кездешет. Дарттын оор түрү мектеп жашындагы балдарда көбүрөөк болгону аныкталган. Муундук синдром негизинен тизе жана шыйрак муундары олигоартрити менен мүнөздөгөн.

Ачкыч сөздөрү: реактивдүү артрит, балдар, клиника-эпидемиологиялык аспект.

**CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF CHILDREN'S
REACTIVE ARTHRITIS**

Abdramanova A.K., Musurkulova B.A., Bolotbekova A.J.

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

Hospital pediatry cathedra with neonatology course

National Centre of motherhood and children care

Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: Results of retrospective analysis of 39 case histories of children with reactive arthritis are presented. Clinical-epidemiological aspects analysis of reactive arthritis in dependence of age and sex shows predominance of incidence of reactive arthritis in boys of 9-16 ages. There was revealed more expressed activity in school aged children. Articular syndrome presented by oligoarthritis basically knee and ankle joints.

Key words: Reactive arthritis, children, clinical-epidemiological aspects.

Введение:

Заболевания суставов и опорно-двигательного аппарата в целом в современном обществе довольно актуальны и имеют большую распространенность в общей структуре заболеваемости всего населения. Медицинское и социальное значение хронических артритов определяется постоянным увеличением их встречаемости, склонностью к хронизации и неуклонному прогрессирующему течению с резким снижением качества жизни пациентов

и высокими медицинскими и социальными затратами общества [5]. Среди хронических воспалительных заболеваний суставов одним из наиболее часто встречающихся является реактивный артрит [1, 4, 11, 13] и пациенты, страдающие реактивным артритом, составляют около 10% больных ревматологических стационаров, причем при хронической форме заболевания может развиваться значительная утрата функциональных способностей суставов и возникновение тяжелых осложнений, что

приводит к инвалидизации 42% пациентов [1]. В последние годы наблюдается тенденция к нарастанию числа детей дошкольного возраста, страдающих реактивными артритами. Нужно отметить, что заболевания суставов у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых, но заболевание проходит сложнее, потому что оказывает влияние на формирование костей, суставов и психологическое состояние ребенка. Далеко не всегда реактивный артрит заканчивается полным выздоровлением. У части больных процесс приобретает хронической характер, в ряде случаев трансформируется в тяжелое иммуноагрессивное заболевание [6, 12].

Термин «реактивный артрит» (РеА) введен в литературу в начале 70-х годов XX века финскими учеными К. Аho и Р. Ahvonen для обозначения артритов, развивавшихся после перенесенной иерсиниозной инфекции. При этом подчеркивался «реактивный», стерильный характер артритов. По мере совершенствования диагностических методов понятие «стерильность» синовиита при реактивных артритах становилось относительным. Обнаружение в сыворотке и синовиальной жидкости больных РеА циркулирующих бактериальных антигенов и фрагментов ДНК и РНК микробов дало толчок к формированию принципиально новых взглядов на реактивные артриты [1, 2, 3, 7, 8, 10, 13].

В настоящее время к РеА относят воспалительные негнойные заболевания суставов, развивающиеся вследствие иммунных нарушений, после кишечной или урогенитальной инфекции. В преобладающем большинстве случаев РеА ассоциируется с острой или персистирующей кишечной инфекцией, вызываемой энтеробактериями (*Yersinia enterocolitica*, *Yersinia pseudotuberculosis*, *Salmonella enteritidis*, *Salmonella typhimurium*, *Shigella flexneri*, *Shigella sonnei*, *Shigella Newcastle*, *Campylobacter jejuni*), и с острой или персистирующей урогенитальной инфекцией, вызываемой *Chlamydia trachomatis*. Инфекции респираторного тракта, связанные с *Mycoplasma pneumoniae*, и особенно *Chlamydia pneumoniae*, также могут служить причинами развития РеА. Имеются также данные о связи РеА с кишечной

инфекцией, вызванной *Clostridium difficile* и некоторыми паразитарными инфекциями [11, 13].

РеА, ассоциированный с кишечной инфекцией и инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis*, развивается преимущественно у генетически предрасположенных лиц (носителей HLA-B27) и относится к группе серонегативных спондилоартритов [1, 2, 9, 13]. Имеются данные, что у носителей HLA-B27 после перенесенной кишечной и урогенитальной инфекции РеА развивается в 50 раз чаще, чем у лиц, не имеющих этого антигена гистосовместимости [13].

Таким образом, актуальным является изучение диагностики реактивных артритов и прогнозирования характера течения их у детей. Изучение этих аспектов с клинико-эпидемиологической позиции представляет определенный научно-практический интерес и может улучшить не только диагностику, но и прогнозирование характера течения реактивных артритов у детей.

Цель исследования: изучение клинико-эпидемиологических аспектов реактивных артритов у детей различного возраста.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 39 истории болезней детей с реактивными артритами, госпитализированных в отделение кардиоревматологии Национального Центра охраны материнства и детства. Для сравнительного изучения клинико-эпидемиологических данных больные были разделены на 5 возрастных групп: 1-3 года, 4-6 лет, 7-9 лет, 10-12 и 13-16 лет. Мальчиков было 27, девочек - 12. Исследование включало тщательное изучение анамнестических данных, субъективных ощущений больных, результатов клинического осмотра и данных лабораторных исследований. Для оценки степени активности воспалительного процесса использовались критерии, разработанные М. Г. Астапенко (1979). Учитывались следующие критерии: утренняя скованность, гипертермия, экссудативные изменения, α_2 (отн %), СОЭ (мм/ч), С - реактивный белок [5].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета

Частота реактивного артрита среди детей в зависимости от возраста и пола

| | 1-3 года | 4-6 лет | 7-9 лет | 10-12 лет | 13-16 лет |
|----------|----------|---------|---------|-----------|-----------|
| Мальчики | 1 | 4 | 1 | 7 | 14 |
| Девочки | - | 2 | 2 | 1 | 7 |
| Всего | 1 | 6 | 3 | 8 | 21 |

программ Epi-info, ver.5, достоверность различий признаков определялась методами непараметрической статистики.

Результаты исследования и обсуждение. Удельный вес реактивных артритов в структуре госпитализированных кардиоревматологических больных составил 28,1 %. Тяжелые формы с поражением глаз отмечены у 10,2% всех больных с реактивным артритом.

Из 39 больных с РеА у 22 (56,4%) было диагностировано острое, у 4 (10,2%) – подострое и у 13 (33,4%) – хроническое течение. Детей с 1 степенью активности было 24 (61,5%), со 2 степенью – 9 (23,07%), а 3 степень активности наблюдалась у 6 (15,3%) больных.

Наиболее часто реактивные артриты встречались у детей мужского пола, в частности они в более чем два раза чаще болеют с РеА ($p>0,05$).

РеА чаще встречаются у детей 9-16 лет, особенно острое и хроническое течение ($p<0,05$). Степень активности заболевания выше у детей школьного возраста, что указывает на повышенную реактивность организма на инфекционный агент в этом возрасте.

Анамнестические исследования показали, что данному заболеванию предшествовали переохлаждение у 11 больных, травма у 2 больных. Острая носоглоточная инфекция отмечена у 3 детей, 3 больных перенесли инфекцию мочевыводящих путей. У 6 детей в анамнезе были кишечные расстройства.

Суставной синдром наблюдался у 36 (92,3%) детей. У 3 (7,6 %) больных отмечались только артралгии без других признаков артрита. Поражение суставов характеризовалось олигоартритом, в основном коленных и голеностопных суставов, реже вовлекались суставы первого пальца стопы, крестцово-подвздошное сочленение, поясничный отдел позвоночника, лучезапястные и локтевые

суставы.

Артрит протекал с ярко выраженной болевой реакцией, деформацией суставов, преимущественно за счет экссудации в полость сустава и периартикулярного отека мягких тканей, повышением местной температуры, гиперемией кожи над суставом у 11 (28,2%) больных. Болевая контрактура отмечалась у 22 (56,4%) детей. У 27 (69,2%) обследованных наблюдалось присоединение в процесс других суставов, а срок вовлечения составлял до 14 дней.

В клинике у больных с реактивным артритом, кроме суставного синдрома имели место признаки поражения ЖКТ у 5 (12,8 %) детей, МВС – у 3 (7,7 %) и глаз – у 4 (10,2 %) детей, которые характеризовались диспепсией, расстройством стула, дизурическими явлениями и конъюнктивитом.

Анализ лабораторных исследований показал, что у данных больных частой причиной реактивного артрита являлись гемолитический стрептококк, золотистый стафилококк, кишечная палочка, синегнойная палочка и кандиды.

Выводы. Результаты данного исследования показали, что реактивные артриты чаще встречаются у детей 9-16 лет мужского пола. Основным проявлением реактивного артрита у детей являлся асимметричное поражение суставов нижних конечностей. Клиническая манифестация и активность суставного синдрома зависят от инфекционного агента, вызвавшего заболевание и реактивности организма ребенка. Поэтому тщательное изучение и правильная оценка клинической симптоматики, полное лабораторно-инструментальное исследование имеют большое значение для своевременной диагностики, определения правильной тактики лечебных мероприятий, тем самым предупреждая трансформацию в хронические артриты.

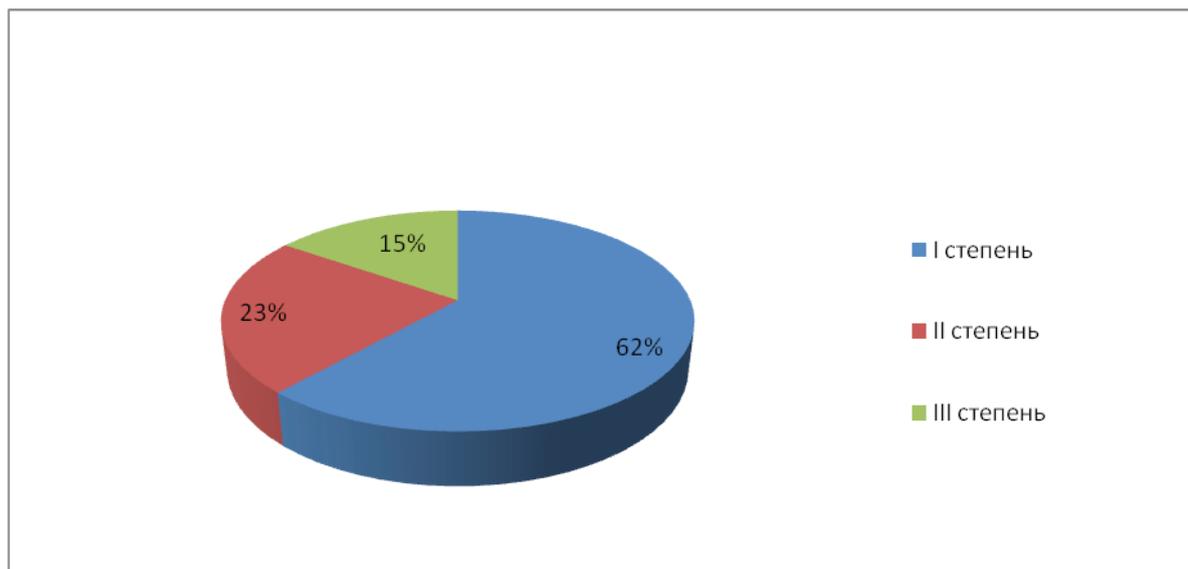


Рисунок 1.
Распределение больных по степени активности.

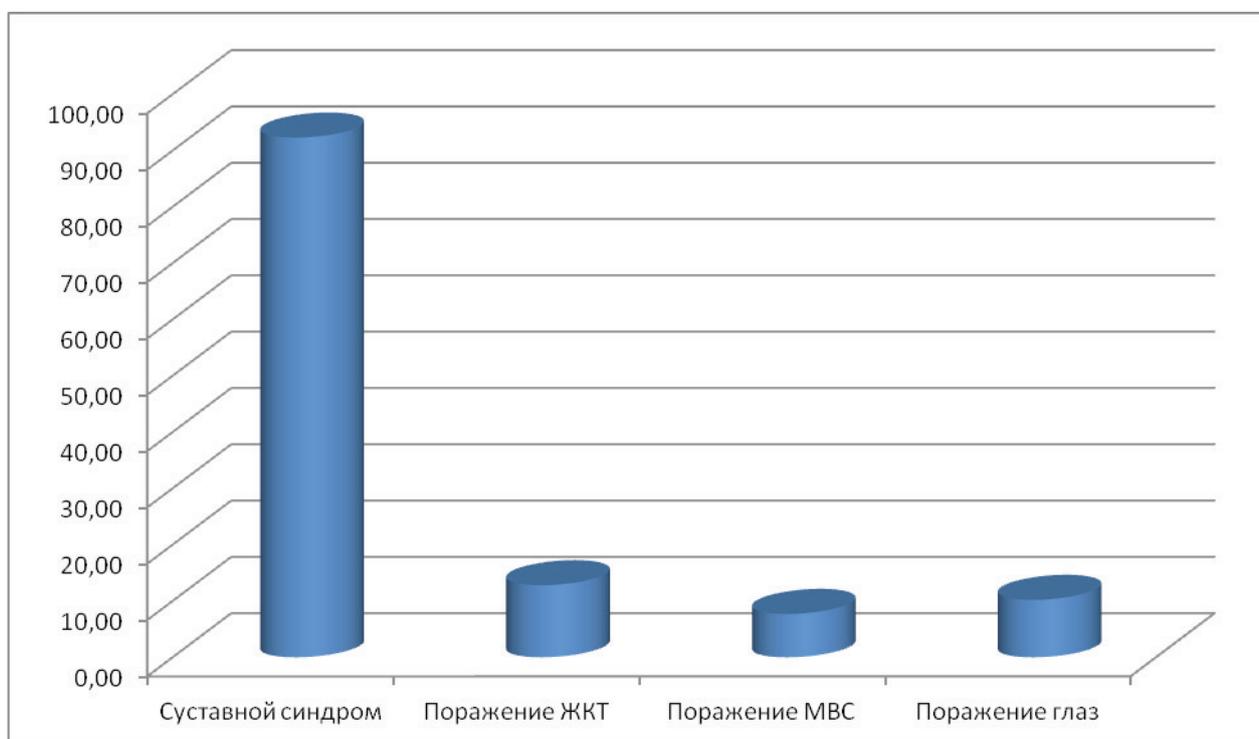


Рисунок 2.
Частота клинических симптомов при реактивном артрите.

Литература

1. Агабабова Э.Р. Серонегативные спондиллоартриты/ Руководство по внутренним болезням. Ревматические болезни; под ред. В.А.Насоновой, Н.В.Бунчука. -М.: Медицина, 1997. -С.305-335.

2. Агабабова Э.Р., Бунчук Н.В., Шубин С.В. и др. Критерии урогенных и энтерогенных реактивных артритов (проект)// Научно-практическая ревматология. 2003. №3. С. 82-83.

3. Агабабова Э. Р. Некоторые неясные и нерешенные вопросы серонегативных спондилоартропатий. Научно-практ. ревматология, 2001, №4, с. 10-17.

4. Брундтланд Г.Х. Открытие заседания научной группы ВОЗ по ущербу при мышечно-скелетных заболеваниях//Ревматология. 2001. -N 1. - С.- 37-39.

5. Насонова В.А., Фоломеева Медико-социальное значение XIII классификации

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

болезней МКБ для населения России// Ревматология. 2001. - N 1 - С.7-11.31.

6. Астапенко М.Г. Актуальные вопросы диагностики и лечения ревматоидного артрита// Вопросы ревматизма. 1979. -№1. С. 3-8.

7. Ahvonen P., Sievers K., Aho K. Arthritis associated with Yersinia enterocolitica infection. Acta Rheum Scand 1969;15:232–253

8. Sokka T. Реактивные Артриты. Clinical Guidance from ACP, 2004.

9. Toivanen A., Toivanen P. Реактивные Артриты// Isr Med Assoc J. 2001; Sep.; V. 3:681-685.

10. Yu D., Kuipers J.G. Role of bacteria

and HLA-B27 in the pathogenesis of reactive arthritis// Rheum. Dis. Clin North Am. 2003; V. 29: 21-36.

11. Мазуров В.И и соавт. Опыт применения циклоферона в комплексной терапии реактивных артритов, вызванных *S.trachomatis*// ЗППП — 1997 №11. - С. 2429.

12. Schumacher H.R. Jr, Arayssi T., Crane M., et al. Chlamydia trachomatis nucleic acids can be found in the synovium of some asymptomatic subjects. Arthritis Rheum 1999;42:1281–1284.

13. <http://www.lvra.ch.ru/2007/02/4534797/>

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева исполнилось 30 лет.

За период существования фармацевтического факультета Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева было подготовлено 1566 высококвалифицированных фармацевтических специалистов, которые работают как в нашей стране, и так и за ее пределами.



ПРОБЛЕМЫ СИБИРСКОЙ ЯЗВЫ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Стамбаева Б., Назарова А., Джумагулова А.Ш.

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

Резюме: статья посвящена проблеме сибирской язвы у людей, отражающая эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости в Кыргызской Республике и клинические особенности течения, для совершенствования профилактических мероприятий.

Ключевые слова: сибирская язва, эпидемиологическая ситуация, карбункул

АЗЫРКЫ МЕЗГЕЛДЕГИ СИБИР ЖАРАСЫНЫН ОЗГОЧОЛУКТОРУ

Стамбаева Б., Назарова А., Джумагулова А.Ш.

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

Резюме: Макала Кыргыз Республикасындагы ооруга байланыштуу эпидемиологиялык кырдаалды чагылдырган адамдардагы күйдүргүнүн көйгөйлөрүнө жана профилактикалык иш -чараларды өркүндөтүү үчүн агымдын клиникалык өзгөчөлүктөрүнө багытталат.

Негизги сөздөр: күйдүргү, эпидемиологиялык кырдаал, карбункул (чыйкан сыяктуу көп ооздуу жара).

THE PROBLEMS OF ANTHRAX IN MODERN STAGE

Stambaeva B., Nazarova A., Djumagulova A.Sh.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Ahunbaeva,
Department of infectious diseases,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract: The article is devoted to the problem of Siberian anthrax at people, it reveals epidemiological situation of this disease in the Kyrgyz Republic and its clinical picture, it is necessary for improving prophylactic measures.

Key words: Siberian anthrax, epidemiological situation, carbuncle.

Сибирская язва – зоонозная антропоургическая инфекция, сохраняющая социально-экономическую значимость в связи с широким географическим распространением, стойкостью почвенных очагов, тяжестью течения заболевания и значительными экономическими потерями. Нельзя не учитывать особую актуальность этой инфекции в связи с применением сибиреязвенного возбудителя в качестве биологического оружия и средства биотерроризма, что обуславливает необходимость постоянного совершенствования системы эпидемиологического надзора. По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируется от 2000 до 20000 случаев заболевания сибирской язвой. Сравнительно высокая заболеваемость поддерживается в странах с развитым животноводством Азии, Африки, Южной Америки. С 2008 г. эпизоотологическая и

эпидемиологическая ситуация по сибирской язве в мире ухудшилась. [3,5]

Кыргызская Республика остается крайне неблагоприятной территорией по сибирской язве, особенно южные регионы.

Существенные изменения социально-экономических отношений в сельском хозяйстве после 90-ых годов, с возникновением индивидуальных фермерских, частных хозяйств, подрядных арендных форм введения животноводства, развитием бартерных отношений, реализация сельскохозяйственной продукции негосударственными торговыми структурами, активация миграционных процессов, привела к ослаблению санитарно-ветеринарных, противоэпидемических и противоэпизоотических мероприятий, и ухудшению ситуации по сибирской язве в республике. [1,2,4]

Исходя из вышесказанного, вытекает необходимость проведения эпидемиологического анализа для выяснения отдельных особенностей эпидемического процесса и совершенствования противоэпидемических мероприятий по сибирской язве в будущем.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических и эпизоотологических особенностей сибирской язвы в республике.

Материалы и методы

Материалом для изучения распространенности сибирской язвы являлись официальные многолетние статистические данные Республиканского центра карантинных и особо опасных инфекций, ДГСЭН, Департамента государственной ветеринарии.

