

ISSN 1694-6405

**И.К.АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК  
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫНЫН**

**Ж А Р Ч Ы С Ы**



**В Е С Т Н И К**

**КЫРГЫЗСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
АКАДЕМИИ им. И.К. АХУНБАЕВА**

№ 4(I) 2013

**Бишкек**

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.

Ианаева М.Т.

Раимжанов А.Р.

**Редакционный совет**

Абилов Б.А.

Адамбеков Д.А.

Акынбеков К.У.

Алымкулов Р.Д.

Аскеров А.А.

Бейшембиева Г.Дж.

Кадырова Р.М.

Калиев Р.Р.

Карасаева А.Х.

Карашева Н.Т.

Кутманова А.З.

Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.

Кожокматова Г.С.

Кононец И.Е.

Молдобаева М.С.

Мусуралиев М.С.

Оморов Р.А.

Сатылганов И.Ж.

Сопуев А.А.

Тилекеева У.М.

Усупбаев А.Ч.

Чолпонбаев К.С.

Чонбашева Ч.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](mailto: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.

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ)

Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2013

<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>	2
<b>РЕДАКЦИОННАЯ КОЛОНКА</b>	
<b>Бримкулов Н.Н.</b>	5
<b>ПРИГЛАШАЕМ К ДИСКУССИИ</b>	
<b>Давид Беран, Луи Лутан, Аида Абдраимова, Гульгун Мурзалиева</b> Уроки, извлеченные из лечения хронических заболеваний в Кыргызстане: последствия для медицинского образования	7
<b>АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ</b>	
<b>Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Саралинова Г.М.</b> Современная физиотерапия и принципы доказательной медицины (тезисы доклада)	14
<b>Тимченко О.И., Линчак О.В., Омельченко Э.М., Процюк О.В., Поканевич Т.М., Галаган В.А., Польшка Е.А., Сизоненко О.В., Максиян О.И., Качко Г.А., Позмогова Н.В., Педан Л.Р.</b> Врожденная патология новорожденных в Украине и ее профилактика	17
<b>Сулайманова Н.Э., Жакеева А.К., Раимбердиева А.Р., Мамбетова М.К.</b> Клинико-эпидемиологическая характеристика ветряной оспы у детей раннего возраста	26
<b>Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Аширбаева К.И., Джапаева Г.У., Тюреканова Б.Э.</b> Периодический медицинский осмотр работников золотодобывающего предприятия Кыргызстана	30
<b>А.И.Мусаев, А.Ж.Акешов, А.А. Акматов</b> Альвеококкоз печени – возможность повторных операций	36
<b>Байгараев Э.А.</b> Диагностика и оперативное лечение свежих повреждений боковых связок коленного сустава	39
<b>Бейшеналиев А.С., Кочконбаев Ж.А., Кудайбердиев А.А.</b> Нарушения гемодинамики печени при паразитарных заболеваниях	43
<b>Дуйшеева Г., Леонтьева Н.С., Саткыналиева З.Т., Калиев Р.Р.</b> Изучение тиреоидного статуса и результатов коронароангиографического исследования у больных КБС	46
<b>Каримов С.К., Ырысов К.Б., Мамытов М.М.</b> Диагностика и нейрохирургическое лечение аденом гипофиза	51

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Кудайбердиев А.Т.</b> Особенности механизма образования разрывов при разрывно-геморрагическом синдроме (синдроме Меллори-Вейсса)	55
<b>Маматов Н.Н.</b> Оценка эффективности применения противоспаечных средств в эксперименте	59
<b>Есиркепов А.А., Габит Айдана, Мамеков А.С.</b> Оценка качества жизни больных с дефектом средней зоны лица	64
<b>Мамышов А.Ж.</b> Анализ результатов хирургического лечения хронического остеомиелита у больных сахарным диабетом	68
<b>Мергенов А.Э.</b> Состояние цитокинового баланса при токсокарозе	72
<b>Мусаев А.И., Токтогулов О.Ж.</b> Критерии выбора объема пластики при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыжах	75
<b>Боконбаева С.Дж, Нуржанова С.Т., Какеева А.А.</b> Этиоструктура пневмоний у детей раннего возраста	78
<b>Омуркулова Б.И.</b> Эпидемиологические аспекты клещевого энцефалита в Кыргызской Республике	83
<b>Мамеков А.Д., Рузденова А.С., Мамекова Д.А.</b> Особенности диагностики и лечения больных с ретенцией клыков и резцов верхней челюсти	86
<b>Сыдыкова С.С., Джаныбекова С.А., Мергенбаева Т.К., Ташева И., Бримкулов Н.Н.</b> Факторы риска неинфекционных заболеваний среди студентов медиков	91
<b>Исаков Э. О.</b> Особенности препарирования зубов без уступа при изготовлении металлокерамических коронок	96
<b>Исаков Э. О.</b> Сколы керамической облицовки металлокерамических протезов и их реставрация	99
<b>Суеркулов Б.Т., Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Байгараев Э.А.</b> Лечение переломов шейки бедренной кости на современном этапе	103