Под нашим наблюдением находилось 5 больных сибирской язвой, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу в 2012 г. Диагноз подтверждался с учетом клинико-эпидемиологических данных и лабораторных методов исследования: выделением культур *Bac. anthracis* из патологического материала.

Результаты и обсуждение.

По многолетней динамике заболеваемость людей сибирской язвой в Кыргызской Республике регистрируется в виде спорадических и групповых случаев. За период 1976 по 2012 гг. в республике эпидемиологическим наиболее неблагоприятным годом являлся 1997г, когда было зарегистрировано 73 случаев кожной формы сибирской язвы у людей. В целом за последние 10 лет заболеваемость сибирской язвой в республике продолжает оставаться на высоком уровне (0,9 на 100 тыс. населения).

По данным Департамента госсанэпиднадзора на территории Кыргызстана зарегистрировано 1236 сибиреязвенных почвенных очагов, из которых лишь 507 (41%) забетонированы, огорожены 466 (37,7%). Большая половина почвенных очагов не найдены (685 - 55,4%).

На юге республики насчитывается 637 почвенных очагов (51,5%) из общего числа по республике, в том числе 250 (20,2%) в Ошской и 358 (29%) в Жалалабадской областях, при этом

забетонированы лишь 155 (62%) и 156 (43,6%) соответственно.

Наибольшая доля по республике сибиреязвенных почвенных очагов приходится на Чуйскую область- 452 (36,6%), при этом не найдены 318 (70,4%) и не забетонированы 332 (73,5%) очагов.

Учитывая такое состояние почвенных очагов, не исключается вероятность возникновения новых вспышек заболеваний среди людей и животных.

Состояние почвенных сибиреязвенных очагов на территории Кыргызской Республики по состоянию 01.01.2012 г.

При изучении эпизоотологической обстановки было установлено, что положение с заболеванием сибирской язвой среди животных продолжает оставаться довольно серьезной проблемой. За отчетный период в очагах пало более 1200 голов скота от сибирской язвы, при этом выявлено преобладание сибирской язвы среди крупного скота в 80,1% случаев, МРС -7,8%, лошадей -9,8%, свиней- 1,3%.

Анализ многолетней заболеваемости по данным РЦК и ООИ показал, что большинство случаев сибирской язвы среди людей приходится на южные регионы республики (преимущественно Ошская, Джалалабадская области) – 93 %, по Чуйской области - 6 %, Таласской области - 1 %.

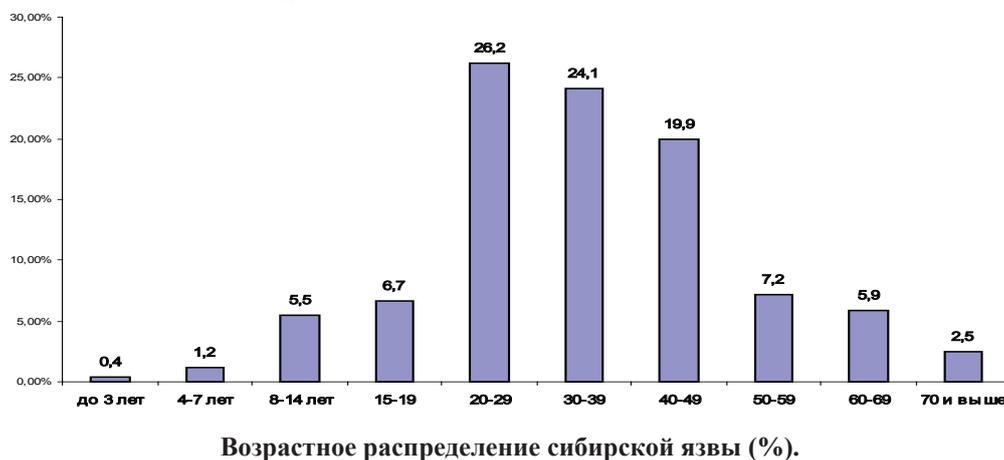
Наиболее часто болеют люди активного возраста от 20 до 50 лет (72,2%), но могут быть вовлечены в эпидемический процесс лица в возрасте старше 60 лет. Это находит объяснение в том, что люди указанных возрастных групп в силу более активного образа жизни больше подвержены риску заражения.

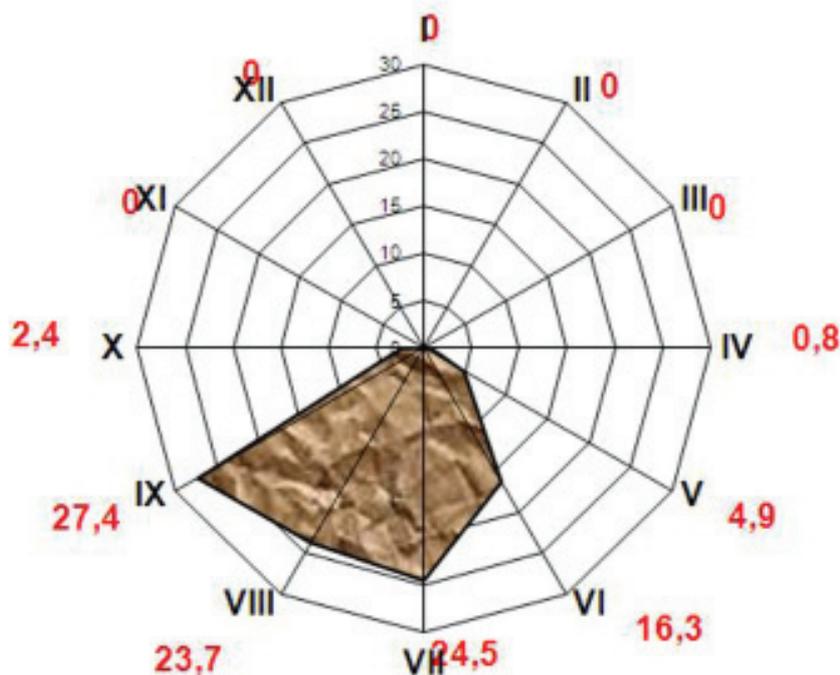
Среди больных сибирской язвой преобладали лица мужского пола - 70,3%, женщины - 29,3%.

По структурному составу больных сибирской язвой следует отметить, что среди заболевших преобладали домохозяйки и неработающие (47%), а также скотники (9%), пенсионеры (9,5%), что по всей вероятности, связано с их участием в вынужденном забое больных животных (КРС, МРС, лошадь), снятии шкуры и обработке зараженного мяса во время

Таблица
Возрастное распределение сибирской язвы (%).

| Области и города | Зарегистрировано | | Найдено | | Обозначено | | Забетонировано | | Ограждено | |
|------------------------|------------------|------|---------|------|------------|------|----------------|------|-----------|------|
| | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % | абс | % |
| Исс. Кульская | 125 | 10,1 | 54 | 43,2 | 34 | 27,2 | 33 | 26,4 | 26 | 26,4 |
| Жал. Абадская | 358 | 29,0 | 156 | 43,6 | 156 | 43,6 | 156 | 43,6 | 156 | 43,6 |
| Нарынская | 5 | 0,4 | 3 | 60 | 3 | 60 | 3 | 60 | 3 | 60 |
| Ошская | 250 | 20,2 | 158 | 63,2 | 155 | 62 | 155 | 62 | 155 | 62 |
| Таласская | 16 | 1,3 | 16 | 100 | 16 | 100 | 14 | 87,5 | 13 | 81,3 |
| Баткенская | 13 | 1,1 | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 | 13 | 100 |
| Чуйская | 452 | 36,6 | 134 | 29,6 | 103 | 22,8 | 120 | 26,5 | 88 | 19,5 |
| г.Бишкек | 1 | 0,08 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 | 1 | 100 |
| г. Ош | 16 | 1,3 | 16 | 100 | 12 | 75 | 16 | 100 | 14 | 87,5 |
| всего | 1236 | 100% | 551 | 44,5 | 493 | 39,9 | 511 | 41,3 | 466 | 37,7 |





Сезонности сибирской язвы (%)

приготовления пищи.

Заболеваемость сибирской язвой в республике имеет выраженную летне-осеннюю сезонность. Большинство (75,6%) случаев заболевания приходится на июль, август и сентябрь, т. е. на наиболее жаркое время года.

Сезонности сибирской язвы (%)

Источниками инфекции послужили больные домашние животные, из них КРС - 80 %, лошади – 6,3 %, МРС – 7,4%, 0,5% - шкуры животных, 0,5% - почва. В 5,3% случаях сибирской язвы у людей источник инфицирования не был установлен.

С целью изучения клинической картины было обследовано 5 больных госпитализированных в РКИБ в 2012 г. По возрасту больные распределялись следующим образом: 15 лет- 1, от 30-40 лет-3, старше 50 лет -1. Среди обследованных женщины составили 40% (2), мужчины – 60% (3).

2 больных были жителями Панфиловского района, 1- Кеминского района, и 2 – жители г. Бишкек.

Следует отметить, что больные поступили в стационар в период с августа (3 больных) по октябрь месяцы, что соответствует сезонности сибирской язвы.

Основной причиной заболевания сибирской язвой среди 4 обследованных

послужил вынужденный забой больных сельскохозяйственных животных (МРС) на территории индивидуальных домовладений без соблюдения санитарно-ветеринарных и противоэпидемических требований. В 1 случае заражение произошло при дойке коров.

Больные были госпитализированы в поздние сроки заболевания. В 60% (3) случаев были госпитализированы на 3-8 день болезни и 40% (2) – на 18-21 день болезни, что было связано с поздней диагностикой и поздней обращаемостью. Эти данные указывают на отсутствие настороженности врачей в отношении сибирской язвы.

В 80% (4) случаев заболевание протекало в среднетяжелой форме и в 20% (1) – легкой. У 4 больных диагностирована карбункулезная форма сибирской язвы и в 1 случае – буллезная форма.

Локализация сибиреязвенных карбункулов у больных во многом определялась характером контакта с инфицированным объектом, чаще всего определялась локализация на кисти, и в 1 случае на левом предплечье.

У всех больных с карбункулезной формой обнаруживался только 1 сибиреязвенный карбункул.

Инкубационный период составил от 2 до 11 дней. Заболевание во всех случаях развивалось

остро с появлением на месте внедрения зудящего красного пятна, которое через некоторое время трансформировалось в пузырек, наполненное желтой или темной жидкостью. После вскрытия пузырька образовывалась язва с серозно-геморрагической экссудацией, и по периферии окруженной венчиком вторичных пустул. Уже на 2-3 день язва имела все характерные черты сибиреязвенного карбункула. У всех больных наблюдался безболезненный отек подкожно-жировой клетчатки вокруг язвы, который распространялся на всю кисть и предплечье. У 4 больных развитие сибиреязвенного карбункула сопровождался появлением регионарного лимфаденита и в 1 случае лимфангита. Струп формировался на 5-7 день болезни. У 3 больных отмечалось повышение температуры тела до 38-39°C, продолжалось в среднем 3,5 дня. Лихорадка сопровождалась общей слабостью, недомоганием, головной болью, снижением аппетита, адинамией.

Отторжение струпа наблюдалось на 11-17-й день у 2 больных и на 21-28-й день – у 3 больных с формированием рубца.

Диагностировалась сибирская язва у большинства больных по данным клинического проявления болезни и эпидемиологического анамнеза. Только в 1 случае диагноз подтвержден лабораторно выделением культур *Bac. anthracis* из патологического материала и в 1 случае выделением культур *Bac. Anthracis* из почвы.

Все больные получили антибиотики (пенициллин, цефтриаксон) в течение 7-10 дней. 4 больных со среднетяжелой формой получили противосибиреязвенный иммуноглобулин в дозе 10-40 мл. Лечебный эффект наблюдался на 2-ой день снижением температуры тела, улучшением общего состояния, уменьшением отека.

Продолжительность пребывания больных в стационаре составило в среднем 14,8 дней.

Выводы

Заболелаемость сибирской язвой в Кыргызской Республике остается высоким, за счет южных регионов (в 93% случаев).

Заболевание регистрируется в летне-осенний период (в 75,6% случаях), с

преимущественным поражением лиц мужского пола (70,3%), трудоспособного возраста от 20 до 50 лет (72,2%).

Причиной заболеваемости сибирской язвы среди людей является бесконтрольный вынужденный забой скота и разделка туши, отсутствие учета и неполный охват вакцинацией скота, наличие неучтенных сибиреязвенных почвенных очагов.

Сибирская язва встречается в карбункулезной форме с преимущественной локализацией язвы на верхних конечностях, с характерным отеком мягких тканей и периферическим лимфаденитом.

5. Проблема борьбы с сибирской язвой требует усовершенствования системы эпидемиологического надзора за данной инфекцией.

Литература

1. Бектурдиев К.Б., Тойгонбаева В. С., Самсонова Т.Г. Эпидемиология сибирской язвы в Кыргызской Республике. // Здравоохранение Кыргызстана.-2008.-№1.-С.23-24

2. Жолдошев С.Т., Ковеленов А.Ю., Тойчуев Р. М. Эпизоотологическая характеристика и эпидемиологическая оценка сибирской язвы южных регионов Кыргызстана. /Международный Евро-Азиатский Конгресс по инфекционным болезням. Актуальные вопросы инфекционной патологии Витебск, 5-июня 2008 года том1.2008.-С.50-51

3. Лобзин Ю.В., Жолдошев С.Т. Эпидемиологическая характеристика сибирской язвы в Республике Кыргызстан // Инфекционные болезни: Проблемы здравоохранения и военной медицины: Материалы юбил.науч-практ.конф. посвящ. 110-летию кафедры ВМА им С.М.Кирова (22-24 марта 2006г) Санкт-Петербург.-2006.-193с

4. Самсонова Т.Г., Тойгомбаева В.С. Эпидемиология сибирской язвы в Кыргызской Республики // Здравоохранения Кыргызстана. – Бишкек, 2008. -№1.. – С.-23-24.

5. Кутманова А.З., Джумагулова А.Ш., Сыдыкова А.Б. и др. Сибирская язва / Методические рекомендации. КГМА.- Бишкек.-2008.-36 с.

КАПИЛЛЯРНАЯ ГЕМАНГИОМА ПЛАЦЕНТЫ (НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

Абдурахманова Г.Ж., Козьмина Ю.В., Джаналиев Б.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье описаны два случая патоморфологического наблюдения плацентарной капиллярной гемангиомы.

Ключевые слова: плацента, капиллярная гемангиома плацентарная.

БАЛА ТОНУНУН КАПИЛЛЯРДЫК ГЕМАНГИОМАСЫ (ТАЖРЫЙБАДАН БАЙКОО)

Абдурахманова Г.Ж., Козьмина Ю.В., Джаналиев Б.Р.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул статьяда бала тонунун капиллярдык гемангиомасынын тажрыйбадан алынган 2 байкоосу жазылган.

Негизги сөздөр: бала тону, бала тонунун капиллярдык гемангиомасы.

PLACENTAL CAPILLARY HEMANGIOMA (PRACTICAL CASE)

Abdurakhmanova G.J., Kozmina U.V., Djanaliev B.R.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: The paper describes two cases of giant placental hemangioma.

Key words: placenta, placental capillary hemangioma

В плацентарной ткани встречаются различные типы опухолей. Наиболее распространенная – хориоангиома (хорангиома, капиллярная гемангиома). Это доброкачественная опухоль, развивающаяся из капилляров ворсин хориона. Впервые сосудистая опухоль плаценты описана в 1798 году. Термин хориоангиома был предложен R.Veneke в 1900 году.

Частота встречаемости хориоангиомы, по данным разных авторов, колеблется от 1 : 7000 до 1 : 50000 случаев. Размеры опухоли могут варьировать от нескольких миллиметров до 7,0 – 8,0 см. Опухоли размером до 15 мм в диаметре не вызывают материнские и/или эмбриональные осложнения. Такие опухоли, как правило, случайно обнаруживаются патоморфологами при рутинном исследовании плацент. В то время как большие или гигантские (диаметром более 40-50 мм) редки и обычно осложняют течение беременности, особенно при их локализации в области прикрепления пуповины [2].

Среди осложнений беременности разными авторами описываются следующие состояния: хроническая внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, многоводие, внутриутробная гибель плода. Причем многоводие может

встречаться в 0,01 – 35% случаев [1,4,5]. Внутриутробная гибель плода встречается в 8 – 25% случаев [2]. Также встречается упадок сердечной деятельности и водянка плода [5]. Хориоангиомы особенно больших размеров могут приводить к формированию артериовенозных шунтов. Это создает реальную угрозу адекватному развитию плода за счет увеличения венозного возврата к сердцу плода и усиления сердечного выброса. Следствием таких изменений является тахикардия, гиперволемия и кардиомегалия, а также отеки и антенатальная гибель. В некоторых случаях гемодинамические нарушения приводят к фетальной анемии, которая, в свою очередь, способствует задержке внутриутробного развития плода.

Преждевременные роды при наличии хориоангиомы происходят в 3 раза чаще, чем при нормальной беременности [1,2]. Также развивается такое грозное осложнение беременности и родов как преждевременная отслойка плаценты [2].

У новорожденных детей нередко встречается анемия [3]. По данным некоторых авторов отмечена гибель детей в неонатальном периоде [1]. В настоящее время нет

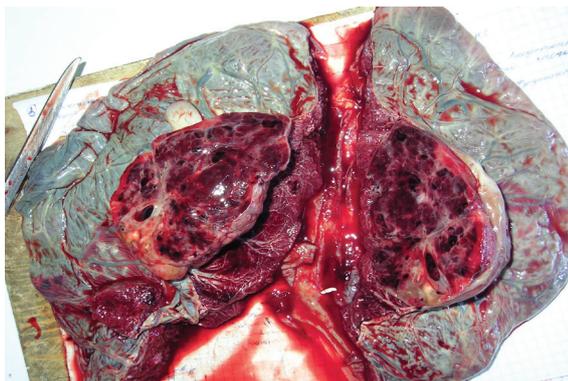


Рис. 1



Рис. 2

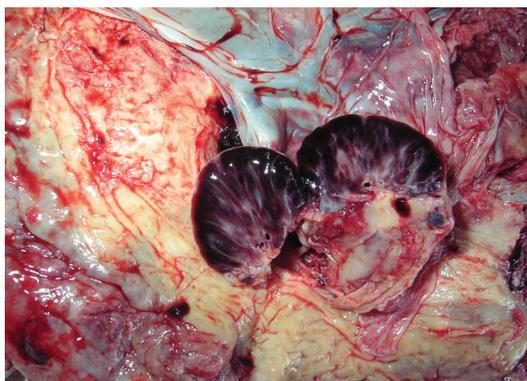


Рис. 3

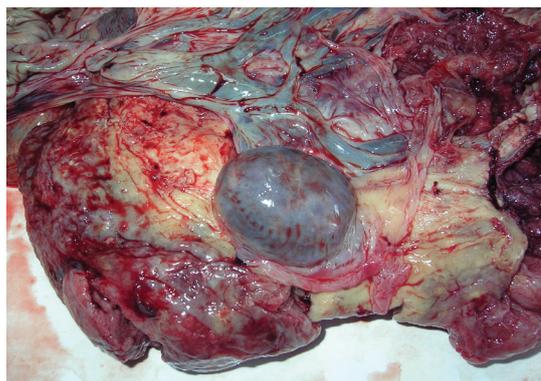


Рис. 4

доказательных данных о достоверной связи хориоангиом с врожденными пороками плода. Однако в литературе описаны случаи сочетания хориоангиомы плаценты с единственной артерией пуповины, гемангиомами кожи плода, аномалиями сердечнососудистой системы, гидроцефалией [6,7].

Представляем описание двух наблюдений хориоангиомы, обнаруженных среди плацент, исследованных в Республиканском патологоанатомическом бюро за январь 2013 года (за это месяц всего исследовано 720 плацент, что составляет 0,28%). Оба случая впервые диагностированы во время гистологического исследования.