## СОДЕРЖАНИЕ

---

<b>Ташибеков Ж.Т., Ырысов К.Б., Мамытов М.М.</b> Анализ результатов хирургического лечения осложненных травм позвоночника	106
<b>Турдубаев К.Т., Турдубаева Э.К.</b> Иммунологические особенности железодефицитной анемии у детей раннего возраста в хлопкосеющих регионах Кыргызстана	111
<b>Усубалиев М.Б., Козьмина Ю.В.</b> Патоморфологические изменения и результаты комплексного лечения паховой дерматофитии	114
<b>Штрафун И.М., Алымбаев Э.Ш., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г.</b> Взаимосвязь и взаимообусловленность функциональных нарушений мочевыводящей системы и воспалительных заболеваний почек у детей	121
<b>Усупбаев А.Ч., Еганов Е.П., Садырбеков Н.Ж.</b> Эффективность терапии препаратом «Витапрост» у пациентов с хроническим абактериальным простатитом	124
<b>Шахнабиева С.М.</b> Легочная гипертензия при врожденных пороках сердца	129
<b>Исмаилова И.У.</b> Анализ и оценка использования антибактериальных препаратов при лечении родильниц с послеродовым эндометритом	136
<b>А.А. Аскеров</b> Репродуктивное здоровье женщин после миомэктомии	142
<b>А.А. Аскеров</b> Проявления лейомиомы матки в постменопаузальном периоде	145
<b>ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ</b>	
<b>Молдобаева М.С., Толombaева Н.Т., Аттокурова Р.М., Муратова Ч.А., Жалилова Б.С., Апышова Ж.К., Наркулова Г.О.</b> Исходный уровень знаний студентов как переходная оценка качества усвоения предмета	149



Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала,

У вас в руках четвертый номер журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева» за 2013 год. Позади остается 2013 год, который был очень важным как для страны, так и для системы здравоохранения и медицинского образования. В Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К.Ахунбаева продолжилось внедрение нового государственного образовательного стандарта (ГОС), которое потребовало от профессорско-преподавательского состава много усилий для разработки новых учебных планов и учебно-методических материалов. Впервые для студентов 1-го курса были апробированы совершенно новые интегрированные учебные

модули «Человек, общество и здоровье», «От молекулы к клетке», «От клетки к органу». Разработаны новые интегрированные модули для студентов 2-го курса «Введение в клинику», «Инфекция, воспаление, иммунитет», обновлены модули «Респираторная система» и «Желудочно-кишечный тракт». Для обсуждения указанных модулей и новых учебных программ был проведен ряд семинаров не только для сотрудников, но и для студентов КГМА.

В уходящем году продолжалась разработка и внедрение современных образовательных технологий. В учебном процессе стали активно использоваться возможности Учебного центра по клиническим навыкам, открытого в 2011 году и оснащенного разнообразными манекенами и фантомами. А буквально на днях, в декабре 2013 года был открыт новый Центр развития клинических навыков и оценки знаний, оборудованный при содействии Посольства Швейцарии. На его базе с целью повышения объективности оценки, стимуляция обучающихся к освоению клинических навыков и клиническому мышлению будет внедрен так называемый объективный структурированный клинический экзамен (ОСКЭ). Эта методика была разработана более 30 лет назад Harden и Gleeson и сегодня используется в различных вариациях многими медицинскими школами мира, доказав свою эффективность. Для проведения такого экзамена оборудованы специальные кабинеты (станции), в которых вся обстановка и оборудование аналогичны необходимым для приема пациента терапевтического, педиатрического, хирургического или другого профиля. Именно в таких, приближенных к реальным, условиях будущий врач и должен продемонстрировать свои знания и навыки. Как он разговаривает с пациентом и проводит его обследование экзаменаторы будут наблюдать через видеокамеру. Наряду с этим, в новом центре для контроля знаний студентов оборудованы и кабинеты тестирования, оснащенные компьютерным оборудованием и программным обеспечением, позволяющим с использованием созданных тестов проводить многовариантное тестирование. Оборудован также специальный кабинет, где можно будет оценить и навыки испытуемых в проведении и интерпретации основных методов функциональной диагностики (ЭКГ, УЗИ, спирометрия и другие).