Наблюдение 1. Родильница Т. 41 год. Беременность шестая, роды четвертые. Анамнез: 1998 год - срочные роды, новорожденный с массой тела 3200,0 гр., живой; 2006 год - срочные роды, новорожденный с массой тела 3300,0гр., живой; 2004 - 2 медицинских аборта в сроке 5-6 недель; 2008 год - преждевременная отслойка плаценты, операция кесарево сечение, недоношенный новорожденный с массой тела 1700,0гр., умер на 2 сутки; 2013 год данная

беременность - низкая плацентация. Роды в 36 недель беременности, оперативные по поводу несостоятельности рубца на матке. Дородовое излитие околоплодных вод. Спаечный процесс в малом тазу. Тугое двукратное обвитие пуповины вокруг шеи. Девочка весом 3400,0 граммов с оценкой по шкале Апгар 3-5-6 баллов. Ребенок переведен на II этап выхаживания, выписан на 15 сутки.

Макроскопически: плацента с центральным прикреплением пуповины; в области прикрепления пуповины на плодовой поверхности опухолевый узел 100 x 80 x 70 мм (рис. 1), в тонкой капсуле, соединен тонкой короткой ножкой; на разрезе темно-красного цвета, с влажной поверхностью (рис 2); ткань плаценты вне опухоли синюшно-красного цвета.

Наблюдение 2. Родильница С. 30 лет. Беременность четвертая, роды вторые. Анамнез: 2006 год - срочные роды, новорожденный с массой тела 3600,0 гр., живой; 2007, 2008 годы - медицинские аборт в 4 и 6 недель беременности; 2013 год данная беременность - угроза прерывания, многоводие, обострение хронического пиелонефрита. Роды в 36 недель

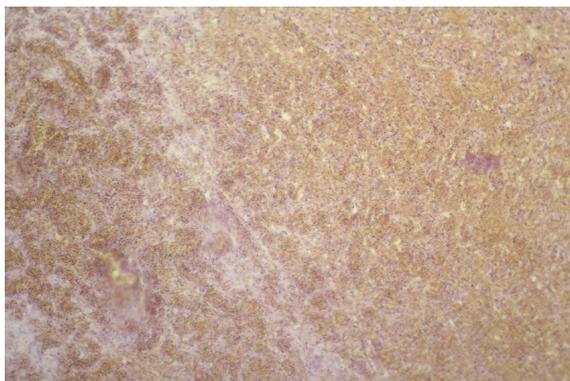


Рис. 5 (x100)

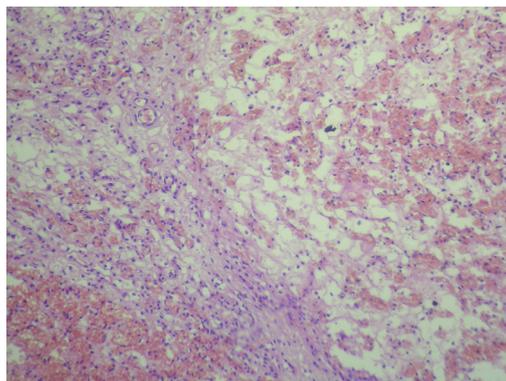


Рис. 6 (x100)

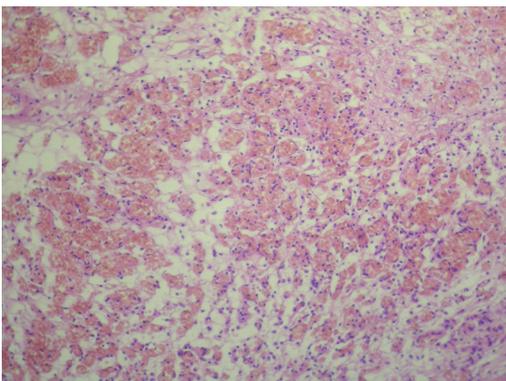


Рис. 7 (x100)

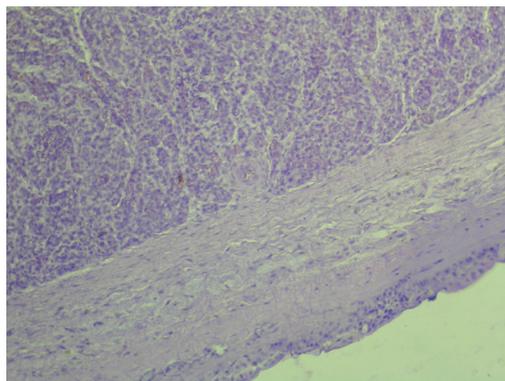


Рис. 8 (x100)

беременности, дородовое излитие околоплодных вод (безводный период 22 часа). Мальчик весом 3400,0 граммов, с оценкой по шкале Апгар 5-7 баллов, выписан на 3-и сутки.

Макроскопически: плацента с парацентральной прикреплением пуповины; ложными узлами пуповины; на плодовой поверхности плаценты опухолевый узел с гладкой поверхностью, в тонкой капсуле 15 x 30 мм (рис. 3); на разрезе с блестящей поверхностью, темно-красного цвета (рис. 4).

Операционный материал фиксировали в 10% растворе формалина, проводили в спиртах повышающейся концентрацией, заливали в парафин. Парафиновые срезы толщиной 6-8 мкм, окрашивали гематоксилином и эозином и заключались в полистерол. Светооптическое исследование и фотографирование микропрепаратов выполнялось на базе исследовательского микроскопа Novel при помощи фотоаппарата Minolta E323.

Микроскопически опухоли плаценты в обоих случаях имели сходное строение и представлены большим количеством новообразованных кровеносных сосудов

капиллярного типа (рис. 5, 6, 7), расположенных в скудно развитой строме с очаговыми кровоизлияниями (рис. 8). Во втором случае, кроме того, были обнаружены морфологические признаки отслойки плаценты.

Заключение:

Наши наблюдения указывают на необходимость тщательного макроскопического исследования каждой плаценты, в том числе и на предмет наличия хориоангиомы, которая может стать причиной осложнений беременности и родов. Для прогнозирования осложнений и подготовки к родоразрешению данную опухоль плаценты необходимо диагностировать в пренатальном периоде.

Литература:

1. Демидов В.Н., Войкова Ю.В., Могиревская О.Д. и др. Возможности ультразвукового выявления хориоангиом плаценты//Ультразвуковая диагностика в акушерстве и гинекологии.-2000.-№ 4.-С.279-283.
2. Мальков П.Г., Гриневич В.Н., Морозова М.А. и др. Гигантская плацентарная гемангиома

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

(хорангиома)//Архив патологии.-2009.-№ 3.- С.37-39.

3. Неонатология – национальное руководство под ред. академика РАМН проф. Н.Н. Володина, ГЭОТАР-Медиа.-2009.–часть 5.

4. Раххал Зиад Наим, Клинико-генетическое значение многоводия при врожденных пороках развития плода//Автореф. канд. мед. наук,-2005.-Москва.-136 стр.

5. Jan A Deprest, E.Done, T.V.Mieghem et al. Обзор достижений в лечении внутриутробной патологии плода//Проблемы

репродукции.-2009.-№ 4.-С.62-74.

6. Волков А.Е. Единственная артерия кистозно-измененной пуповины и хориангиома плаценты при синдроме Эдвардса// Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии.-1999.-Т.7.№ 3.-С.246-248.

7. Ибрагимов Р.Р. Случай диагностики при ультразвуковом исследовании хориоангиомы// Ультразвуковая диагностика в акушерстве, гинекологии и педиатрии.-2001.-Т.9.№ 2.-С.139-141.

**В сентябре 2013 года ФАКУЛЬТЕТУ
«МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО»
Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева исполнится 60 лет.**

За 60 лет существования факультета было выпущено около 2250 высококвалифицированных врачей профилактической медицины. Врачи профилактики осуществляют государственный санитарный надзор в сфере охраны и укрепления здоровья всех слоев населения, осуществляя санитарный контроль над всеми объектами жизнедеятельности человека.



ВЛИЯНИЕ ПОВЫШЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ НА СТРОЕНИЕ СТЕНОК АРТЕРИЙ МЫШЕЧНОГО ТИПА

Токтогазиев Б.Т., Ормонбаев К.С., Айдарбекова З.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье говорится о морфологических изменениях в стенках артерий мышечного типа после эксперимента связанного с двигательной активностью животных.

Ключевые слова: Гиперкинезия, артерия, крысы, мембрана, сосуды.

БУЛЧУНДУУ ТИПТЕГИ АРТЕРИЯЛАРДЫН СТЕНКАСЫНА АКТИВДУУ КЫЙМЫЛДУУЛУКТУН ТААСИРИ.

Токтогазиев Б.Т., Ормонбаев К.С., Айдарбекова З.М.

Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы И.К.Ахунбаев атындагы

Бишкек, Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул макалада жаныбарлардын кыймылдуу активдуулугу менен байланышкан тажрыйбадан кийин чычкандар тобунун артерия капталдарынын морфологиялык озгоруулору тууралуу баяндалат.

Негизги создор: гиперкинезия, артерия, чычкандар, мембрана, тамыр.

INFLUENCE OF THE INCREASED PHYSICAL ACTIVITY ON A STRUCTURE OF WALLS OF AN ARTERY OF MUSCULAR TYPE

Toktogaziev B., Ormonbaev K.S., Aidarbekova Z.M.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: This article deals with morphological changes in the wall of wide arteries of muscle type of rats during experiment, affected by motive activeness and its limitation.

Key words: gyperkinezia, arteries, membrane, rats, vessels.

Введение: В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что гиперкинезия представляет собой чрезвычайно важную биосоциальную проблему [1,2,3].

Основная масса морфологических и физиологических исследований кровеносных сосудов при действии экстремальных факторов, посвящена изучению внутриорганных сосудов и микроциркуляторного русла [3-5].

Следует отметить, что указанные работы по изучению структуры магистральных артерий выполнены, в основном, на моделях гипергравитации, тогда как гиперкинезия, ее на стенку магистральных артерий осталась практически вне поля зрения исследователей.

Учитывая все вышеизложенное, в качестве объекта нашего исследования были выбраны крупные артерии мышечного типа. Изучение изменений структуры артериальных стенок при гиперкинезии различной продолжительности, является принципиально важным, так как это позволит определить всю картину возможных

морфологических перестроек в стенках крупных артерии мышечных типов.

Материал и методы их исследования.

В данной работе в качестве экспериментальных животных были использованы белые беспородные крысы – самцы массой 180-200г., общим количеством 150 штук.

Экспериментальные животные находились в состоянии гиперкинезии в течении определенного периода времени.

ГИПЕРКИНЕЗИЯ создавалась плаванием животных в бассейне с температурой воды 20-30 градусов С в течении 30 суток в режиме предельно переносимых нагрузок по методике, разработанной на кафедре нормальной анатомии Академии физической культуры им. П.Ф.Лесгафта. (Санкт - Петербург). Время пребывания в бассейне индивидуализировалось и фиксировалось. Конструкция клеток позволяла производить уборку и кормление животных. На протяжении всего эксперимента следили

за изменением массы животных, все строго протоколировалось.

Во всех сериях экспериментов участки артерий брали всегда стандартно. Извлекали участок бедренной артерии от уровня места отхождения глубокой артерии бедра до вступления сосуда в бедренно - подколенный канал.

Материал фиксировали в 10% растворе нейтрального формалина. Проводили стандартную заливку кусочка в парафин. Приготавливались серийные поперечные срезы толщиной 5-7мкм, которые окрашивались гематоксилин - эозином, орсеином и по Ван-Гизону. На окрашенных срезах изучали строение всех трех оболочек артериальной стенки.

Для определения гистохимической характеристики состава соединительной ткани, различных оболочек сосудистых стенок было предпринято изучение содержания кислых гликозаминогликанов (ГАГ). Последние выявлялись по методу Галле [Пирс Э., 1962] на парафиновых срезах, толщиной 7 мкм. Содержание ГАГ в стенке сосудов оценивалось визуально. В бедренных артериях оценивали следующие параметры. Морфометрической оценке (с помощью окуляр - микрометра) подвергались все исследуемые артерии, проводилось измерение толщины средней оболочки и внутренней эластической мембраны, подсчет числа рядов миоцитов на поперечных срезах. В бедренных артериях - при увеличении ок.15, об.20. Количество рядов гладкомышечных клеток подсчитывали при увеличении ок. 15,

об.20. Толщину внутренней эластической мембраны в сосудах определяли при увеличении ок.15, об. 20. Для каждого сосуда было сделано 50 измерений (по 10 измерений на 5 срезах).

Полученный цифровой материал обработан методами вариационной статистики с учетом малой выборки животных [Г. С. Катинас и соавт., 1969].

Результаты исследования и их обсуждение.

Напомним, что в эксперименте опытные животные подвергались плаванию в специальном бассейне до получения предельно переносимых нагрузок.

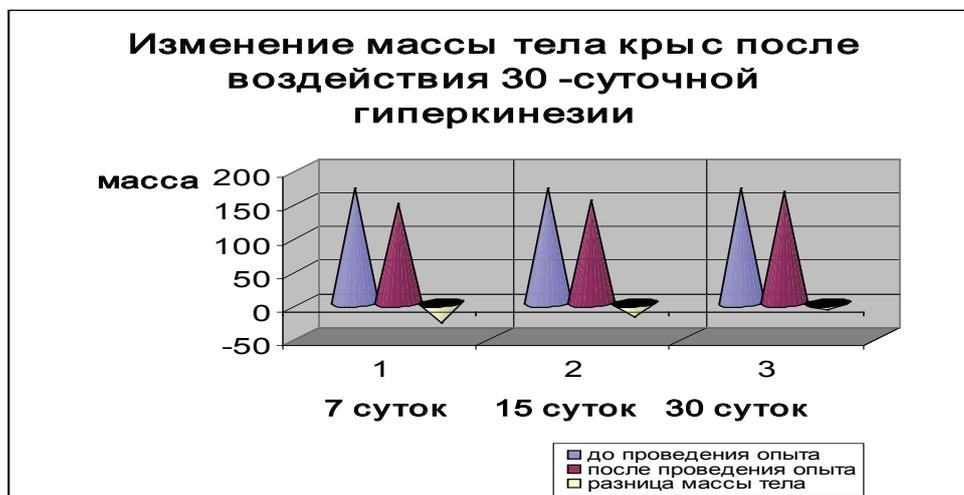
Прежде чем перейти к описанию структурных преобразований в стенках изучения артерий отметим, что в период возрастания гиперкинезии происходило изменение массы тела экспериментальных животных.

В начальные сроки эксперимента 1-7 суток масса тела достоверно уменьшалась, по сравнению с животным параллельного контроля, в дальнейшем в период до 15 суток действия фактора, эта масса постепенно увеличивалась.

В бедренной артерии к данному сроку эксперимента, по сравнению с животными параллельного контроля, отмечались явления, достаточно выраженного гиперэластоза.

Незначительно, но статистически значимо ($p < 0.05$) увеличилось количество рядов гладкомышечных клеток до $4,25 \pm 0,20$ мкм

Толщина средней оболочки, в сравнении с интактными крысами статистически значимо уменьшились до $58,1 \pm 0,04$ мкм ($p < 0,05$). По-видимому, некоторое истончение средней



| Сроки воздействия | Толщина внутренней эластической мембраны (мкм) | | Количество гладкомышечных клеток (ряды) | | Толщина средней оболочки (мкм) | |
|-------------------|--|--------------------|---|--------------------|--------------------------------|--------------------|
| | контроль | опыт | контроль | опыт | контроль | опыт |
| 7 | 3,45±0,68 δ=1,1 | 3,48±0,68 δ=0,7 | 4,6±0,06 δ=0,8 | 4,25±0,20 δ=0,8 | 59,2±0,07 δ=1,3 | 58,1±0,04 δ=0,7 |
| 15 | 3,45±0,68 δ=1,1 | 3,49±0,69 δ=1,4 | 4,6±0,06 δ=0,8 | 4,5±0,14 δ=1,4 | 59,2±0,07 δ=1,3 | 58,6±0,09 δ=1,5 |

оболочки аорты связано с распрямлением, истончением эластических мембран, и уменьшением количества гладкомышечных клеток.

Наружная оболочка сосуда была рыхлой. Складки наружной эластической мембраны несколько сглажены, состояние коллагеновых и эластических волокон отличается от нормы и параллельного контроля. Капилляры и вены в наружной оболочке стенки бедренной артерий были расширены и заполнены форменными элементами крови.

Через 15-суток воздействия гиперкинезии во внутренней оболочке брюшной аорты определялось значительное утолщение внутренней эластической мембраны до 3,491±0,67 мкм в сравнении с интактными крысами и крысами после воздействия гиперкинезии в течение 1-ой и 7 суток.

Через 15 суток толщина средней оболочки бедренной артерий достоверно ($p<0,05$) увеличилась до 58,6±0,09 мкм в сравнении с интактными крысами и животными с воздействием гиперкинезии в течение 7-суток. В средней оболочке достоверно ($p<0,05$) уменьшилось количество гладкомышечных клеток до 4,5±0,18 рядов, в сравнении с группами контроля и данными предыдущих сроков эксперимента. Внутренний ряд гладкомышечных клеток был расположен почти вплотную к внутренней эластической мембране. При этом некоторые миоциты располагались между её складками, из-за чего их ядра были как бы приближены друг к другу или имели извитую форму. Внутри набухшей цитоплазмы гладкомышечных клеток появлялись единичные прозрачные микрополости неправильно - угольчатой формы. Между эластическими мембранами

и гладкомышечными клетками практически на всем протяжении средней оболочки определялись утолщенные и деформированные сети эластических волокон. Местами в наружных участках средней оболочки при окрашивании по Ван-Гизону определялось уплотнение сети коллагеновых волокон.

Элементы наружной оболочки не изменили своего строения, которые соответствовали таковому у интактных крыс. Содержание кислых гликозаминогликанов в стенках сосудов по визуальной оценке в сравнении с контролем было несколько увеличенным. Сосуды ГМЦР в наружной оболочке стенки бедренной артерий были полнокровны.

Состояние наружной оболочки соответствовало таковому в предыдущие сроки гиперкинезии и в контроле.

Морфометрические изменения стенки бедренной артерии крыс

Заключение.

Таким образом, необходимо отметить, что воздействие гиперкинезии вызывало в целом менее выраженные морфологические изменения в артериальных стенках. Параллельно с гиперэластозом в бедренной артериях наблюдали гипертрофию средней оболочки с небольшим увеличением количества рядов ГМК в ней. Следовательно, защитно-приспособительная реакция тканевых компонентов стенки бедренной артерии в ответ на гиперкинезию была выражена во внутренней и средней оболочках.

Литература:

1. Баевский Р.М., Гончарова Л.Г., Фунтова И.И., Черникова Л.Г. Изменение вариабельности сердечного ритма и артериального давления в эксперименте со 120-суточной гипокинезией.

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

В кн.: Гипокинезия. Медицинские и длительных космических полетов// психологические проблемы. – Москва.1997. - С.9-10.

2. Гансбургский АН. Изменения эндотелия вен после острого нарушения гемодинамики// Архив анат., гист. и эмбриологии.-1985.- №10.- С.53-59.

3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений - М.ВЛАДОС.- 2004.- 624с.

4. Егоров А.Д. Механизмы снижения ортостатической устойчивости в условиях

Авиакосмическая и экологическая медицина.-2001.- №6.-С.3-12.

5. Есипова И.К. Морфофизиологические параллели в исследовании кровеносных сосудов и классификации последних// Очерки по гемодинамической перестройке сосудистой стенки. – М., 1971. - С.3-19.

6. Есипова И.К., Петросян М.А. О перестройке миокардиальных сфинктеров легочных вен при пост- и прекапиллярной гипертонии малого круга кровообращения// Архив патологии.-1968.- №7. - С.53-59.



Georgian Manufacturer of Pharmaceuticals - основана в Грузии в 1999 году. GMP - первое грузинское фармацевтическое производство, соответствующее стандартам GMP и международным нормам фармацевтического производства. GMP производит более 150 наименований эффективных медикаментов нового поколения. Миссия GMP - сделать доступными для населения медикаменты нового поколения.