Расширились наши международные связи; в частности можно подчеркнуть активное сотрудничество с Медицинским факультетом Женевского университета, сотрудники которого приняли участие в проведении четырех семинаров для ППС КГМА. Активизировались контакты с учеными Кореи, Китая, Турции. В рамках шестого конкурса программы ТЕМПУС сотрудники КГМА им. И.К. Ахунбаева выиграли грант для участия в проекте «Преподавание иностранных языков для профессиональных целей».

10-13 апреля 2013 года были проведены Дни науки КГМА, в рамках которых были проведены научная конференция студентов, симпозиумы молодых ученых по отдельным направлениям клинической медицины, пленарные заседания, а также школы для практических врачей и выставка

лекарственных средств. Несколько работ, которые были доложены на Днях науки, публикуются в данном номере журнала. В работе Дней науки приняли участие и выступили с докладами ученые из Украины, Японии, Турции. Лучшие работы молодых ученых и студентов были удостоены почетных дипломов и премий, в том числе наиболее интересные доклады удостоены премий имени академиков И.К.Ахунбаева и С.Б.Даниярова.

А совсем недавно, в сентябре 2013 года состоялась торжественная церемония награждения победителей республиканского конкурса «Акыл Тирек», направленного на поиск и поддержку ученых, способных своим инновационным, новаторским видением и исследованиями осуществить идейный прорыв и открыть новые горизонты развития страны. Дипломов и поощрительных призов были удостоены и наши сотрудники – председатель научного общества молодых ученых и студентов (НОМУС) КГМА, кандидат философских наук Азима Джайлобаева и заместитель председателя НОМУС, кандидат медицинских наук Бакыт Турганбаев.

В 2013 году продолжилось сотрудничество редакции журнала с Электронной библиотекой Российской Федерации (ЭБРФ) и началось индексирование статей «Вестника КГМА имени И.К.Ахунбаева» в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ). В соответствии с договором полные тексты всех статей основных номеров журнала будут размещаться на сайте <http://elibrary.ru>. По состоянию на 15.12.2013 года в РИНЦ размещено 10 номеров журнала, включающих полные тексты 258 статей. Можно сказать, что сегодня результаты научных исследований сотрудников КГМА имени И.К.Ахунбаева стали доступны для всех русскоязычных читателей в любой точке Земного шара. В связи с этим редакция журнала планирует значительно повысить уровень требований как к содержанию, так и оформлению статей и призывает авторов к сотрудничеству. Мы ждем ваших статей, вопросов и предложений.

Во второй части данного номера журнала представлены материалы конференции, посвященной 90-летию одной из выдающихся женщин-ученых Кыргызстана, известного педиатра, Заслуженного врача Кыргызской Республики, доктора медицинских наук, профессора Татьяны Ивановны Покровской. Татьяна Ивановна многие годы возглавляла кафедру факультетской педиатрии Киргизского государственного медицинского института и на этом посту внесла исключительный вклад в развитие педиатрической науки в Кыргызстане, подготовку врачей-педиатров.

Редакционная коллегия журнала «Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева», присоединяясь к педиатрам страны, поздравляет дорогую Татьяну Ивановну с юбилеем и желает ей крепкого здоровья и творческого долголетия.

Одновременно, мы поздравляем всю медицинскую общественность страны, а в первую очередь, весь коллектив КГМА имени И.К.Ахунбаева, студентов и профессорско-преподавательский состав с наступающим Новым 2014 годом! Желаем всем творческих успехов, крепкого здоровья, благополучия в семьях! Авторам нашим мы пожелаем публикаций, которые будут интересны и полезны широкой аудитории читателей, и которые будут не раз цитироваться!

Всех с Новым 2014 годом!

Заместитель главного редактора,  
проректор КГМА имени И.К.Ахунбаева  
по клиническому обучению и научной  
работе, д.м.н., проф.

Бримкулов Н.Н.

## **УРОКИ, ИЗВЛЕЧЕННЫЕ ИЗ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ: ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Давид Беран, Луи Лутан, Аида Абдраимова, Гульгун Мурзалиева**  
Медицинский факультет, Женевский Университет, Женева, Швейцария  
Центр анализа политики здравоохранения, Бишкек, Кыргызстан

**Резюме:** В данной статье рассматриваются соответствующие требованиям наблюдения хронических неинфекционных заболеваний на примере предыдущих исследований сахарного диабета в Кыргызстане. Хронические неинфекционные заболевания являются основной причиной заболеваемости и смертности в Кыргызстане. В настоящее время лечение хронических неинфекционных заболеваний является одной из серьезнейших проблем, с которой, сталкивается система здравоохранения во всем мире, и каждая система здравоохранения должна найти решение, адаптированное к местным условиям.

На таком периоде обострение хронических заболеваний, можно заключить, что медицинское образование в Кыргызстане нуждается в оптимизации.

## **КЫРГЫЗСТАНДАГЫ ӨНӨКӨТ ООРУЛАРДЫ ДАРЫЛООДОН АЛЫНГАН САБАКТАР: МЕДИЦИНАЛЫК БЕЛИМ БЕРҮҮГӨ ТИЙГИЗГЕН ТАСИРИ**

**Давид Беран, Луи Лутан, Аида Абдраимова, Гульгун Мурзалиева**  
Женева университети, медициналык факультети, Женева, Швейцария  
Саламаттык сактооо саясатынын анализи борбору, Бишкек, Кыргызстан

**Корутунду:** Өнөкөт жугуштуу эмес оорулар бүткүл дүйнөдө анын ичинде Кыргызстанда дартка чалдыгууга жана өлүмгө алып келген негизги себептердин бири болуп эсептелет. Маалыматтар көрсөткөндөй, бүгүнкү күндө өнөкөт жугуштуу эмес ооруларды дарылоо олуттуу маселелердин бири болуп калууда, бул көйгөй менен бүткүл дүйнөдөгү саламаттык сактоо системасы бет келишүүдө, ошондуктан ар бир саламаттык сактоо системасы бул маселени жергиликтүү шарттарга ылайык келе тургандай чечүүсү керек. Бул макалада «Кант диабети» боюнча Кыргызстанда мурда жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн жыйынтыктарынын мисалында өнөкөт жугуштуу эмес ооруларды талаптагыдай кароо үчүн зарыл болгон элементтер каралат. Кыргызстанда өнөкөт жугуштуу эмес ооруларда жардам берүүнүн бир кыйла начар элементтери болуп «Бейтапты окутуу жана анын мүмкүнчүлүктөрүн кеңейтүү» жана «Дарылоодо жолун жолдоочулук» экендиги көрсөтүлөт. Өнөкөт оор абалдар көбөйгөн ушундай мезгилде Кыргызстандагы медициналык билим берүү оптималдаштырууга муктаж деген жыйынтык чыгарсак болот. Көп тармактар боюнча окутууну жакшыртуу, клиникалык көндүмдөрдөн жеке инсандык мамиленин көндүмдөрүнө чейин, анын ичинде коомдук саламаттык сактоо маселелерине окутуунун зарылдыгы талап кылынат. Медициналык билим берүү системасындагы өзгөрүүлөр жана кайра куруулар саламаттык сактоо системасында өнөкөт жугуштуу эмес оорулар учурунда жардам берүүнү уюштурууга өз таасирин тийгизбей койбойт.

## **LESSONS, LEARNED FROM TREATMENT OF CHRONICAL DISEASES IN KYRGYZSTAN: CONSEQUENCES FOR MEDICAL EDUCATION**

**David Beran, Lois Lutan, Aida Abdaimova, Gulgun Murzalieva**  
Medical Faculty, University of Geneva, Geneva, Switzerland  
The centre for analysis of health care policy, Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) are the leading cause of morbidity and mortality worldwide, including Kyrgyzstan. As data showed, the management of Chronic NCDs is one of the largest challenges that health systems throughout the world currently face and that each system needs to find a locally adapted solution. In this publication the previous studies in Kyrgyzstan focusing on diabetes using a Rapid Assessment tool are presented. The received results highlighted that there are several elements that are necessary for the proper management of NCDs. Some of these elements are clear weaknesses of the health care provided to patients with NCDs in Kyrgyzstan, namely “Patient education and empowerment” and “Adherence”. The conclusion was made, that with the growing burden of Chronic Conditions, medical education in Kyrgyzstan is in need of optimization. The variety of aspects in health training in Kyrgyzstan can be improved. These range from clinical skills to softer



skills and even Public Health training. Changes in training will impact how the health system is organised.