«ЮРИЯ-ФАРМ» - инновационная фармацевтическая корпорация Украины, лидер рынка инфузионных препаратов в Украине и странах СНГ. Качество продукции корпорации отвечает международным стандартам GMP и ISO на всех стадиях производства. Телефон представительство в Бишкеке – 0550490905, E-mail: Kasymova@uf.ua.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ МИОМЕ МАТКИ

Суранбаева А.К., Калиева Ч.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Эмболизация маточных артерий была проведена 86 пациенткам от 18 до 48 лет. Размеры матки от 7 до 28 недель. У всех пациенток имелись одно или сочетание нескольких показаний к оперативному лечению миомы матки. Преимуществами эмболизации маточных артерий перед другими методами лечения миомы матки являются: органосохраняющее вмешательство, воздействие на все узлы при множественном поражении, малая травматичность, отсутствие кровопотери, эффективность в отношении симптомов миомы в 85–96%, хороший косметический эффект, короткие сроки реабилитации.

Ключевые слова: миома матки, маточные артерии, эмболизация маточных артерий, лечение, оперативное вмешательство.

ЖЫТЫНДЫН АРТЕРИЯСЫНЫН ЭМБОЛИЗАЦИЯСЫ ЖАТЫНДЫН МИОМАСЫНДА.

Суранбаева А.К., Калиева Ч.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Жытындын артериясынын эмболизациясы 18 жаштан 48 жашка чейин 86 айымдарга откорулгон. Жатын 7-28 жумага чейин чонойгон. Алардын баардыгында оперативдуулук кийлигишүүгө бир нече корсотуулар бар эле. ЭЖАнын артыкчылыктары: жатынды сактап калуу, бардык туйумдорго таасир кылуу, кичинекей майып болуучулук, кан жоготуусу жок, миоманын белгилерине карата натыйжалуулугу 85-95%, жакшы косметикалык натыйжа, реабилитациянын кыска мооноту.

Жатындын миомасы, жатындын артериясы, жытындын артериясынын эмболизациясы, дарылоо, оперативдуулук кийлигишүү.

EMBOLIZATION UTERINE ARTERIES FROM MYOMA OF A UTERUS.

Suranbaeva A. K.

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

Bishkek, Kyrgyz Republic.

Resume: Embolization uterine arteries it is lead to 86 patients from 18 till 48 years. The sizes of a uterus from 7 till 28 weeks. They are have one or few reasons for operative intervention. Advantages embolization uterine arteries before alternative methods of treatment of a myoma of a uterus are: keeping bodies intervention, influence on all units at plural defeat, small travmatisation, loss of blood, efficiency concerning symptoms of a myoma in 85-96 %, good cosmetic effect, short timeframes of rehabilitation.

Key words: Myoma of a uterus, uterine arteries, embolization uterine arteries, treatment, operative intervention.

Введение: В Кыргызской Республике к 2013 году миома матки встречается примерно у 25% женщин репродуктивного возраста (Вечерний Бишкек 2012, интервью профессора Камчыбека Узакбаева). Лечение миомы матки сводится к гистерэктомии, миомэктомии и гормональной терапии, которые либо лишают репродуктивную функцию, либо значительно нарушают качество жизни. Современный, высокоэффективный метод терапии миомы матки путем эмболизации маточных артерий начал проводиться у нас с 2010 года в НЦКиТ имени Миррахимова.

Цель исследования – изучение влияния эмболизации маточных артерий на состояние

миоматозных узлов и репродуктивное здоровье при миоме матки.

Материалы и методы исследования.

Предоставление трехлетнего опыта применения ЭМА в лечении миомы матки в К.Р.

Мы располагаем опытом проведения ЭМА у 86 пациенток в возрасте от 18 до 48 лет, страдающих миомой матки, которые выполнялись с 2010 по 2012 годы включительно в НЦКиТ имени Миррахимова.

Критериями включения в исследование было:

- Меноррагии и метроррагии, анемизирующие больную;
- наличие хотя бы одного миоматозного

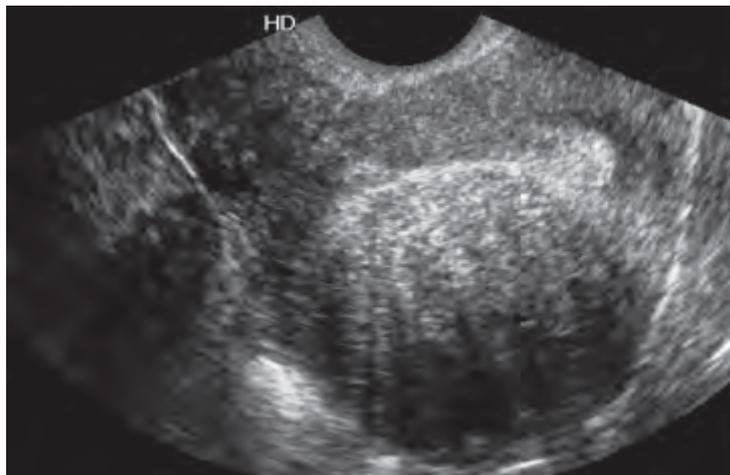


Рис.1 Интерстициальный узел с центрипитальным ростом по задней стенке матки через месяц после ЭМА.



Рис.2 Тот же узел через 3 месяца после ЭМА. Уменьшение размеров, субмукозно-интерстициальное расположение узла.



Рис.3 То же наблюдение, спустя сутки. Экспульсия миоматозного узла с визуализацией его основного объема в проекции влагалища.

узла диаметром более 4 см при исключении других причин невынашивания и бесплодия (невынашивание беременности и бесплодие);

- размер миомы, более 15 недель беременности;
- механическое сдавление соседних органов (нарушение функции соседних органов мочевого пузыря, кишечника);
- боли внизу живота;
- диспареуния.

Из исследования исключались пациентки с наличием:

- беременности;
- злокачественных или предраковых состояний гениталий,
- субсерозного узла на тонкой ножке,
- тяжелой почечной недостаточности,
- острых воспалительных процессов органов малого таза,
- венозно-артериальной мальформации,
- васкулитов,
- аллергии на контрастное вещество,
- неуправляемой коагулопатии,
- аутоиммунных заболеваний соединительной ткани,
- предшествующей лучевой терапии органов таза.

Методика эмболизации.

ЭМА выполнялась методом эндоваскулярной ангиографии. Пункция бедренной артерии выполнялась по стандартной методике Сельдингера.

В качестве эмболизирующих препаратов использовались несферические частицы PVA производства COOK, США, сферические частицы PVA Contour производства Boston Scientific, США, сферические гидросферы Bead Block производства Terumo, Япония.

Первый день после операции пациентка пребывала в отделении реанимации НЦКиТ, где выраженный болевой синдром купировался наркотическими анальгетиками и проводилось АБТ, на 2 сутки переводилась в МЦ «Эркай», где продолжается АБТ и болевой синдром

купируется ненаркотическими анальгетиками и нестероидными противовоспалительными препаратами.

Среднее значение койко-дня пребывания в стационаре составляла от 3 до 6 дней.

Далее каждые 3 месяца пациентке проводится УЗИ, мазок влагалищного секрета назначается индивидуально по показаниям, обязательная контрацепция в течении трех месяцев.

Результаты.

Эффективность эмболизации маточных артерий мы оценивали по регрессии миоматозных узлов, уменьшению размеров матки, исчезновению симптомов, обусловленных миомой матки, наступлению беременности или влиянию на фертильность, изменению качества жизни, удовлетворенности проведенным лечением.

В течение первых трех месяцев после эмболизации маточных артерий матка уменьшилась в среднем на 40%, нормализовался объем менструаций, исчезали компрессионные симптомы и боли (рис. 1, 2, 3).

Доза облучения, которую получают яичники во время эмболизации маточных артерий, не оказывает значимого отрицательного воздействия как на организм в целом, так и на фертильную функцию женщины.

Качество жизни улучшилось у всех обследуемых. При субъективной оценке больными отмечена положительная динамика изменения физической активности, уменьшение ощущения усталости, вялости, сонливости, недостатка энергии. Улучшение психического состояния проявилось в уменьшении подавленного, депрессивного состояния, нервозности, эмоциональной нестабильности, неудовлетворенности своей жизнью. Субъективная оценка женщинами своего здоровья показала положительную динамику в отношении проблем со стулом, диурезом и сном, в уменьшении болей внизу живота и спине.

Качество жизни пациенток после ЭМА значительно выше качества жизни пациенток получающих гормональную терапию, в связи с побочными эффектами препаратов, и пациенток

после гистерэктомии, в связи с синдромом постгистерэктомии – это симптомокомплекс, который заключается в развитии психоэмоциональных, нейровегетативных, урогенитальных, сексуальных, сосудистых нарушений.

Выводы.

Эмболизация маточных артерий является эффективным методом лечения и, возможно, альтернативным радикальному хирургическому вмешательству у пациенток с миомой матки.

Преимуществами эмболизации маточных артерий перед другими методами лечения миомы матки являются:

- отсутствие общего наркоза,
- ЭМА – это органосохраняющее вмешательство,
- воздействие на все узлы при множественном поражении,
- малая травматичность,
- отсутствие кровопотери,
- сохранение репродуктивной функции,
- положительное влияние на клинические проявления миомы матки в 85–96% случаев,
- отсутствие роста миоматозных узлов и рецидивов заболевания в отдаленном послеоперационном периоде,
- отсутствие побочных эффектов и осложнений в отдаленном послеоперационном периоде,
- хороший косметический эффект,
- короткие сроки реабилитации.

В целом эмболизация маточных артерий является мини-инвазивным методом безрецидивного лечения миомы матки. Высокий процент успешности окклюзии маточных артерий при миомах матки и положительные клинические результаты позволяют с оптимизмом смотреть в будущее и рекомендовать внедрение данной методики в широкую клиническую практику в нашей стране.

Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки способствует снижению частоты потери репродуктивного органа, возможности реализации материнства и благоприятно влияет на качество жизни пациенток.

Литература:

1. Капранов С.А. и др. Эмболизация маточных артерий: современный взгляд на проблему. Диагностическая и интервенционная радиология. 2007. № 1 (1). С. 72–87.

2. Рисунки - журнал «Медицина критических состояний» - Объективизация ультразвуковой диагностики при эмболизации миомы матки Тихомиров А. Л., Деды Т. В.З., Зинин Д. С. № 2 2010.

3. Влияние эмболизации маточных артерий на состояние иммунной системы у больных миомой матки. Рогожина И.Е., Хворостухина Н.Ф., Столярова У.В., Нейфельд И.В. Журнал MEDICAL SCIENCES, FUNDAMENTAL RESEARCH №9, 2011.

4. Результаты эмболизации маточных артерий

при лечении больных миомой матки. Ф.К. Тетелютина, Е.А. Толстолуцкая, М.Е. Соловьева, К.Б. Клестов, О.И. Мейтис, «Ижевская государственная медицинская академия» Росздрава, журнал МЕДИЦИНСКИЙ АЛЬМАНАХ. № 3 (12) сентябрь 2010.

5. «К миоме — через артерию?» интервью профессора Камчыбека Узакбаева, Вечерний Бишкек 2012.

6. Вихляева Е. М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. — М.: Медпресс, 2004-400 с.

7. Василевская Л. Н. Об обменных процессах в миометрии при миоме матки // Акушерство и гинекология. — 1990 Т.9. - С. 129 – 135

8. Гинекология от десяти учителей / Под ред. С. Кэмпделла,

Э. Монга; пер. с англ. под ред. В. И. Кулакова. — М.: МИА, 2003- 577 с.

9. Демидов В. Н., Зыкин Б. И. Ультразвуковая диагностика в гинекологии. — М.: Медицина, 1990-224 с.

10. Петрова С. Н., Троиц Е. Б., Рыжков В. К. и др. Оценка эффективности эмболизации маточных артерий в лечении фибромиомы // Акушерство и гинекология. —

СТУДЕНЧЕСКИЕ РАБОТЫ

2004, № 1.- С. 27 – 29.

11. Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Новый принцип лечения миомы матки. М. 2006. 48 с.

12. Эмболизация маточной артерии Джон Риди, журнал «Интервенционная Ангиология». № 3, 2003.

13. Адамян Л. В., Гусаева Х. З., Мурватов К. Д., Обельчак И. С. Эмболизация маточных артерий при лейомиоме и сочетанной доброкачественной патологии матки. Журнал актуальные проблемы акушерства и гинекологии, спецвыпуск/2006.

14. Эмболизация маточных артерий в лечении миомы матки. Современное состояние вопроса Г. М. Савельева, В. Г. Бреусенко-

журнал «Оригинальные исследования» Т ОМ L I X выпуск 2 / 2 0 1 0.

15. Оценка роли эмболизации маточных артерий в функциональной хирургии у пациенток с миомой матки / Дайе М. М.[и др.] // Ж. акуш. и жен. болезн. — 2005.

16. Нуруллин Р.Ф., Фандеева Л.В., Гришин И.И., Литвинова Н.А., Алиева А.А., Кривобородов Г.Г., Доброхотова Ю.Э. Урогинекологические аспекты отдаленных результатов лечения миомы матки методами эмболизации маточных артерий и гистерэктомии// Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2009. - № 6. - С 40 – 43.



ДНИ НАУКИ 2014
посвященные 75-летию
КГМА им. И.К. Ахунбаева
16-18 апреля 2014.
Бишкек, Кыргызская Республика

ВЫЯВЛЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У МУЗЫКАНТОВ, ИГРАЮЩИХ НА ДУХОВЫХ ИНСТРУМЕНТАХ

Токторалиева Э.Б., Салиев Н.Б., Сушко Н.Ю., Иманалиева А.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Стоматологическое обследование музыкантов, играющих на духовых инструментах, выявило ухудшение состояния твердых тканей зубов и пародонта, что обуславливает необходимость проведения специализированных стоматологических лечебно-профилактических мероприятий в этих группах населения.

Ключевые слова: музыканты, духовые инструменты, пародонтит, стирание зубов, деформация зубных рядов.

ҮЙЛӨӨ АСПАПТАРДА ОЙНОГОН МУЗЫКАНТТАРДАГЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ООРУЛАРДЫ АНЫКТОО ЖАНА АЛАРГА ПРОФИЛАКТИКА ЖҮРГҮЗҮҮ

Токторалиева Э.Б., Салиев Н.Б., Сушко Н.Ю., Иманалиева А.Ж.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян Университети,
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Үйлөө аспаптарда ойногон музыканттардын фронталдык катардагы топтордо жайгашкан тиштеринин пародонта жана катуу ткандарынын (мүлктөрүнүн) начарлоо жана бузулуу себептерин аныктоо, талапка ылайык, аларга атайын адистештирилген профилактикалык жана дарылоо иш аракеттерин жүргүзүү.

Негизги сөздөр: музыканттар, үйлөө аспаптары, пародонтит, тиштердин жукарышы, алардын катарларынын деформацияланышы.

DETECTION AND PREVENTION IN THE ORAL CAVITY OF THE MUSICIANS PLAYING WIND INSTRUMENTS

Toktoraliyeva E.B., Saliev N.B., Sushko N.Y., Imanaliyeva A.Dj

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Kyrgyz-Russian Slavic University,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: Deterioration of dental hard tissues and periodontium in anterior teeth area in musicians professionally playing wind instruments was revealed. It indicates on their demand in specialized oral health treatment and prevention of oral diseases.

Key words: musicians, wind instruments, periodontal disease, dental abrasion, the deformation of dentition.

Введение. Общеизвестно, что у музыкантов, играющих на духовых инструментах, часто встречаются некариозные поражения твердых тканей зубов, такие как патологическая стираемость, заболевания тканей пародонта. Эти заболевания представляют для их специальности большую проблему и могут привести к профессиональной непригодности музыкантов. Современный духовой оркестр имеет 3 основные разновидности, представляющие собой оркестры смешанного типа: малый (20), средний (30) и большой (42-56 и более исполнителей). В состав большого духового оркестра входят: флейты, кларнеты, саксофоны, трубы, баритоны и другие инструменты. В зависимости от состава

и количества исполнителей изменяется общая объемность звучания.

Духовые инструменты имеют особую форму мундштука, требующую уникального расположения органов ротовой полости (амбушюр). При воспроизведении звука губы, язык и зубы взаимодействуют с мундштуком инструмента, чтобы поочередно обеспечивать и перекрывать ток воздуха.

По мнению некоторых ученых [1,2], у многих музыкантов-трубачей изначально физиологически имеются челюстно-лицевые признаки, которые предрасполагают к необходимому расположению органов ротовой полости для профессиональной игры на

духовых инструментах. У других музыкантов-трубачей эти параметры таковы, что нужное для правильного извлечения звука положение структур полости рта достигается за счет компенсаторных движений нижней челюсти и мышц головы и шеи [3,4]. В дальнейшем эти неадекватные механизмы могут приводить к развитию различных стоматологических заболеваний.

Большинство музыкантов духового оркестра несвоевременно проходят диагностирование и лечение патологических процессов челюстно-лицевой области [5,6]. Поэтому среди них наиболее часто встречаются прогрессирующие стоматологические заболевания, такие как пародонтит, повышенное стирание, деформации зубных рядов [7,8]. Исходя из вышеизложенного, проблема своевременного, комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний на ранних этапах у музыкантов, играющих на духовых инструментах, является актуальной и своевременной. В нашей республике подобные исследования не проводились.

В этой связи, целью исследования явилось комплексное обследование музыкантов, играющих на духовых инструментах и оптимизация лечебно-профилактических мероприятий.

Задачи исследования:

1) Провести анкетирование (изучение истории болезни) у музыкантов, играющих на духовых инструментах.

2) Провести комплексное клинко-инструментальное обследование пародонта, повышенное стирание, деформации зубных рядов у учащихся музыкальных школ и музыкантов г. Бишкек, играющих на различных духовых инструментах.

3) Провести анализ полученных результатов исследований.

4) Разработать практические рекомендации по профилактике выявленных стоматологических заболеваний у музыкантов, играющих на духовых инструментах.