## Введение

Хронические неинфекционные заболевания (НИЗ) являются основной причиной заболеваемости и смертности в мире<sup>1-4</sup>. Лечение хронических неинфекционных заболеваний является одной из серьезнейших проблем, с которой, в настоящее время, сталкиваются системы здравоохранения во всем мире, и каждая система здравоохранения должна найти решения, адаптированные к местным условиям<sup>5</sup>. Одним из ключевых элементов этого решения является обучение медицинских работников.

Кыргызстан сталкивается с проблемой оказания услуг взрослому населению и растущего бремени НИЗ в связи с ишемической болезнью сердца, составляющего 24% в общей структуре смертности<sup>6</sup>. В Кыргызской Республике можно было бы продлить среднюю продолжительность жизни на дополнительные 4,5 года, если бы страна была бы в состоянии снизить уровень смертности от сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) до европейского уровня. Это было бы эквивалентно 3,9 годам при сокращении детской и материнской смертности<sup>7</sup>. В 1990 году смертность от сердечно-сосудистых заболеваний среди людей в возрасте 30-39 лет составляла 47,4 случаев на 100 000 населения, тогда как в 2004 году она выросла до 56,7 случаев на 100 000 населения<sup>8</sup>. Для сравнения, данный показатель в Швеции составил 11 случаев на 100,000<sup>7</sup>. В рамках проведенных исследований в стране уровень распространения артериальной гипертонии, скорректированный с учетом возраста, составил 39%. Международная диабетическая федерация считает, что распространенность сахарного диабета в Кыргызстане среди лиц в возрасте 20-79 увеличится с 4,3% в 2007 году до 5,8% в 2025 году.<sup>10</sup>

Было установлено, что такой высокий уровень смертности от ССЗ можно объяснить низким уровнем осведомленности населения и финансовыми барьерами, препятствующими лечению<sup>11</sup>. На основании данных Хопкинсона и др.<sup>12</sup> установлено, что одним из основных барьеров, препятствующих обращению за медицинскими услугами, является отсутствие денег на лечение диабета и наличие ряда барьеров для оказания медицинской помощи, включая проблемы с поставками, медицинскими работниками и высокая стоимость лечения. В

исследовании Якаб и др.<sup>11</sup> было установлено, что уровни осведомленности, лечения и контроля артериальной гипертонии в Кыргызстане являются низкими, с соответствующими показателями в 27%, 17,1% и 14%.

**Что необходимо для надлежащего ведения НИЗ?**

В рамках предыдущего исследования НИЗ в Кыргызстане, направленного на вопросы лечения диабета с использованием инструмента экспресс оценки<sup>13, 14</sup>, было отмечено, что для соответствующего ведения диабета необходимы следующие условия:

1. Организация системы здравоохранения
2. Сбор данных
3. Профилактика
4. Диагностическое оборудование и инфраструктура
5. Закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения
6. Доступность и приемлемость лекарственных средств и медицинской помощи
7. Укомплектованность медицинскими работниками
8. Вопросы приверженности в отношении приема медицинских препаратов и соблюдения рекомендованного образа жизни
9. Информирование и расширение возможностей пациента
10. Вовлечение сообщества и диабетических ассоциаций
11. Необходимая среда для позитивной политики

Результаты данной оценки в Кыргызстане<sup>13, 15</sup> указывают на то, что некоторые из этих элементов составляют сильные стороны системы здравоохранения Кыргызстана, тогда как другие нуждаются в некоторой или значительной оптимизации или являются слабыми сторонами. Они подробно описаны в Таблице 1. Как видно, два элемента составляют явные слабые стороны системы здравоохранения, а именно: “Обучение и расширение возможностей пациента” и “Приверженность”. Эти два элемента имеют важное значение для ведения хронических заболеваний, так как больные должны следить за своим состоянием на повседневной основе, чтобы у них не развились осложнения. Приверженность пациентов при хронических состояниях предусматривает сосредоточение внимания

на соблюдении рекомендаций в отношении приема лекарств и образа жизни (например, питание и физическая активность). В связи с этим, необходимо проводить информирование и обучение пациентов, что даст им возможность взять под контроль свое заболевание диабетом с учетом своих социальных и экономических обстоятельств. Например, лечение/ведение диабета для государственного чиновника в Бишкеке будет существенно отличаться от ведения диабета у пожилого человека, живущего в сельской местности.

Такие формы обучения и расширения возможностей, усиливающие приверженность, должны быть составляющими элементами "смещения парадигмы"<sup>16</sup> в форме организации системы здравоохранения. Системы здравоохранения сегодня организованы в строго линейном формате, при котором на входе пациенты поступают с определенными жалобами, и на выходе покидают с клиническими заключениями таких жалоб. Это больше подходит для острых состояний, но меньше - при хронических состояниях, где после постановки диагноза «сахарный диабет», пациенты нуждаются в ведении и наблюдении при каждом последующем взаимодействии с системой здравоохранения.

В результате изучения "Инновационных методов оказания медицинской помощи при хронических состояниях"<sup>16</sup>, разработанных Всемирной организацией здравоохранения, нижеследующие рекомендации предлагаются в качестве решения проблемы хронических состояний:

- Создать благоприятную среду для политики
- Интегрировать систему оказания медицинской помощи
- Скорректировать государственную политику с учетом цели снижения бремени заболевания
- Оптимально использовать медицинские кадры
- Поставить пациента и семью в центр оказания медицинской помощи
- Продвигать поддержку пациентов на уровне сообществ
- Проощрять профилактику заболевания и профилактику осложнений

Все эти элементы необходимы не только для реформирования всей системы

здравоохранения, но имеют непосредственную связь с оптимизацией человеческих ресурсов, используемых для решения проблемы хронических состояний.

Такая перемена необходима не только на уровне организации системы здравоохранения, но также на уровне пациента для изменения его поведения после постановки диагноза хронического состояния. Это называется "биографическим расстройством" в том смысле, что пациенту необходимо изменить образ жизни для того, чтобы справиться с новыми аспектами своей жизни, как лица, живущего с хроническим состоянием. Это непосредственно связано с "приверженностью", поскольку пациенту теперь нужно принимать препараты на ежедневной основе, выполнять рекомендации, касающиеся образа жизни, и т.д..

Изучив результаты исследования диабета в Кыргызстане необходимо рассмотреть следующие вопросы по каждому из 11 элементов, описанных выше.

### Последствия для медицинского образования

Результаты данной оценки барьеров в Кыргызстане для оказания помощи при различных формах диабета могут быть применены и к другим хроническим состояниям, и диабет может быть использован как "индикатор состояния".

В отношении всех заболеваний, необходимо провести **обучение по конкретным заболеваниям** в плане диагностики, ведения, осложнений, в том числе сопутствующих заболеваний. Данное обучение не должно быть направлено только на необходимые клинические знания, оно также должно включать **практические аспекты ведения**, поскольку лечение НИЗ существенно зависит от пациента. Такое обучение, к тому же, должно включать **методы взаимодействия врача с пациентом** в плане оптимального использования консультации в отношении регулярности посещений, выделяемого времени, освещения вопросов **обучения пациента, а также обследование пациента на факторы риска**. Такая роль **врача в качестве "специалиста по управлению заболеванием" или "координатора пациента"** касается направлений и перенаправлений на стационарное лечение, а также оказания медицинской помощи пациенту на постоянной основе.

На основании вышеизложенного об

изменении в процессе обучения, можно сделать вывод, что оно должно быть предусмотрено как для медицинских студентов, так и практикующих врачей, и направлено на развитие имеющихся специалистов или новых специалистов смежных медицинских профессий. В учебный план студентов медицинских ВУЗов необходимо включить обучение по конкретным заболеваниям (диагностика, ведение, осложнения, и т.д.), а также методы и навыки доказательной медицины и профилактики. С точки зрения профилактики, роль врача становится более активной в плане укрепления здоровья, а также выявления факторов риска у людей на более ранней стадии. Например, включить рассмотрение таких вопросов как табакокурение, оценка факторов риска ССЗ, и т.д. во время плановых консультаций. Для выполнения такой роли врача в профилактике требуются **навыки обучения и консультирования пациентов и наработка таких навыков, как “навыки межличностного общения”**. Данное обучение должно быть рассмотрено на соответствие предоставляемых знаний в области самых современных медицинских наук с реальностью местных условий, в которых будут работать будущие врачи.