Материалы и методы исследований

В качестве объекта исследований нами были выбраны 62 музыканта. 42 из них - учащиеся музыкальной школы им. Шубина и 20 профессиональных музыкантов, играющих на духовых инструментах в оркестрах г. Бишкек. Ежедневная продолжительность занятий на инструменте у обследованных нами учащихся составляла не менее 2-х часов в сутки. В зависимости от возраста учащиеся музыкальной школы были разделены на 3 возрастные группы: от 5 до 10 лет – 17 человек (40,4%), от 11 до 15 лет – 14 человек (33,4%), от 16 до 18 лет- 11 человек (26,2%) (рис.1)

В зависимости от выбора музыкального

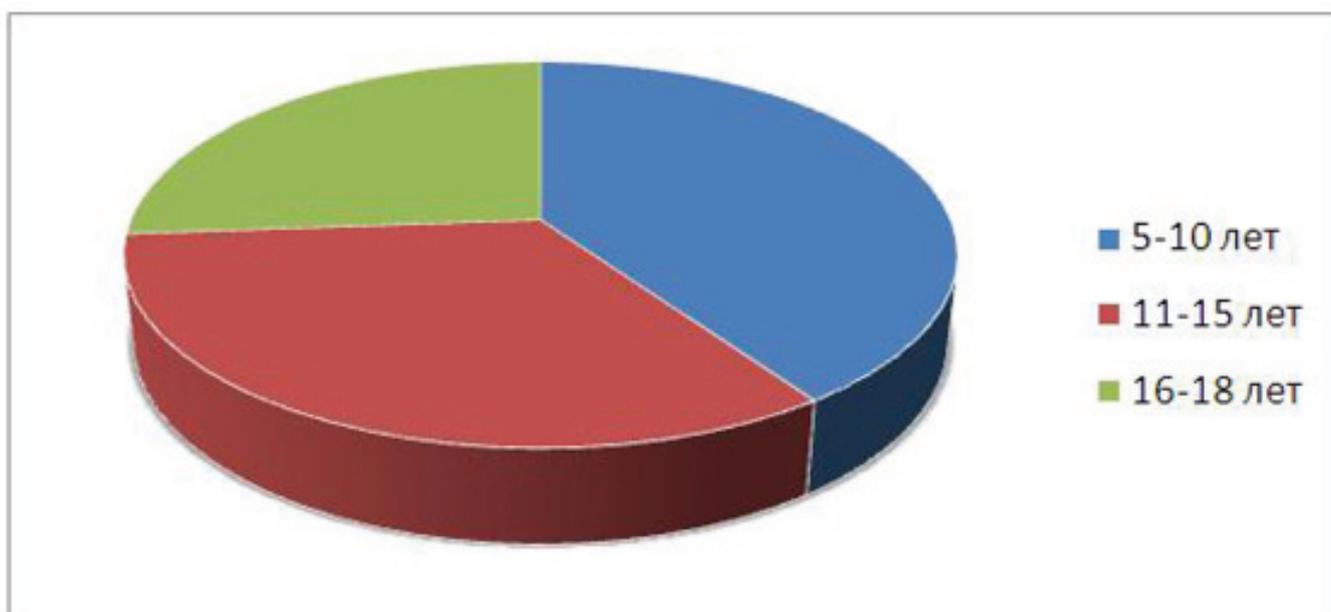


Рис.1
Распределение обследованных учащихся по возрасту

Таблица 1.

| № | Группы обследованных (амбушюр) | Количество обследованных | Методы определения индекса | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------|---|--|----------------------|
| | | | По Грину- Вермиллиону– ИГР | По индексу кп, КПУ+кп, КПУ | По индексу РМА |
| А). Учащиеся музыкальной школы им. Шубина г. Бишкек | | | | | |
| Внеротовая | | | | | |
| 1 | Начальная (5-10лет) | 10 | 2,5 ± 0,12 | 4,7 ± 0,31 | 5,3 ± 0,47 |
| 2 | Средняя (11-15лет) | 8 | 2,0 ± 0,18 | 6,4 ± 0,15 | 5,5 ± 0,71 |
| 3 | Старшая (16-18 лет) | 6 | 2,8 ± 0,51 | 7,2 ± 2,75 | 6,2 ± 1,0 |
| Внутриротовая | | | | | |
| 4 | Начальная (5-10 лет) | 7 | 2,3 ± 0,13 | 5,8 ± 0,16 | 4,1 ± 1,2 |
| 5 | Средняя (11-15 лет) | 6 | 2,4 ± 0,17 | 7,9 ± 0,22 | 5,4 ± 0,37 |
| 6 | Старшая (16-18 лет) | 5 | 1,5 ± 0,12 | 7,6 ± 0,75 | 6,7 ± 0,52 |
| Б). Музыканты- профессионалы г. Бишкек | | | | | |
| 7 | Смешанная (20-40 лет) | 12 | 3,2 ± 0,19 | 9,4 ± 0,37 | 5,3 ± 0,42 |
| 8 | Смешанная (40-65 лет) | 8 | 4,6 ± 0,87 | 12,1 ± 0,1 | 7,5 ± 0,92 |
| Всего: 62 человека | | | | | |

инструмента обследованные были разделены на 2 группы: 1-я группа (24 человека) – учащиеся, играющие на духовых инструментах с внеротовым амбушюр (туба, труба, валторна и т.д.), 2-я группа (18 человек) – играющие на духовых инструментах с внутриротовым амбушюр (кларнет, саксофон, гобой и т.д.) Отдельную (смешанную) группу (20 человек) – составили музыканты духовых оркестров в возрасте от 20 до 65 лет.

Стоматологическое обследование детей включало определение аномалий прикуса, индекса кп (в молочном прикусе), КПУ+кп (в сменном прикусе), КПУ (в постоянном прикусе), где К - количество кариозных, П - пломбированных, У - удаленных зубов, определение упрощенного индекса гигиены полости рта по Грину-Вермиллиону (Green, Vermillion, 1964) и пародонтального индекса РМА (папиллярно-маргинально-альвеолярного). Стоматологическое обследование взрослых музыкантов включало в себя определение некариозных поражений, в частности патологической стираемости нижних резцов, определение индекса КПУ, РМА. По показаниям

проводили лучевую диагностику с помощью панорамной рентгенографии, которая позволила выявить начальные изменения со стороны пародонта у обследуемых (рис. 2-6). Полученные результаты комплексного исследования подвергали статистической обработке с использованием программы Microsoft Office Excel.

Результаты и их обсуждение:

Данные изучения аномалий прикуса у детей выявили, что во всех возрастных группах преобладает физиологический ортогнатический прикус, но в старших группах имеет место перекрестный, бипрогнатический прикус, аномалии положения передних зубов, у многих учащихся-музыкантов имеются брекет-системы и ортодонтические пластинки.

Результаты клинического обследования учащихся-музыкантов и профессионалов-музыкантов.

Как видно из таблицы, гигиенический индекс по Грину-Вермиллиону у обследуемых с внутриротовым и внеротовым амбушюром указывает на неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. Определение активности кариеса

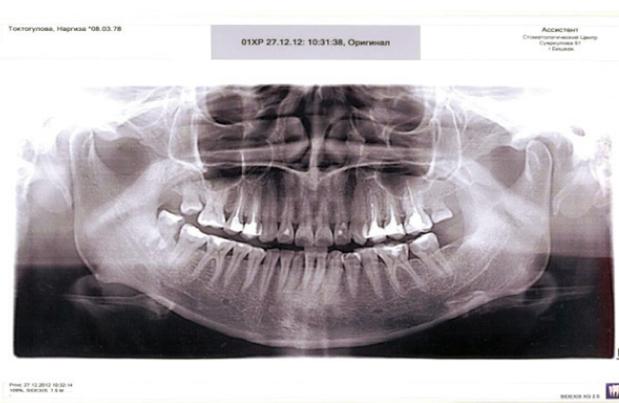
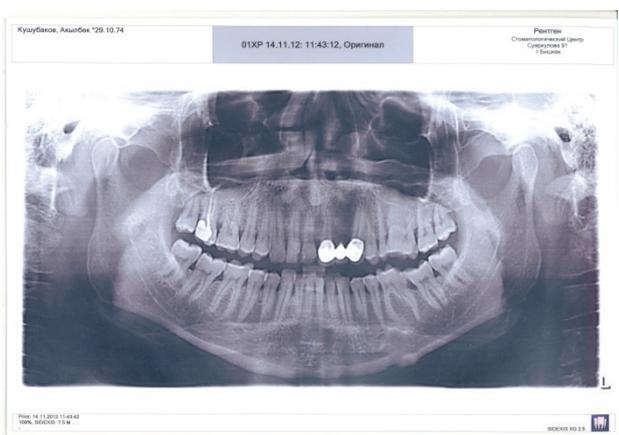
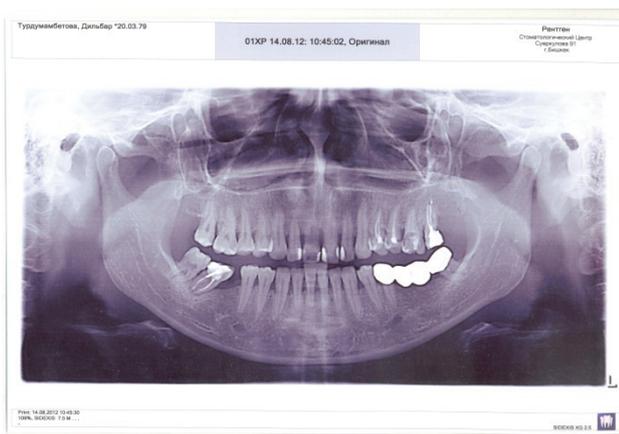


Рис. 2-5. Лучевая диагностика с помощью панорамной рентгенографии

у учащихся-музыкантов, показал достоверно высокие значения индекса кп, КПУ+кп, КПУ во всех возрастных группах. Эти данные

интерпритируются как субкомпенсированная форма кариеса. В группах обследования прослеживается прямая зависимость между количеством над- и поддесневого зубного налета, индексом воспаления тканей пародонта (РМА) и значениями интенсивности кариеса.

Стоматологическое обследование профессионалов-музыкантов выявило прямую зависимость наличие некариозных и кариозных поражений в зависимости от возраста. В возрастной группе от 20 до 40 лет преобладала патологическая стираемости передних нижних резцов в виде сферических выемок. Хроническая травма по всей видимости связана с профессиональными вредностями. В старшей возрастной группе от 40 до 65 лет имели место несъемные виды протезирования (одиночные коронки, мостовидные протезы). Индекс интенсивности кариеса был субкомпенсированным при неудовлетворительном состоянии полости рта и высоких значениях индекса РМА.

Выводы: Данные клинико-инструментального обследования показывают, что занятия на духовых музыкальных инструментах сопровождаются ухудшением стоматологического статуса (твердых тканей зубов и пародонта), особенно у музыкантов, играющих на этих инструментах в старших возрастных группах. Лучевая диагностика методом панорамной рентгенографии не позволила выявить достоверные различия в состоянии пародонта учащихся, но имел место хронический генерализованный пародонтит легкой, средней степени тяжести у музыкантов-профессионалов.

Клиническое стоматологическое обследование в возрасте 20-40 лет свидетельствует о достоверном ухудшении стоматологического здоровья у музыкантов, играющих на духовых инструментах. Образование некариозных поражений в виде патологической стираемости обычно не вызывает болевых ощущений, но зубы с неровным режущим краем некрасивы, могут травмировать слизистую оболочку, в этих случаях возможно развитие хронических травм и декубитальных язв слизистой оболочки.

Музыканты, профессионально

занимающиеся игрой на духовых инструментах, нуждаются в проведении лечебно-профилактических, хирургических, ортопедических мероприятий, направленных на выявление и предупреждение профессиональных заболеваний.

В этой связи для данной категории обследуемых пациентов необходимо один раз в квартал проводить комплексные профилактические мероприятия, в первую очередь, направленные на значительное улучшение гигиены полости рта.

Для того чтоб минимизировать риск развития аномалий прикуса у учащихся-музыкантов необходимо своевременно обратиться за консультацией к врачу-ортодонт. Опытный специалист может дать рекомендации для профилактики неправильного прикуса у ребенка. Кроме того необходимо своевременно лечить кариес как молочных, так и постоянных зубов, ведь кариес и удаление молочных зубов приводят к неправильному росту постоянных зубов у ребенка.

Литература

1. Клинико-инструментальная оценка состояния пародонта у музыкантов, играющих на духовых инструментах (Piensky H.D., 1986, Nahmani L., Serviere F., 1984).
2. Эффективность использования местных антибактериальных препаратов у подростков с гингивитом (Борчалинская К.К., Саакян Т.Ш., «Dentalforum», 2008, №3 [27], с. 51-55).
3. Огарева А.В., Золотницкий И.В., Манин О.И. Всероссийский симпозиум «Новые технологии в стоматологии», Новосибирск, 2005, с. 119-120.
4. [Обновление зубного ряда таблицы I. Schour и M. Massler, 1941], [Fortschr Kieferorthop](#), 1988 Oct.; 49 (5): 432-43. [Статья на немецком языке], [Кал В.](#), [Schwarze C.W.](#)
5. Ю.А. Федоров и соавт., 1965, 1987, 1996; М.И. Грошиков, 1985; Е.Н. Шустова, 1989).
6. Персии Л. С., 1996; Марков Б. П., 1999; Арутюнов С. Д., 2003; Ибрагимов Т. И., 2005; Лебеденко И. Ю., 2008
7. Хватова В. А., 1982-1997; Цимбалистов А. В., 2005; Porter M., 1987; Prenskey H., 1995.

**Медицинский центр при
КГМА им.
И.К.Ахунбаева**

Медицинский центр Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.Ахунбаева является научной, клинической и учебной базой ведущего медицинского вуза Кыргызской Республики. Адрес: г.Бишкек, 720020, ул. Тыныстанова, 1, тел.: +996(312)56-55-52 Государственная лицензия № 0097.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ХРОНИЧЕСКИХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ И ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ

Төрөева Д., Муркамилов И.Т., Калиев Р.Р.

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

Резюме: Для исследования взаимосвязи между хроническими вирусными гепатитами и гломерулонефритами было обследовано 47 пациентов, проходивших стационарное лечение в отделении нефрологии НЦКТ. Всем больным было проведено полное клинико-инструментальное исследование, включая анализы крови и мочи. Показано, что при хроническом гломерулонефрите (ХГН) в ассоциации с вирусными гепатитами (ВГ) имеет место развитие более тяжелой анемии, что связано с дополнительным поражением печени, как еще одного источника продукции эритропоэтина (ЭПО), а также регистрируется более выраженная протеинурия по сравнению с пациентами с ХГН без ВГ.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, хронический гломерулонефрит, креатинин сыворотки крови, общий холестерин, систолическое артериальное давление, диастолическое артериальное давление.

ӨНӨКӨТ БООРДУН ВИРУСТУК СЕЗГЕНҮҮСҮ МЕНЕН БӨЙРӨК ООРУСУНУН БАЙЛАНЫШЫ

Төрөева Д., Муркамилов И.Т., Калиев Р.Р.

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

Корутунду: Өнөкөт боордун вирустук сезгенүүсү менен бөйрөк оорусунун экөөнүн ортосундагы болгон мамилени изилдөө үчүн биз УКТБда нефрология бөлүмүндө стационардык дарылоо алып жаткан 47 бейтапты кароодон өткөздүк. Бардык бейтаптар клиникалык, инструменталдык изилдөөлөрдөн өтүштү, ошондой эле кан жана заара анализдери дагы жасалды. Изилдөөнүн жыйынтыгы төмөндөкүдөй болду: өнөкөт боордун вирустук сезгенүүсү жана бөйрөк оорусу бар бейтаптарда кан аздуулуктун көрсөткүчтөрү оорураак экен, бул боордун кошо жабыркоосуна байланыштуу дейбиз, себеби боордон кошумча ЭПО бөлүнүп чыгат. Дагы протеинуриянын көрсөткүчтөрү бөйрөк оорусу гана бар бейтаптарда жогорураагы байкалды.

Негизги сөздөр: өткүр вирустук боордун сезгенүүсү, бөйрөк оорусу, кандын сывороткасынын креатинини, жалпы холестерин, систолдук артериалдык кан басымы, диастолдук артериалдык кан басымы.

THE RELATIONSHIP OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS AND GLOMERULONEPHRITISES

Toroeva D., Murkamilov I.T., Kaliev R.R.

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

Resume. For the study of the relationship between chronic viral hepatitis and glomerulonephritis 47 patients were screened, hospital care in the Department of Nephrology NCCT. All the patients had a complete clinical and instrumental study, including blood and urine tests. Shows in chronic glomerulonephritis in association with viral hepatitis has been the development of more severe anaemia, which is evident due to the additional liver as another source of production of EPO and also recorded a marked proteinuria as compared with patients with HCN without VG.

Keywords: chronic viral hepatitis, chronic glomerulonephritis, creatinine, serum total cholesterol, systolic blood pressure, diastolic blood pressure

Гломерулонефриты (ГН) занимают одну из ведущих позиций среди причин инвалидизации и смертности населения молодого и трудоспособного возраста. Существенную роль в развитии этой патологии играют инфекционные агенты. Установление связи некоторых клинико-морфологических форм ГН с хронической инфекцией, в частности вирусами гепатита С или В, расширило представление об этиологии данных заболеваний [1,2]. При этом

они нередко протекают более тяжело и чаще устойчивы к традиционной терапии. Работы выдающихся клиницистов прошлых столетий С.П. Боткина, Е.М. Тареева и др. дали основу для относительного нового направления в медицине - "вирусных гломерулопатий".

Цель исследования: изучение показателей функции почек и красной крови у больных с хроническими гломерулонефритами и хроническими гепатитами в свете гепато-

ренальных взаимодействий.

Материал и методы:

Нами обследовано 47 пациентов (34 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 19 до 56 лет (средний возраст $36,6 \pm 13,7$ лет), страдающих различными патологиями печени и почек. Все больные находились на стационарном лечении в отделении нефрологии Национального Центра кардиологии и терапии и получали стандартную терапию.

Всем больным было проведено антропометрическое исследование с вычислением индекса массы тела (ИМТ), измерение уровней систолического и диастолического артериального давлений, общий и биохимический анализы сыворотки крови: концентрация гемоглобина, число и скорость оседания эритроцитов (СОЭ), билирубина (прямой и непрямой), общего холестерина, белка, титров трансфераз и креатинина. Кроме того, исследовали маркеры вирусных гепатитов, скорости клубочковой фильтрации (СКФ), суточную протеинурию и кал на скрытую кровь. Проводили ультразвуковое исследование печени и почек.

Пациенты были разделены на две группы:

В первую группу вошли 18 больных, которые страдали хроническими вирусными гепатитами (ХВГ) «В» и «С» и, кроме того имели выраженную протеинурию. При этом у семи больных имел место ХВГ «С» и у 11 пациентов - «В». Вторую группу составили 29 больных с изолированным ХГН. Критерием исключения из исследования являлись наличие у пациентов умеренной и высокой степени активности гепатита, его осложнений (цирроз печени, портальная гипертензия, печеночная энцефалопатия), а также лица, получающие специфическую противовирусную терапию.

Статистическая обработка полученных данных проводилась при помощи пакета стандартных программ STATISTICA. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. Изучение взаимосвязи между показателями проводилось с помощью анализа с вычислением коэффициента корреляции r. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Как видно из табл. 1, антропометрические и гемодинамические показатели у обследованных

нами групп существенно не различались. При изучении параметров, характеризующих функции почек, также различий обнаружено не было. В то же время отмечено статистически значимо высокие суточные потери белка с мочой у лиц, страдающих ХГН и хроническими вирусными гепатитами.

Работы многих авторов XX века были посвящены изучению этиологической и патогенетической роли вирусной инфекции при вирус-ассоциированных поражениях почек [3]. При этом механизмы прогрессирования ГН можно условно разделить на иммунные и неиммунные. С иммунными механизмами прогрессирования связывают развитие реакций клеточного и гуморального иммунитета, которые выражены при ВГ. Следовательно, иммунологический сдвиг при ВГ приводит к активизации цитокинов, лейкоцитов, мезангия и эндотелия. Так, HBsAg и HBeAg благодаря большой молекулярной массе откладываются в мезангиальной и субэндотелиальной области и индуцируют развитие «пролиферативных» типов нефропатий. Предполагают, что HBeAg из-за своей малой молекулярной массы может проникать в субэпителиальное пространство и вызывать развитие мембранозного гломерулонефрита. Доказательством этого служит присутствие в субэпителиальных депозитах HBsAg и HBeAg, преимущественно в мезангии. [4, 5].

Что касается роли ВГ С при патологии почек, то R. Johnson и соавт. в 1993 г. сообщили о восьми больных с наличием антител к вирусу гепатита С и мезангиокапиллярном гломерулонефрите (МКГН), близким идиопатическому МКГН I типа. Исследователи, основываясь на данных Итальянского регистра нефробиопсий в 1996 г., выявили ВГС у 17,8% больных с МКГН и у 88,4% больных с криоглобулинемическим МКГН [7,8].

В другом исследовании 1992 г. частота разных форм поражения почек среди больных ВГВ составила 14% [5]. Кроме того, значимые титры HBeAg и HBsAg в сыворотке больных IgA-нефропатией обнаружили исследователи из Гонконга, где гепатит В встречается наиболее часто [4]. В другом исследовании (Япония), среди 130 больных с IgA-нефропатией HBs-антигемия отмечена лишь у четырех (3,1%) больных, что незначительно превышало частоту

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных групп

Примечание: *- данные представлены как медиана (25%-75%); ИМТ - индекс массы тела; АД – артериальное давление; Д – диастолическое; С – систолическое; СКФ – скорость клубочковой фильтрации;

| Показатели | ХГН+ХВГ (n=18) | ХГН (n=29) | P< |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------|------|
| Возраст, годы | 36,6±13,7 | 35,6±11,9 | н/д |
| Масса тела, кг | 66,8±14,7 | 72±15,6 | н/д |
| Длительность заболевания, годы | 4,9±1,4 | 5,2 ± 1,2 | н/д |
| ИМТ, кг/м ² | 24,6±5,3 | 25,1± 8,5 | н/д |
| ЧСС, в мин | 76,2±13,7 | 75,3±10,9 | н/д |
| АД (С), мм рт. ст. | 143,1±25,2 | 134,9±23,2 | н/д |
| АД (Д), мм рт. ст. | 92,1±15,3 | 90,4±14,5 | н/д |
| Креатинин* (мкмоль/л) | 102,1 (69,2-110,1) | 92,1 (77,1-126,2) | н/д |
| протеинурия*, г/сут | 3,984 (1,067-7,082) | 2,697(980-6,876) | 0,05 |
| СКФ*, мл/мин | 90,2 (68,0-123,1) | 100,1 (72,1-131,0) | н/д |

Таблица 2

Биохимические показатели больных с ХГН и ВГ

Примечание: *- данные представлены как медиана (25%-75%); СОЭ – скорость оседание эритроцитов; ХС- холестерин; АлТ – аланинаминотрансфераза.

| Показатели | ХГН+ХВГ (n=18) | ХГН (n=29) | P< |
|---------------------------------|-------------------|------------------|------|
| Гемоглобин, г/л | 119,3±20,6 | 137,4±19,3 | 0,05 |
| Эритроциты, х10 ⁹ /л | 4,0±0,5 | 4,5±0,4 | 0,05 |
| СОЭ, мм/час | 22,1 (5,1-38,2) | 5,2 (3,2-7,5) | 0,05 |
| ХС, ммоль/л | 5,7±2,4 | 4,5±1,2 | 0,05 |
| АлТ*, ммоль/л | 32,0 (18,2-62,3) | 17,1 (14,1-28,2) | н/д |
| Общий белок, г/л | 53,4±15,3 | 55,2±18,1 | н/д |

HBsAg (2,1%) в общей популяции.

При анализе показателей крови, отмечаются недостоверные различия по величине СОЭ у лиц с ХГН и ВГ, где ее медиана составила 22,1 (5,1-38,2) мм/час против 5,2 (3,2-7,5) мм/час у пациентов с ХГН без ВГ. Вместе с тем пациенты первой группы имели также более высокие показатели уровня ХС по сравнению со второй группой (табл. 2). Возможно, это связано с активностью прежде всего ХВГ.

Со стороны показателей красной крови выявлено достоверное уменьшение содержания гемоглобина (Hb) и количества эритроцитов у больных ХГН ассоциированной с ВГ. Более низкое число эритроцитов и концентрации Hb у лиц ХГН в ассоциации с ВГ вполне логично отражает наличие функциональной несостоятельности почек и печени. Общеизвестно, что более 90% ЭПО продуцируется в почках и 5-10% образуется в печени и др. органах. ЭПО представляет собой гликопротеид, содержащий 30% углеводов, 60%

белков и 10% сиаловой кислоты; относительная молекулярная масса ЭПО равняется 45 800. Влияя на продукцию ДНК в эритропоэтин-чувствительных клетках, ЭПО стимулирует митотическую активность клеток эритроидного ряда, уменьшает интенсивность распада незрелых эритроидных клеток в костном мозге, т. е. снижает уровень неэффективного эритропоэза. ЭПО не только ускоряет синтез Hb, но и способствует его накоплению в цитоплазме клеток эритроидного ряда [9], а также высвобождению ретикулоцитов из костного мозга [10].

По данным N. Komiyama с соавт. [11], из 27 больных после бинифрэктомии низкий титр ЭПО в сыворотке определялся только у одного, а потребность в гемотрансфузиях возросла с 0,46 до 1,22 единицы в месяц. Несмотря на увеличение числа гемотрансфузий, гематокрит у больных снизился с 27 до 20%. Наряду с этим было доказано, что у некоторых больных с хронической почечной недостаточностью

уровень ЭПО в сыворотке остается нормальным и в ряде случаев повышенным [12], даже у больных с кровотечением. Даже после бинифрэктомии в сыворотке начинает определяться ЭПО [13,14]. Эти данные свидетельствуют о том, что в организме имеются и экстраренальные источники ЭПО, важнейшим из которых является, очевидно, печень [15].

Результаты регрессионного анализа показали, что на уровень Hb у больных с ХГН и ВГ оказывают влияние показатели суточной протеинурии ($\beta=0,57$ $p<0,05$). Тенденция отрицательной взаимосвязи была обнаружена и со СОЭ, ($\beta=-0,50$ $p=0,06$). На основании вышеизложенного нами сделаны следующие выводы:

1) при хронических гломерулонефритах в ассоциации с вирусными гепатитами имеет место развитие более тяжелой анемии, что возможно связано с дополнительным поражением печени, как еще одного источника продукции ЭПО.

2) У больных с ХГН и ВГ регистрируется более выраженная суточная экскреция белка с мочой по сравнению с пациентами с ХГН без ВГ.

Литература:

1. Косминкова Е.Н., Козловская Л.В. Особенности поражения почек при хронических диффузных заболеваниях печени, обусловленных вирусом гепатита В // *Терапевтический архив*. 1992; 6: 43–6.
2. Л.В.Козловская, С.В.Тэгай, Е.Ю.Малышко, Т.Н.Лопаткина, Е.Н.Косминкова. Поражение почек, ассоциированное с вирусами гепатитов В и С// *CONSILIUM-MEDICUM*:: Том 04/N 7/2002
3. Abdurrahman M.B., Fakunle Y.M., Whittle H.C. Hepatitis B nephropathy in nephrotic syndrome//. *Abstr. of 17 Intern. Congr. of Pediatr. Manila* 1983; 1: 336.

4. Willson RA. Polycystic Kidney Disease 1997; 92 (1): 4–17.
5. Abbas NA, Pitt MA, Green AT et al. *Nephrol Dial Transplant* // 1999; 14: 1272–5.
6. Johnson R.J., Gretch D.R., Yamabe H. et al. Membrano-proliferative glomerulonephritis associated with hepatitis C virus infection // *New Eng J Med* 1993; 328: 465-470.
7. D'Amico G. *Kidney Int* 1998; 54: 650.
8. Agnello V. *Springer Semin Immunopathol* 1997; 19: 111.
9. Моисеева О. И. Эритропоэтические свойства сыворотки при заболеваниях почек // *Терапевтический архив*. 1964; 6: 57-62.
10. Fischer J., Roh B., Couch C. et al. Influence of cobalt, sheep erythropoietin and several hormones on erythropoiesis in bone marrows of isolated perfused hind limbs of dogs // *Blood*, 1964; vol. 23. p. 87-98.
11. Kominami N., Lowrie E., Ianhez L. et al. The effect of total nephrectomy on hematopoiesis in patients undergoing chronic hemodialysis // *J. Lab. Clin. Med.*, 1971; vol. 78.524-532.
12. Davies S., Glynne-Jones E., Bisson M., Bisson P. Plasma erythropoietin assay in patients with chronic renal failure // *J. Clin. Path.*, 1975; vol. 28, p. 875-878.
13. Erslev A., Mckenna P., Capelli J. et al. Rate of red cell production in two nephrectomized patients // *Arch. Intern. Med.*, 1968; vol. 122, p. 230-235.
14. Mirand E., Murphy G. Extrarenal erythropoietin activity in man and experimental animals. In: *Regulation of Haematopoiesis* // New York, 1968; p. 495-518.
15. Anagnostou A., Schade S., Barone J., Fried W. Effects of partial hepatectomy on extrarenal erythropoietin production in rats // *Blood*, 1977; vol. 50, p. 457-462

**Многопрофильная
клиника
КАМЭЖ**

Многопрофильная клиника «КАМЭЖ» - оказание медицинской помощи разного профиля: квалифицированные специалисты, доступность и качество.
Тел. 0 (312) 484-065; 0 (312) 483-001

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДА ВРАЧЕЙ ХИРУРГОВ

Турсунбекова А.С., Исмаилов С.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены результаты оценки напряженности труда 30 врачей хирургов, работающих в городской клинической больнице №1 г.Бишкек.

Полученные результаты свидетельствуют о значительной напряженности труда врачей хирургов, характеризующей условия труда как вредные – класс 3. степень 3. Значительная напряженность труда может привести к стойким функциональным изменениям, приводящим к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости, появлению начальных признаков или легких форм профессиональных заболеваний, возникающих при длительной экспозиции.

Ключевые слова: врачи хирурги, условия труда, напряженность, профессиональные заболевания, режим труда, операция, стресс, нервно-психические перегрузки.

ХИРУРГ ДАРЫГЕРЛЕРДИН ЖУМУШУНУН КЫЙЫНДЫГЫНА ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ

Турсунбекова А.С., Исмаилов С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөдө, Бишкек шаарынын №1 шаардык клиникалык ооруканада эмгектенген 30-хирург дарыгерлердин жумушунун кыйындыгына гигиеналык баа берүүдөгү жыйынтык көрсөтүлгөн.

Изилдөөдөгү алынган жыйынтыктар, хирург даарыгерлердин эмгеги бир кыйла кыйын экенин далилдейт, жана жумуш шарттары зыяндуу – класс 3, даража 3 катарында мүнөздөлөт. Кыйла кыйындатылган эмгек организмде туруктуу функционалдык өзгөрүүлөргө жана кесиптик оорулардын көбөйүшүнө алып келет. Андан тышкары оорунун баштапкы белгилери же көпкө созулган экспозиция алдында пайда болгон кесиптик оорулардын жеңил формаларын жаратат.

Негизги сөздөр: хирург даарыгерлер, жумуш шарттары, кыйындык, кесиптик оорулар, жумуш режими, операция, стресс, нервдик жана психикалык ашыкча жүктөм.

THE HYGIENIC EVALUATION OF INDICATORS OF INTENSITY OF LABOUR THE PHYSICIANS SURGEONS

Tursunbekova A.S., Ismailov S.I.

Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Kyrgyz Republic, Bishkek city

Resume: The work presents the results of the hygienic evaluation of intensity of labour of 30 doctors surgeons working in the City Hospital.

The results obtained in the process of work indicate the significant intensity of labour of physicians surgeons which defines the work conditions as the harmful ones – class 3, degree 3. Significant intensity of labour can lead to constant functional changes, resulting in increase of occupational morbidity, appearance of the primary characters or slight occupational illnesses arising with prolonged exposure.

Key words: physicians surgeons, regimen work, work conditions, intensity, occupational illnesses, stress, operation, nervous-mental over strains.

Актуальность.

В связи с социально-демографическими переменами в стране и демократизацией общества объективно усиливается роль социального измерения труда – здоровья и социального благополучия работника [1].

Медицинские работники, прежде всего врачи, занимают особое место в структуре профессиональных групп трудоспособного населения: во-первых, они подвергаются

повышенному риску нервно-эмоционального перенапряжения, который в дальнейшем может привести к развитию синдрома профессионального выгорания [6,8]. В числе различных врачебных профессий врачи хирурги представляют собой одну из наиболее важных специальностей. По численности они занимают первое место (28,1%), терапевты (21%), педиатры (14,8%), стоматологи (8,1%) (Т.Ш.Мчелидзе, 2000; В.А.Катаева, 2000,2002;

Э.П.Дегтярева, 2004). При этом труд врачей хирургов характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, большими физическими усилиями. Профессия хирурга связана со значительными нервнопсихическими и эмоциональными перегрузками. Хроническое воздействие стрессогенных факторов, их интенсивность, особенно во время операций, являются предпосылкой возникновения ранних изменений в сердечно-сосудистой системе. Вместе с тем труд этой группы врачей может сопровождаться воздействием на организм таких неблагоприятных факторов как наркотические вещества, дискомфортные микроклиматические условия, ионизирующие и неионизирующие излучения и т.д. Указанные факторы в сочетании с многочисленными дежурствами и неравномерным распределением рабочей нагрузки в течение недели могут обусловить высокие уровни заболеваемости ЖКТ, развитие вегетативных расстройств, расширение вен нижних конечностей и т.д.[1,5,6].

Вышесказанное ставит на повестку дня проблему разработки разносторонних мер по улучшению условий труда и быта данной категории медработников и является основанием для проведения исследований по оценке условий труда врачей хирургического профиля.

В данной работе представлены результаты оценки напряженности труда врачей хирургов, работающих в хирургическом отделении городской клинической больницы №1 г. Бишкек.

Материалы и методы исследования. Изучение влияния трудового процесса на организм врачей хирургов проведено в городской клинической больнице №1 г. Бишкек. Объектами изучения явились врачи хирурги, работающие в хирургическом отделении больницы. Отбор врачей хирургов производился методом случайной выборки. Всего были изучены показатели напряженности труда 30 врачей хирургов.

Было проведено хронометраж рабочего времени и анкетирование врачей хирургов. Для оценки степени напряженности труда использована методика, разработанная ГУ НИИ медицины труда Российской академии медицинских наук и принятая в Кыргызской

Республике на основе имеющегося межправительственного соглашения, с небольшими изменениями [3,4]. Математические методы осуществлены с помощью Microsoft Excel для Windows 2000.

Результаты и обсуждение. При оценке напряженности труда врачей хирургов было выявлено, что основной специфической чертой труда хирурга является наличие длительных стрессовых ситуаций во время оперативных вмешательств, операционная деятельность является основным элементом данной профессии, выделяющим врачей хирургического профиля из всей группы медицинских работников. В таблице 1 представлена динамика изменения количества операций проводимых в хирургическом отделении ГКБ №1 за период с 2007 по 2012 гг.

Как видно на графике, в 2009 году число операций, выполненное в хирургическом отделении ГКБ №1 г. Бишкек значительно возросло в сравнении с предыдущими 2007 и 2008 годами. В последующие годы отмечается только рост числа операций. Рост числа операций, скорее всего, объясняется увеличением числа пациентов за счет внутренней миграции из регионов.

При проведении хронометражных и инструментальных исследований напряженности труда врачей хирургов, в качестве критериев оценки использованы следующие показатели: степень интеллектуальных, сенсорных, эмоциональных нагрузок, монотонность нагрузок и режим работы [3,4], которые представлены в таблице 2

Для проведения общей оценки напряженности труда врачей хирургов, нами проведен учет 22 показателей напряженности труда.

Общая оценка выявила, что более 6 показателей из 22 оцениваемых отнесены к напряженному труду 2 степени, учитывая пояснения раздела 6 (при наличии более 6 показателей класса 3.2, общая оценка повышается на одну степень выше), условия труда врачей хирургов по степени напряженности трудового процесса характеризуется как вредные – класс 3. степень 3.

Напряженность труда 3 класса 3 степени



характеризуется уровнями вредных факторов, вызывающих стойкие функциональные изменения, приводящие в большинстве случаев к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости, появлению начальных признаков или легких форм профессиональных заболеваний, возникающих при длительной экспозиции.

Если сравнить изучаемую группу с врачами стоматологами хирургического профиля [2], то труд стоматологов относится к классу 3 вредные 1 степени. Это дает основание судить, что труд хирургов ГКБ №1 оценивается как высокий, напряженный, что требует разработки профилактических мероприятий.

Выводы:

По показателям напряженности, труд врача хирурга характеризуется очень высокой напряженностью – класс 3 вредные 3 степени.

3 степень 3 класс (3.3) это условия труда, характеризующиеся очень высокой напряженностью труда, является ведущей причиной стресса на работе врача хирурга, обусловленная совокупностью высоких интеллектуальных и эмоциональных нагрузок, а также нерациональным режимом труда и отдыха вследствие чрезвычайно высокой производственной нагрузки.

Профессиональный риск при работе во вредных условиях труда (3.3) оценивается как высокий (непереносимый), что требует

неотложных мер по снижению.

Литература:

1. Комаров Р.Н. Научное обоснование комплексной оценки работы врачей хирургических отделений стационара: Автореферат дис. канд. мед. наук Рязань, 2004.- 23с.
2. Петренко Н.О. Гигиеническая оценка условий труда и риска нарушений здоровья медицинских работников стоматологического профиля: Автореферат дис. канд. мед. наук Волгоград 2009г.
3. Руководство РМ. 2.2.014—03. Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. – Б.: Минздрав Кыргызской Республики, 2004. – 181 с.
4. Руководство Р.2.2.2006-05. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды, и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. – М.: Минздрав России, 2005.-133 с.
5. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Мед.новости. 2002. - №7. – с.3-9.
6. Суворов В.Г. Международный опыт организации службы медицины труда и перспективы ее совершенствования на примере Финляндии // Бюллетень Научного Совета

Таблица 2
 Протокол оценки условий труда по показателям напряженности трудового процесса хирургов ГКБ
 №1 г. Бишкек

| Показатели | | Класс условий труда | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------|---|-----|-----|-----|
| | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | | 1 | 2 | 3.1 | 3.2 | 3.3 |
| 1 . Интеллектуальные нагрузки | | | | | | |
| 1.1 | Содержание работы: Эвристическая (творческая) деятельность, требующая решения алгоритм, единоличное руководство в сложных ситуациях | | | | + | |
| 1.2 | Восприятие сигналов и их оценка: Восприятие сигналов с последующей комплексной оценкой связанных параметров. Комплексная оценка всей производственной деятельности | | | | + | |
| 1.3 | Распределение функции по степени сложности задания: Контроль и предварительная работа по распределению заданий другим лицам | | | | + | |
| 1.4 | Характер выполняемой работы: Работа в условиях дефицита времени и информации с повышенной ответственностью за конечный результат | | | | + | |
| 2. Сенсорные нагрузки | | | | | | |
| 2.1 | Длительность сосредоточенного наблюдения: 57% времени смены | | | + | | |
| 2.2 | Плотность сигналов за 1 час работы: 55 | + | | | | |
| 2.3 | Число объектов одновременного наблюдения: до 5 | + | | | | |
| 2.4 | Размер объекта различения при длительности сосредоточенного внимания: более 5 мм-100% времени смены | + | | | | |
| 2.5 | Работа с оптическими приборами при длительности сосредоточенного наблюдения: до 25% времени смены | + | | | | |
| 2.6 | Наблюдение за экраном видеотерминала | + | | | | |
| 2.7 | Нагрузка на слуховой анализатор: Разборчивость слов и сигналов от 100 до 90%. Помехи отсутствуют. | + | | | | |
| 2.8 | Нагрузка на голосовой аппарат (суммарное количество часов, наговариваемое в неделю): до 22 | | | + | | |
| 3. Эмоциональные нагрузки | | | | | | |
| 3.1 | Степень ответственности за результат собственной деятельности. Значимость ошибки: Несет ответственность за функциональное качество конечной продукции, работы, задания. | | | | + | |

| | | | | | | |
|--|---|----|---|---|---|---|
| 3.2 | Степень риска для собственной жизни: Вероятна | | | | + | |
| 3.3 | Ответственность за безопасность других лиц: Возможно | | | | + | |
| 3.4 | Количество конфликтных производственных ситуаций за смену 5 | | | + | | |
| 4. Монотонность нагрузок | | | | | | |
| 4.1 | Число элементов, необходимых для реализации простого задания или многократно повторяющихся операций: более 10 | + | | | | |
| 4.2 | Продолжительность выполнения простых заданий или повторяющихся операций: более 100 | + | | | | |
| 4.3 | Время активных действий: 20% и более к времени смены. | + | | | | |
| 4.4 | Монотонность производственной обстановки: менее 75% | + | | | | |
| 5. Режим работы | | | | | | |
| 5.1 | Фактическая продолжительность рабочего дня 8ч | | | + | | |
| 5.2 | Сменность работы: Нерегулярная сменность с 1 работой в ночное время | | | | + | |
| 5.3 | Наличие регламентированных перерывов и их продолжительность: нет | | | | + | |
| Количество показателей в каждом классе | | 10 | 0 | 4 | 9 | |
| Общая оценка напряженности труда | | | | | | + |

Медико-экологические проблемы здоровья работающих. 2005.-№4.-с.22-25.

7. Чураков А.Н. Особенности формирования производственного стресса при различной напряженности труда / Медицина труда и промышленная экология. 2001. - №8.-с 26-31.

8. Цфасман А.З. Внезапная сердечная смерть (и ее профессиональные аспекты). М., 2002.-с 247.

9. Jakkos G. Responding to trainee doctors in difficulty // Hospital Medicine, 2000 May, v 61, №5 P.348-351.



Центр костно-суставной патологии «ЦКЖП» – высококвалифицированная медицинская помощь при ревматологических и системных заболеваниях: новые подходы в диагностике и лечении.

ОБЪЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХА

Халфина В.В., Насыров М.В.