**Непрерывное повышение квалификации (НПК) составляет неотъемлемую часть подготовки квалифицированных медицинских работников** как с точки зрения предоставления новых знаний для практикующих врачей, так и закрепления имеющихся навыков. Если рассматривать НПК с точки зрения хронических состояний, то такие программы должны включать как вопросы клинического лечения состояний, так и развитие навыков управления и “межличностного общения”. В отношении роли управления, имеется ввиду, что врачи в системе здравоохранения, должны выступать в качестве связующего звена между Министерством здравоохранения и потребностями пациента. В данной роли врач помогает Министерству здравоохранения принимать решения по использованию имеющихся ресурсов и закупке необходимых ресурсов. Параллельно с этим, еще одна роль управления, состоит в том, чтобы врач выступал в качестве координатора для пациента в системе здравоохранения. И наконец, еще одна роль управления это взаимодействие с сестринским и другим медицинским персоналом и другими

специалистами с целью обеспечения наилучшего исхода для пациентов.

Для ведения хронических состояний медицинское образование должно **определить и обучить специалистов узкого профиля и врачей общей практики**. Необходимо определить роли каждого из них в оказании помощи пациенту с хроническим состоянием, а также определить какие необходимые знания и навыки им понадобятся. Учитывая такие специфические критерии, необходимо четко определить, когда помощь оказывается одними, а когда другими специалистами. В отношении конкретных ролей в оказании помощи при хронических состояниях, необходимо определить роли медсестер, фармацевтов, специалистов по обучению пациентов, специалистов по питанию, психологов, и т.д. Эти специалисты должны работать вместе для обеспечения командного подхода при оказании помощи, и, следовательно, необходимо разработать отдельный тренинг для них.

В рамках такого комплексного обучения также необходимо перейти от клинического рассмотрения болезни к большей ориентированности на рассмотрение болезни с точки зрения общественного здравоохранения. Например, диабет это не заболевание, вызванное проблемами метаболизма глюкозы, а скорее вызвано следующими причинами:

- Питание
- Образ жизни
- Среда

Точка зрения общественного здравоохранения означает, что профилактика и укрепление здоровья становятся таким же важными, как выписка рецептов. С точки зрения ведения, это означает, что необходимо сместить акценты на то, что диабет управляется не врачами, а лекарствами при условии:

- Обучения пациента
- Корректирования и адаптации предоставляемой информации в отношении
- Медицинских препаратов
- Образа жизни

Для этой цели необходима организация **тренинга по общественному здравоохранению для медицинских работников и разработка общего курса обучения в области общественного здравоохранения для других**

специалистов, которые работают за пределами сектора здравоохранения. Данные специалисты должны играть определенную роль при управлении организациями здравоохранения.

**Обучение по вопросам здравоохранения**, как на уровне до- или пост-дипломного обучения, так и НПК, должно обеспечивать непосредственную связь с политикой и приоритетами сектора здравоохранения. Такие приоритеты и политика должны осуществляться врачебным и сестринским персоналом после соответствующего обучения. Существующие приоритеты и политика в секторе здравоохранения должна влиять на характер и методы обучения, а также степень адаптации обучения к местным условиям. Другой вопрос, как это будет реализовываться на практике, и какие барьеры существуют для соответствующего их исполнения.

### Выводы

В отношении медицинского образования в Кыргызстане, очевидно, что при растущем бремени хронических заболеваний, медицинским ВУЗам не только необходимо готовить медицинских специалистов с клиническим знаниями, но также обладающих практическими навыками. Такие навыки должны быть

направлены на долгосрочное ведение хронических заболеваний, а не на одноразовое взаимодействие врача с пациентом. Такая ориентированность должна быть направлена на пациента, а не на заболевание пациента. Люди с хроническими заболеваниями, вероятнее всего, будут переживать различные состояния, и, следовательно, их ведение должно проводиться с учетом самого пациента. Таким образом, врач будет выступать в качестве “специалиста по управлению заболеванием”, и при необходимости перенаправлять к узким специалистам. Другая роль врача заключается в предоставлении профилактических мероприятий для укрепления здоровья. Для этого необходимо сместить фокус на расширение услуг общественного здравоохранения и разработки соответствующего обучения в данной области.