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К.Ахунбаева

Кафедра ЛОР-болезней

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной работе приводятся сведения о сенсорной и кондуктивной тугоухости, а также о методиках позволяющих своевременно выявить и скорректировать нарушения слуха.

Ключевые слова: тугоухость, объективные методы исследования.

УГУУНУ ТЕКШЕРҮҮ ОБЪЕКТИВДҮҮ МЕТОДДОР

Халфина В.В., Насыров М.В.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

ЛОР-оорулар кафедрасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Резюме: Бул иште «сенсорная жана кондуктивная тугоухость», ошондой эле угуунун бузулушун өз убагында табуу жана коррективдөө методдору жөнүндө маалымат берилет.

Чечмелөөчү сөздөр: тугоухость, текшерүүчү (изилдөөчү) объективдүү методдор

OBJECTIVE METHODS OF HEARING EXAMINATION

Khalfina V.V., Nasyrov M.V.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev

The chair of Ear, Nose & Throat Diseases

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: In this current work presents information about sensor neural & conductive hearing loss and about diagnostic methods and making correction of hearing loss.

Key words: Hearing loss, objective methods of examination.

Введение.

Слух важнейшее из человеческих чувств, в отличие от зрения он действует непрерывно, даже во сне. Слух это первое чувство, которое формируется у ребенка. Еще в утробе матери он начинает слышать и узнавать окружающие звуки.

Несмотря на то, что мы живем в XXI веке, проблема диагностики слуха остается актуальной и по сей день. Особенно остро это касается детей до трех лет. Но в настоящее время появились технологии, благодаря которым мы можем объективно исследовать слух, даже у новорожденных. Зачастую родители не могут своевременно и правильно оценить состояние слуха у младенца. Основная проблема заключается в том, что у ребенка с нарушением слуха нарушается развитие второй сигнальной системы, т.е. формирование речи. В настоящее время по данным ВОЗ на 1000 новорожденных 1 рождается с нарушением слуха.

Материалы и методы.

В Кыргызстане с 2008года тоже появилась

возможность объективного исследования слуха. Компьютерная диагностика слуха, проводящаяся в центре «Слух» представляет собой комплексное обследование слуховой системы человека. Оно включает в себя несколько тестов.

Первое обследование представляет собой регистрацию отоакустической эмиссии и является результатом активного микромеханического процесса в улитке. Метод регистрации вызванной ОАЭ позволяет получить информацию о физиологическом состоянии рецепторных структур и базальной мембраны органа Корти. Источником ОАЭ являются наружные волосковые клетки (НВК) благодаря наличию в них акто-миозиновых волокон.

Проведение ОАЭ включает две программы: это задержанная вызванная ОАЭ и ОАЭ на частоте продукта искажения, причем регистрация ОАЭ на частоте продукта искажения имеет большее значение, так как измеряется в присутствии стимулирующих тонов

Регистрация вызванной ОАЭ имеет важные достоинства: объективность,

неинвазивность, независимость результатов от состояния пациента. Кроме того, специфичность к повреждению рецепторных структур, а именно НВК (наружные волосковые клетки) позволяет эффективно использовать для дифференциальной и топической диагностики слуховых нарушений в сочетании с другими аудиологическими методами (психоакустической тональной аудиометрией, импедансометрией, регистрацией коротколатентных стволовых вызванных потенциалов).

Следующий тест: Регистрация слуховых вызванных потенциалов.

Объективный метод, основанный на регистрации вызванной электрической активности слухового нерва и структур ствола мозга. Позволяет тестировать проведение звукового импульса от периферии до слуховой коры и определить уровень слуха у пациентов любого возраста начиная с периода новорожденности. Обследование детей дошкольного возраста производится в состоянии сна. Различают несколько классов слуховых вызванных потенциалов, но в клинической практике наиболее востребованы коротколатентные акустические вызванные потенциалы, которые регистрируют потенциалы слухового нерва и акустических структур ствола головного мозга.

Коротколатентные акустические вызванные потенциалы представляют собой несколько последовательных колебаний, которые называют компонентами или пиками и обозначают римскими цифрами. Обычно анализируют латентность (время появления после подачи стимула) и амплитуду первых пяти компонентов. I пик – ответ слухового нерва, II – генерируется ядром слухового нерва, III – верхняя олива, IV и V – ответы акустических структур (в частности, латеральная петля) на уровне верхних отделов варолиева моста и среднего мозга.

Регистрация стационарных слуховых потенциалов позволяет определить уровень слуха по частотно.

Акустическая импедансометрия

Импедансометрия – это объективный метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику патологии среднего уха (разрыв

цепи слуховых косточек, дисфункция слуховой трубы, экссудативный, адгезивный процессы в среднем ухе, отосклероз), а также получить представление о патологии стволотомозговых проводящих путей на основе наличия или отсутствия акустического рефлекса).

Данный метод представляет собой регистрацию акустического сопротивления или акустической податливости барабанной перепонки при изменении давления воздуха в наружном слуховом проходе и называется тимпанометрией. Кривая, отражающая зависимость податливости от давления называется тимпанограммой. При изменении давления в НСП с положительного на отрицательное происходит изменение подвижности звукопроводящей системы среднего уха. Существует несколько типов тимпанограмм, по которым производится заключение. Акустическая рефлексометрия основана на регистрации изменения податливости звукопроводящей системы, происходящих при сокращении стременной мышцы. Акустический рефлекс – это непроизвольное сокращение мышц среднего уха при воздействии громкого звука. Акустический рефлекс стременной мышцы является следствием активности верхнеоливарного комплекса. Порог акустического рефлекса в норме составляет 80-100 дБ.

Результаты и их обсуждение.

На основе полученных данных аудиометрии пациентам, с тяжелой потерей слуха центре возможна реабилитация путем слухопротезирования как детей, так и взрослых, что значительно улучшает качество жизни последних, а слабослышащих детей позволяет реабилитировать до полной социальной пригодности, конечно, чтобы достичь удовлетворительных результатов у детей, необходимы, помимо курсового медикаментозного лечения, интенсивный курс занятий с сурдопедагогами и дефектологами. Безусловно, нужно заметить, успех детской реабилитации слуха во многом зависит от ранней обращаемости в сурдологический кабинет.

В данное время в КР совместно со специалистами из Санкт-Петербурга возможна реабилитация пациентов с тяжелой потерей слуха и тотальной глухотой посредством

оперативного вмешательства на внутреннем ухе. Так называемая кохлеарная имплантация. Кохлеарный имплант представляет собой сложнейшее миниатюрное биомедицинское электронное устройство, вживляемое во внутреннее ухо с целью восстановления слухового ощущения путем непосредственной электрической стимуляции сохранившихся волокон слухового нерва. Современные цифровые технологии в слухопротезировании и кохлеарной имплантации значительно улучшают качество жизни и социальную реабилитацию пациентов, как с нарушениями слуха, так и с тотальной глухотой.

Заключение.

Объективные методы исследования слуха позволяют с высокой степенью достоверности выявить те или иные нарушения функции слухового анализатора не зависимо от возраста пациента. Эти методы способствуют более качественно и целенаправленно проводить этиопатогенетическое лечение нарушений слуха, а также рекомендовать, если это необходимо, хирургическую коррекцию нарушений слуха (тимпанопластика, кохлеарная имплантация).

Литература:

1. Мануйлов О.Е., Павлов Н.В. Особенности обследования и лечения при тугоухости пожилых

людей.// Московский медицинский журнал. – 2003 год. - №5. – С.34.

2. Саркисова Э.А. Разработка подхода к повышению эффективности метода электроакустической коррекции, основанная на определении реального усиления.//Канд.диссер. Москва 2004 г. - С23.

3. Соколова О.В. Стратегия слухопротезирования.// Тезисы к докл. –VII съезд оториноларингологов Украины. – Киев. – 1995. – с.299-230.

4. Альтман Я.А., Таварткиладзе Г.А. Руководство по аудиологии.– М.: ДМК Пресс.– 2003.– С. 359.

5. Базаров В.Г., Лисовский В.А., Мороз Б.С., Токарев О.П. Основы аудиологии и слухопротезирования.–М.:Медицина.–1984.–252 с.

6. Сапожников Я.М. Современные методы диагностики, лечения и коррекции тугоухости и глухоты у детей // Актуальные вопросы отоларингологии детского возраста и фармакотерапии болезней ЛОР органов. Юбилейный сборник научных трудов. – Москва. – 2001. – С.355–361.

7. Rapin I., Ruben R.J., Lyttle M. Diagnosis of hearing loss in infants using auditory evoked responses // Laryngoscope.– 1970.– v. 80.– P. 712–722.

| | |
|---|--|
|  | <p>Центр стоматологии "Дентамир" оказывает высококачественную помощь в области: терапевтической стоматологии, эстетической реставрации, эндодонтического лечения, ортодонтии (исправлении аномалий прикуса и расположения зубов), ортопедической стоматологии (металлокерамика, стеклокерамика, "мягкие" протезы, "бруклинские" мостовидные протезы), имплантации. Наш девиз: «Алмазная точность и качество лечения!!!!»</p> |
|---|--|

О ЛИМФАНГИОНАХ СЕРДЦА ЧЕЛОВЕКА В СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Сатыбалдиев М.А., Бегалиева Б.

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

Резюме: Конструкция и функция органа могут быть правильно поняты только при знании особенностей его сосудистого русла, одной из составных частей которого является лимфатическое русло, выполняющее ряд только ему присущих функций, обеспечивающих жизнедеятельность органов и организма в целом в условиях нормы и патологии. Таким образом, лимфангионы левого лимфатического коллектора сердца человека были исследованы на 15 трупах людей старческого возраста (75 -90 лет), погибших от несчастных случаев. Где было выяснено, что в данной возрастной группе происходят значительные изменения формы, калибра и строения стенки лимфангионов интраорганного и экстраорганного сосуда левого лимфатического коллектора сердца.

Ключевые слова: лимфангион, лимфатическое русло, коллектор, калибр, форма.

КАРЫГАН АДАМДАРДЫН ЖУРОК ЛИМФАЛЫК ТАМЫРЛАРЫНЫН ЛИМФАНГИОНДОРУ

Сатыбалдиев. М.А., Бегалиева Б.

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

Корутунду: Тамыр системасынын озгочолугун билген учурда гана анын конструкциясы жана тузулушу тушунуктуу болот, анын бирден бир болугу- озуну гана тиешелуу функцияларын аткарган, ошондой эле норма жана патология кезинде органдарга жана бутундой организмге жашоо шартын тузо турган лимфалык тамыр системасы. Карыган адамдардын (75-90жаштагы) журогуңдогу сол лимфалык тамырларынын жыйындысынын лимфангиондору 15 адам олукторунун материалдарынан алынып изилденген. Изилдоолордун натыйжасында сол лимфалык тамырларынын жыйындысынын интра- жана экстраоргандык тамырларында формасы жана тамыр системасынын капталынын тузулушу чон озгорушторго учурашы тастыкталган

Ачкыч создор: лимфангион, лимфалык тамыр системасы, коллектору, олчому, тузулушу.

ABOUT LYMPHANGIONS OF THE HUMANS HEART AT THE SENIUM

Satybaldiev M. A., Begaliev B.

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

Summary: Construction and function of organ can be understandable in condition of knowing features of vasa channel and one of integrated part is lymphatic vessel, performing inherent functions, it's provide vital activity of organs and organism in whole at normal and pathological conditions. In this way human's heart lymphangions of the left lymphatic collector were surveyed on 15 corpses died from different accidents. In this age group are big changes of form, caliber and wall's structure of lymphangions intra- and extraorgan vessels of the left lymphatic collector.

Key words: lymphangions, lymphatic vessel, collector, caliber, form.

Введение. Лимфангион – это структурно – функциональная единица лимфатического сосуда, которая представляет собой участок лимфатического сосуда между двумя клапанами. Лимфангион по другому называется клапанным сегментом. В зависимости от содержания миоцитов в лимфангионе выделяют мышечную манжетку, стенку клапанного синуса и область прикрепления клапана.

Количество миоцитов в стенке лимфангиона зависит от калибра лимфатических сосудов: чем тоньше лимф сосуд, тем отчетливей

выявляется разница между мышцосодержащей частью, находящейся в средней части клапанного сегмента, и стенкой клапанного синуса. В стенке лимфангиона большинство миоцитов ориентировано спирально. Спиральная ориентация является оптимальной. Она повышает пластические свойства лимфангиона при изменении его формы в условиях сократительной активности.

Миоциты находятся в тесных взаимоотношениях с эластическими и коллагеновыми волокнами. Они содержатся

во внутренней, средней и наружной оболочках лимфатического сосуда. Мускулатура всех оболочек лимфангиона тесно связана между собой, но имеет разную ориентацию: крутая спираль – в средней оболочке, продольная спираль – в наружной и внутренней оболочках. Наличие мускулатуры в стенке лимфатического сосуда сердца человека свидетельствует о том, что она может принимать активное участие в продвижении лимфы.

Лимфангионы внутриорганных и внеорганных лимфатического сосудов сердца человека имеют возрастные и локальные особенности формы, размеров (длина, ширина, объем), количества и распределения миоцитов, пучков коллагеновых и эластических волокон.

Описание лимфангионов начинается с лимфатических сосудов 2-го порядка эпикарда, так как в стенке лимфатических сосудов 1-го порядка эпикарда миоциты (главный элемент лимфангиона) не были обнаружены, эти сосуды можно рассматривать как посткапилляры по В.В. Купрянову (1969). Количество субэпикардальных лимфангионов лимфатических сосудов 2-го и 3-го порядков на одном см² 2 грудино – реберной поверхности эпикарда левого желудочка колеблется у людей старческого возраста от 19 до 22. В эпикарде правого желудочка количество лимфангионов меньше, по сравнению с эпикардом левого желудочка и равняется у людей старческого возраста от 15 до 17. (Уменьшение количества лимфангионов на единице площади эпикарда можно объяснить увеличением размеров сердца).

В старческом возрасте лимфангионы интраорганных лимф сосудов 2-го и 3-го порядков имеют максимальные количественные параметры длины, ширины и объема. Эти показатели лимфангионов интраорганных лимфатических сосудов 2-го порядка составили $2,120 \pm 0,098$ мм, $0,650 \pm 0,68$ мм, $0,5 \pm 0,014$ мм³, лимфангионов интраорганных сосудов 3-го порядка: $2,410 \pm 0,170$ мм, $0,740 \pm 0,042$ мм, $0,7 \pm 0,018$ мм³.

Количественные показатели лимфангионов интраорганных сосудов 3-го порядка превышают таковым лимфангионов сосудов 2-го порядка, имея достоверные различия

($P < 0.001$). Следует отметить, что лимфангионы интраорганных лимфатических сосудов в старческом возрасте отличается значительным разнообразием форм.

В старческом возрасте лимфангионы интраорганных лимфатических сосудов 2-го и 3-го порядков имеют максимальные количественные параметры, длины, ширины и объема. В средней части лимфангионных лимф сосудов 2 и 3 порядков эпикарда содержатся единичные миоциты. Они отсутствуют в стенке клапанного синуса и области прикрепления клапана. В стенке лимфатических сосудов первого порядка миоциты отсутствуют.

Цель исследования:

Во-первых целью является изучение строения лимфангиона у лиц старческого возраста. Во-вторых определение частичной атрофии миоцитов стенки лимфангиона, которые понижают моторную функцию лимфангиона в этом возрасте.

Материал и методы исследования.

Для решения поставленных задач были исследованы препараты сердца, взятые от 15 трупов людей обоего пола, умерших от несчастных случаев и травм. Старались брать те препараты, в которых меньше подэпикардального жира. Это обстоятельство облегчало работу при последующем изучении.

Инъекционной методикой выявлены лимфатические капилляры, сосуды левого и правого желудочков, а также предсердия. При исследовании архитектоники лимфангионов сердца человека были использованы комплексные методы морфологических исследований. В качестве цветной инъекционной массы применяли преимущественно видоизмененную синюю массу Герота. Синяя инъекционная масса Герота хорошо проникает в лимфатические капилляры и лимфатические сосуды. Она довольно легко достигает регионарных лимфатических узлов, не диффундирует из лимфатического сосуда в окружающую ткань и, в то же время, хорошо контактирует на окружающем фоне, что очень ценно для препарирования и микрофотографирования

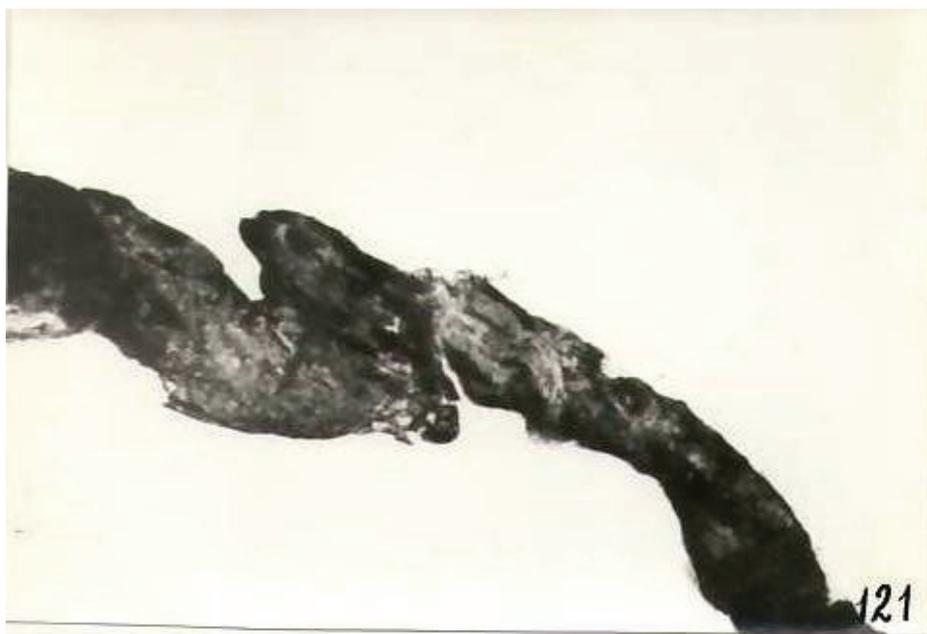


Рис. 1
«Бухтообразные» выпячивания лимфангиона интраоргального лимфатического сосуда. Женщина 79 лет. Масса Герота.



Рис. 2
«Грибовидные» выпячивания лимфангиона экстраоргального лимфатического сосуда. Мужчина 85 лет. Масса Герота.

сосудов.

Исследования лимфатического русла сердце человека методом внутритканевой инъекции и препарирования позволила достаточно подробно изучить формирования и анатомо-топографическое расположение левого лимфатического коллектора сердца и его регионарных лимфатических узлов.

Чтобы получить полное представление об архитектонике лимф капилляров и

формирования внутриорганных сосудов, из участков сердца с инъекционным лимфатическим руслом изготавливали просветленные препараты. Архитектонику внутриоргального лимфатического русла сердца человека на просветленных препаратах изучали по методу Д.А. Жданова при помощи стереоскопического микроскопа МБС-2. Этот микроскоп дает прямое и объемное изображение рассматриваемого препарата как в отраженном, так и в проходящем

Таблица 1

Количественные показатели лимфангионов (длина, ширина, объем) интраорганного сосуда у людей старческого возраста. (75-90 лет)

| Лимфатические сосуды 2-го порядка | | |
|-----------------------------------|-------------|------------|
| Длина (мм) | Ширина (мм) | Объем (мм) |
| 2,120+0,098 | 0,650+0,068 | 0,5+0,014 |

Таблица 2

| Лимфатические сосуды 3-го порядка | | |
|-----------------------------------|-------------|------------|
| Длина (мм) | Ширина (мм) | Объем (мм) |
| 2,410+0,170 | 0,740+0,042 | 0,7+0,018 |

Таблица 3

Количественные показатели левого лимфатического коллектора сердца человека в старческом возрасте

| | Интраорганные | Экстраорганные |
|--------|---------------|----------------|
| Длина | 2,710+0,210 | 3,750+0,210 |
| Ширина | 0,725+0,036 | 1,125+0,080 |
| Объем | 1,0+0,2 | 2,4+0,1 |

Таблица 4

Количество миоцитов в лимфангионах левого лимфатического коллектора сердца человека в старческом возрасте

| Объект | | минимальный | максимальный | M+m |
|----------------|------------------------------|-------------|--------------|---------|
| Интраорганные | Мышечная манжетка | 50 | 60 | 54+1,8 |
| | Стенка клапанного синуса | 0 | 0 | 0 |
| | Область прикрепления клапана | 0 | 0 | 0 |
| | Экстраорганные | | | |
| Экстраорганные | Мышечная манжетка | 100 | 130 | 121+5,5 |
| | Стенка клапанного синуса | 5 | 10 | 6+1,5 |
| | Область прикрепления клапана | 0 | 0 | 0 |
| | | | | |

свете. Чтобы выяснить гистотопографию лимфатического русла и его взаимоотношение с кровеносным, из разных участков стенки сердца человека с инъецированным сосудистым руслом были изготовлены гистологические срезы и изучали их под микроскопом МБИ-1. Наряду с этим гистологические препараты изготавливали из внутри – и внеорганных лимфатических сосудов и регионарных лимфатических узлов сердца человека.

При изучении препаратов, изготовленных

методикой тотального препарата, мы видим все структуры лимфангиона лимфатического сосуда сердца (клапаны, коллагеновые и эластичные волокна). Особенно ценной окраской является обработка препарата азаном по Гейденгайну, т.к. при этом хорошо окрашивается в красный или розовый цвет цитоплазма миоцитов, а также были использованы такие красители как галлоцианин, гематоксилин – эозин, пикрофуксин и резорцин-фуксин по Вейгеру.

Длину и ширину лимфангионов

определяли синей массой Герота. Длина лимфангиона на таких препаратах представляет собой расстояние между двумя сужениями лимфатического сосуда. Ширину определяли в средней части лимфангиона.

Полученные количественные показатели лимфангионов (длина, ширина, объем) и количество миоцитов в стенке лимфангионов (мышечная манжетка, стенка клапанного синуса, область прикрепления клапана) обработаны методом вариационной статистики с учетом указаний Е.В. Монцевичюте – Эрингена (1969, Р.Б. Стрелкова (1966)).

Результат исследования.

В результате исследования были обнаружены существенные преобразования лимфатических капилляров эпикарда левого и правого желудочков определяется у лиц старческого возраста. Следует отметить, что проявляется частичная редукция поверхностных и глубоких лимфатических капилляров. Контуры капилляров становятся неровными. Местами особенно при развитии подэпикардальной жировой клетчатки в поверхности лимфатической сети находятся сгущения лимфатических капилляров

В старческом возрасте лимфангионы интраорганных лимф сосудов 2-го и 3-го порядков имеют максимальные количественные параметры длины, ширины и объема. Эти показатели лимфангионов интраорганных лимф сосудов 2-го порядка составили 2.120 ± 0.098 мм, 0.650 ± 0.068 мм, 0.5 ± 0.014 мм куб, лимфангионов интраорганных сосудов 3-го порядка 2.410 ± 0.170 мм, 0.740 ± 0.042 мм, 0.7 ± 0.018 мм куб.

Количественные показатели лимфангионов интраорганных сосудов 3-го порядка превышают таковым 2-го порядка, имея достоверные различия ($P < 0.001$).

Данные таблицы 3 свидетельствуют о том, что ширина, длина, объем лимфангионов интраоргального сосуда, имея максимальные количественные параметры по сравнению с другими возрастными группами.

Выводы

В старческом возрасте происходят значительные изменения формы, калибра и строения стенки лимфангионов интраоргального

и экстраоргального сосуда левого лимф коллектора сердца. В этой возрастной группе отмечаются “бухтообразные” и “грибовидные” выпячивания лимфангионов интраоргального и экстраоргального сосуда. (рис 1.2). В этой возрастной группе по сравнению с пожилым возрастом отмечается уменьшение количества миоцитов в мышечной манжетке, стенке клапанного синуса как в интраоргальном, так и в экстраоргальном сосуде сердца. В области прикрепления клапана в лимфангионах интраоргального сосуда левого лимфатического коллектора миоциты отсутствуют.

Выпячивания чаще всего обнаруживаются в стенке клапанного синуса лимфангионов экстраоргального сосуда. Калибр лимфангионов интраоргального и экстраоргального сосуда варьирует в широких пределах. Определено уменьшение количества миоцитов в стенке лимфангионов интраоргального сосуда. Параллельно с редукцией (атрофией) миоцитов в этом возрасте происходят коллагенизация стенки лимфангионов – увеличение количества коллагеновых волокон.

Литература:

1. Борисов А.В. Принципы конструкции лимфатического сосуда в свете теории лимфангиона / А.В.Борисов // Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты-СПб.: СПбГМА, 1997.-вып.1.-с.6-12
2. Борисов А.В. значение конструкции лимфангиона как структурно-функциональной единицы лимфатического сосуда для биологии и медицины /А.В. Борисов// тез.докл. 11 съезда лимфологов России.-СПб.: СПбГУ, 2005.-с.29-30
3. Борисов А.В.Анатомия лимфангиона /А.В.Борисов – Нальчик.: Полиграфсервис и Т.2007.-296с.
4. Орлов Р.С. Эволюция транспорта лимфы /Р.С.Орлов// Структурно-функциональные основы лимфатической системы: теоретические и прикладные аспекты-СПб.: СПбГМА,1997.-вып.1 С.53-54
5. Mislin H.The lymphangion// lymphogology/ Ed.by M. Foldiet J.R., Casley-Smith-Stuttgart: N.Y., 1983, p.165-175.

**ОЦЕНКА ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
НАСЕЛЕНИЮ ТАЛАССКОЙ И НАРЫНСКОЙ ОБЛАСТЕЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Бейшенов С.Ч., Сыдыгалиев К.С., Чапыев М.Б.

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

Резюме: В данной статье проводится анализ состояния региональной экстренной хирургической помощи оказываемой населению.

Ключевые слова: острый аппендицит, желудочно-кишечное кровотечение, панкреатит, холецистит.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН НАРЫН ЖАНА ТАЛАС
ОБЛАСТАРЫНДАГЫ КЕЧИКТИРИЛГИС ХИРУРГИЯЛЫК
ЖАРДАМДЫ БААЛОО**

Бейшенов С.Ч., Сыдыгалиев К.С., Чапыев М.Б.

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

Корутунду: Бул макалада калкка региондо көрсөтүлгөн кечиктирилгис хирургиялык жардамды анализ жүргүзүлгөн.

Негизги сөздөр: курч аппендицит, ичеги-карындагыканагуу, панкреатит, холецистит.

**ASSESSMENT OF THE EMERGENCY SURGICAL HELP TO THE
POPULATION OF TALAS AND NARYN REGIONS OF THE KYRGYZ
REPUBLIC**

Beishenov S. Ch, Sydygaliev K.S., Chapyev M.B.

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

Summary: In this article the analysis of a condition of the regional emergency surgical help rendered to the population is carried out.

Key words: acute appendicitis, gastro-intestinal bleeding, pancreatitis, cholecystitis.

Актуальность. Особенности социально-экономического развития регионов, демографических процессов, заболеваемости населения, обуславливают различную потребность населения в хирургической помощи. А между тем оценка эффективности оказания неотложной хирургической помощи в регионах Кыргызской Республики достаточно не изучены [1,3,6].

Вместе с тем, в современных условиях хирургическая помощь населению характеризуется тяжелым состоянием больных при поступлении ввиду поздней госпитализации, большой частоты хронических сопутствующих заболеваний. В связи с этим, отмечается рост послеоперационных осложнений, летальности, увеличение длительности стационарного лечения [2,4,5].

Цель исследования. Анализ состояния

региональной экстренной хирургической помощи оказываемой населению.

Материал и методы исследования. Уровень хирургической заболеваемости, численность проживающего населения на территориальных участках. Для получения информации использовались учетно-отчетные материалы ЛПУ, РМИЦ МЗ КР. В качестве базы исследования избраны центры с развитой инфраструктурой и оптимальным кадровым ресурсом, и коечной сетью в городах: Нарын и Талас, а также в районах Нарынской и Таласской областей.

Исследование хирургической заболеваемости по материалам госпитализации проведены по отчетной форме «Отчет о деятельности стационаров» (ф.№ 14) в течении 2004-2010 годов. При анализе использованы информационный, аналитически-

Таблица 1.
Экстренная хирургическая помощь больным всех возрастов,
доставленным в стационары Таласской области в поздние сроки (по материалам
РМИЦ)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| Острая непроходимость кишечника – число выбывших | 35 | 47 | 43 | 46 | 27 | 51 | 39 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 13 | 21 | 29 | 17 | 16 | 31 | 20 |
| Абсолютное число | 37,1 | 44,7 | 67,4 | 37,0 | 59,3 | 60,8 | 51,3 |
| в % | | | | | | | |
| Острый аппендицит – число выбывших | 504 | 575 | 623 | 618 | 562 | 600 | 572 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 264 | 312 | 249 | 123 | 140 | 120 | 92 |
| Абсолютное число | 52,3 | 54,3 | 40,0 | 19,9 | 24,6 | 20,0 | 16,1 |
| в % | | | | | | | |
| Прободная язва желудка и 12-перстной кишки – число выбывших | 32 | 32 | 26 | 14 | 22 | 21 | 21 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 11 | 8 | 13 | 3 | 15 | 13 | 6 |
| Абсолютное число | 34,4 | 25,0 | 50,0 | 21,4 | 68,2 | 61,9 | 28,6 |
| в % | | | | | | | |
| Желудочно-кишечные кровотечения – число выбывших | 27 | 41 | 31 | 50 | 38 | 55 | 89 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 14 | 22 | 18 | 23 | 14 | 2 | 44 |
| Абсолютное число | 48,3 | 53,7 | 58,1 | 46,0 | 36,8 | 40,0 | 49,4 |
| в % | | | | | | | |
| Ущемленная грыжа – число выбывших | 32 | 43 | 27 | 45 | 41 | 42 | 49 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 11 | 7 | 8 | 6 | 11 | 8 | 8 |
| Абсолютное число | 34,4 | 16,3 | 29,6 | 13,3 | 26,8 | 19,0 | 16,3 |
| в % | | | | | | | |
| Острый холецистит – число выбывших | 166 | 211 | 241 | 283 | 253 | 307 | 294 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 66 | 128 | 146 | 166 | 133 | 160 | 112 |
| Абсолютное число | 39,8 | 60,7 | 60,6 | 58,7 | 52,6 | 52,1 | 38,1 |
| в % | | | | | | | |
| Острый панкреатит – число выбывших | 29 | 36 | 42 | 63 | 45 | 82 | 91 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | 20 | 25 | 31 | 58 | 30 | 49 | 52 |
| Абсолютное число | 69,0 | 69,4 | 73,8 | 92,1 | 66,7 | 59,8 | 57,1 |
| в % | | | | | | | |

Таблица 2
Экстренная хирургическая помощь больным всех возрастов, доставленным в стационары Нарынской области в поздние сроки (по материалам РМИЦ)

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
|--|------|------|------|------|------|------|------|
| Острая непроходимость кишечника – число выбывших | 38 | 49 | 63 | 36 | 38 | 27 | 47 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 5 | 13 | 19 | 5 | 12 | 6 | 9 |
| в % | 13,2 | 26,5 | 30,2 | 13,9 | 31,6 | 22,2 | 19,1 |
| Острый аппендицит – число выбывших | 663 | 720 | 705 | 690 | 595 | 509 | 659 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 120 | 234 | 169 | 92 | 74 | 107 | 122 |
| в % | 18,1 | 32,5 | 24,0 | 13,3 | 12,4 | 21,0 | 18,5 |
| Прободная язва желудка и 12-перстной кишки – число выбывших | 47 | 37 | 30 | 24 | 27 | 15 | 24 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 16 | 9 | 6 | 5 | 4 | 0 | 4 |
| в % | 34,0 | 24,3 | 20,0 | 20,8 | 14,8 | 0,0 | 16,7 |
| Желудочно-кишечные кровотечения – число выбывших | 61 | 28 | 35 | 35 | 36 | 21 | 25 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 28 | 13 | 14 | 8 | 12 | 7 | 8 |
| в % | 45,9 | 46,4 | 40,0 | 22,9 | 33,3 | 33,3 | 32,0 |
| Ущемленная грыжа – число выбывших | 30 | 34 | 30 | 25 | 20 | 23 | 24 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 7 | 8 | 5 | 2 | 4 | 4 | 3 |
| в % | 23,3 | 23,5 | 16,7 | 8,0 | 20,0 | 17,4 | 12,5 |
| Острый холецистит – число выбывших | 176 | 153 | 177 | 191 | 144 | 144 | 199 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 50 | 71 | 58 | 51 | 27 | 36 | 50 |
| в % | 28,4 | 46,4 | 32,8 | 26,7 | 18,8 | 25,0 | 25,1 |
| Острый панкреатит – число выбывших | 24 | 35 | 26 | 55 | 51 | 35 | 37 |
| Из них доставлены в стационар от начала заболевания позже 24 часов | | | | | | | |
| Абсолютное число | 11 | 5 | 6 | 12 | 10 | 7 | 6 |
| в % | 45,8 | 14,3 | 23,1 | 21,8 | 19,6 | 20,0 | 16,2 |

Таблица 3

Послеоперационная летальность при экстренной хирургической помощи по регионам

Нарынская область

Летальность больных всех возрастов в %

| | Всего | | | | | | | В том числе, при доставке позже 24 часов от начала заболевания | | | | | | |
|---------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|--|------|------|------|------|------|-------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Непроходимость кишечника | 8,0 | 3,8 | 2,6 | - | 5,3 | - | 4,0 | - | - | - | - | 16,3 | - | - |
| Острый аппендицит | 0,2 | - | 0,1 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Прободная язва желудка и 12 п/к | 2,1 | 2,8 | - | - | - | - | 4,5 | - | - | - | - | - | - | - |
| Желудочно-кишечные кровотечения | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ущемленная грыжа | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Острый холецистит | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Острый панкреатит | - | - | 25,0 | - | - | - | 50,0 | - | - | - | - | - | - | 100,0 |

Таласская область

Летальность больных всех возрастов в %

| | Всего | | | | | | | В том числе, при доставке позже 24 часов от начала заболевания | | | | | | |
|---------------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|--|------|------|-------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 |
| Непроходимость кишечника | 15,0 | 8,3 | 5,6 | 10,0 | - | 3,8 | 25,0 | 25,0 | - | 10,0 | 13,3 | - | - | - |
| Острый аппендицит | - | 0,2 | - | 0,3 | - | - | - | - | - | -2 | - | - | - | - |
| Прободная язва желудка и 12 п/к | 6,3 | 5,3 | 5,9 | - | - | - | - | 18 | 25,0 | 12,5 | - | - | - | - |
| Желудочно-кишечные кровотечения | - | - | 15,4 | - | 50,0 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Ущемленная грыжа | - | 2,3 | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Острый холецистит | - | 1,6 | - | - | - | 0,7 | 0,7 | - | 3,0 | - | - | - | - | 1,5 |
| Острый панкреатит | - | - | 25,0 | 50,0 | - | - | 40,0 | - | - | 28,6 | 100,0 | - | - | - |

исследовательский методы исследования.

Полученные результаты и их обсуждение. Анализ экстренной хирургической помощи, доставленных в стационары в поздние сроки, показывает увеличение числа больных,

нуждающихся в экстренной хирургической помощи почти по значительному числу хирургических вмешательств (таблица 1). По поводу прободной язвы желудка и 12-перстной кишки в течение 2004-2010 годов произошло

увеличение числа оперативных вмешательств на 39,6%. Параллельно произошло увеличение больных с данной патологией, доставленных позже 24 часов на 47,6%.

Резкое увеличение больных, которым необходима экстренная хирургическая помощь произошло с острым холециститом (на 31,5%) число больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличилось на 35,7%; с желудочно-кишечными кровотечениями (на 58,8%), при этом, число больных, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличилось на 65,1%. Также отмечается увеличение больных с ущемленной грыжей, доставленных экстренно на 23,8%, одновременно процент больных с данной патологией, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания увеличен на 27,8%. Число больных с острым панкреатитом, доставленных в экстренном состоянии в стационар за период 2004-2010 годов увеличилось на 33,6%, при этом, произошло увеличение, доставленных в стационар позже 24 часов от начала заболевания на 31,8%.

Таким образом, несмотря на снижение общего числа оперативных вмешательств по республике, экстренная помощь была оказана почти по всем группам заболеваний хирургического профиля. Отмечается увеличение числа больных, доставленных в стационар в экстренном порядке с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки, желудочно-кишечными кровотечениями, ущемленной грыжей, острым холециститом и острым панкреатитом.

Исследование послеоперационной летальности при экстренной хирургической помощи и при отдельных формах хирургической патологии за 2004-2010 годы по Нарынской области показывает снижение показателей летальности по наиболее часто встречающимся формам: непроходимости кишечника с 8,0% до 4,0%; острого аппендицита с 0,2% до 0,0%. Наблюдается отсутствие послеоперационной летальности при: ущемленной грыже, острым холецистите, при желудочно-кишечном кровотечении. В то же время показателей летальности при прободной язве желудка и 12-перстной кишки возрос с 2,1% до 4,5%, а при

остром панкреатите данный показатель возрос до 50,0% за период 2004-2010 годы (таблица 3).

В то же время, при доставке больных с хирургической патологией позже 24 часов от начала заболевания произошло увеличения показателя летальности за период 2004-2010 годов по следующим нозологическим формам: непроходимость кишечника до 16,3% и острый панкреатит до 100,0%. При остром аппендиците, прободной язве желудка и 12-перстной кишки, желудочно-кишечном кровотечении, ущемленной грыже и остром холецистите этот показатель не наблюдается.

По Таласской области показатель летальности при острой непроходимости кишечника за период 2004-2010 годов возрос с 15,0% до 25,0% и при остром панкреатите до 40,0%. В то же время при остром аппендиците, ущемленной грыже, прободной язве желудка и 12 перстной кишки, желудочно-кишечном кровотечении и остром холецистите имеют стабильную тенденцию к снижению.

Таким образом, показатели послеоперационной летальности при оказании хирургической помощи при остром панкреатите отражают ухудшение качества медицинской помощи, своевременность ее оказания, и соответствие объему оказываемых хирургических услуг.

Выводы: Установлено увеличение числа больных, нуждающихся в экстренной хирургической помощи. За исследуемый период произошло увеличение числа оперативных вмешательств по поводу: прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки; желудочно-кишечных кровотечений; острого панкреатита при неизменившемся показателе летальности хирургических больных на уровне 0,6%-0,7%. Тем не менее, изменение ситуации по количеству хирургических больных, по нашему мнению в некоторой степени, отражает социально-экономические проблемы, имеющиеся в обществе, что проявляется хронизацией ряда заболеваний, увеличением случаев экстренной госпитализации больных в результате поздней обращаемости населения за хирургической помощью и неадекватностью хирургической службы в ряде регионов республики.

Литература:

1. Куралбаев Б.С. Модель комплексной оценки результатов деятельности больницы / Б.С. Куралбаев // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – Алматы, 1998. - №9. – С.16-20.
2. Мамакеев м.м. Организация и состояние хирургической службы Кыргызской Республики / м.м. Мамакеев, А.А. Сопуев, Н.Ч. Элеманов // Вопросы организации хирургической службы и хирургической гастроэнтерологии: сб. науч. трудов. – Бишкек, 2002. – 68 с. - С.19-37.
3. Реформы здравоохранения в Кыргызской Республике (Планы, процесс и результаты внедрения). – Бишкек, 1999. – 114с.
4. Сопуев А.А. Медико-социальный анализ острой хирургической патологии и неотложная хирургическая помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости в Кыргызской Республике: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.27;14.00.33. / А.А. Сопуев. - Бишкек, 2004. – 36с.
5. Исаков М.Б. Факторный анализ причин поздней госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / М.Б. Исаков.– Бишкек, 2005. - 19 с.
6. Чапьев М.Б. Научные основы регионарного планирования хирургической службы в Кыргызской Республике : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.17 / М.Б. Чапьев. – Бишкек, 2012. - 26 с.