Связь между врачом общей практики и узкими специалистами должна соблюдаться в рамках общего командного подхода к ведению хронических состояний в составе медсестры, специалиста по питанию, психологов, и т.д., где каждый призван играть свою роль в ведении пациента. При этом, принципиальным моментом является обучение и расширение возможностей пациента, что позволит пациенту стать ключевым

Таблица 1 – Барьеры в предоставлении помощи при диабете в Кыргызстане

Элементы системы здравоохранения	Сильные стороны	Необходимы небольшие улучшения	Необходимы значительные изменения	Слабые стороны
Организация системы здравоохранения		X		
Сбор данных		X		
Профилактика			X	
Диагностические инструменты и инфраструктура			X	
Закупка и обеспечение лекарствами			X	
Доступность (наличие и цена) лекарств и помощи		X		
Медицинский персонал		X		
Вопросы приверженности (прием лекарств и соблюдение советов по образу жизни)				X
Обучение пациента и расширение их возможностей				X
Вовлечение сообществ и ассоциации по диабету	X			
Положительные политические условия		X		

лицом, контролирующим свое состояние.

В целом, данное обучение призвано готовить медицинских работников с учетом тех условий, в которых они будут работать, будь это в столице – г. Бишкеке или в сельской местности. Это еще раз подчеркивает важность практического подхода к такому обучению. Например, не все необходимые лабораторные исследования при определенных заболеваниях будут доступны по всему Кыргызстану, следовательно, медицинские специалисты должны уметь вести данные состояния без необходимых исследований, оборудования и др.

На основании приведенного примера оценки диабета в стране можно сделать вывод, что медицинское образование в Кыргызстане нуждается в оптимизации и улучшении по многим аспектам. Это включает как клинические навыки, так и навыки межличностного общения, а также обучение вопросам общественного здравоохранения. Необходимо ответить на ключевые вопросы, касающиеся следующего:

- Кто предоставляет обучение?
- Как оно предоставляется?
- Как оценивается качество?
- Признается ли квалификация подготовленного врача и медсестры?

Поскольку в Кыргызстане постоянно проводятся реформы системы здравоохранения и имеются различные подходы, необходимо проводить новое обучение, которое в целом должно повлиять на организацию системы здравоохранения.

Таким образом, медицинское образование тесно связано и влияет на политику здравоохранения и нуждается в непрерывном развитии.

Настоятельно рекомендуется помнить, что цель обучения это улучшение качества медицинской помощи и оптимизация различных аспектов медицинского образования, направленная на достижение конечной цели по улучшению охраны здоровья населения Кыргызстана.

## Литература

1. Beaglehole R, Epping-Jordan J, Patel V, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008; 372(9642): 940-9.

2. WHO. General Principles of Good Chronic Care: Integrated Management of Adolescent and Adult Illness. Geneva: World Health Organization, 2004.

3. WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005.

4. Yach D, Hawkes C, Gould C, Hofman K. The Global Burden of Chronic Diseases. *JAMA* 2004; 291(2): 2616-22.

5. Nolte E, McKee M. Introduction. In: Nolte E, McKee M, eds. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead: Open University Press; 2008.

6. WHO. Kyrgyzstan Country Health Profile. 2013. <http://www.who.int/countries/kgz/en/> (accessed February 28 2013).

7. World Bank. Millennium Development Goals for Health in Europe and Central Asia. Washington D.C.: World Bank, 2004.

8. Akunov N, Ibraimov A, Akkazieva B, Pankova O, Jakkab M, Kojokeev K. Quality of treatment and prevention of cardiovascular diseases in the in the Kyrgyz Republic. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.

9. Young JH, Parler P, Bristol B, Klag MJ. The coming epidemic: hypertension in rural Kyrgyzstan. Central Asia. *J Hum Hypertens* 2005; 19(2): 145-8.

10. International Diabetes Federation. International Diabetes Federation Diabetes Atlas 3rd Edition. Brussels: International Diabetes Federation, 2006.

11. Jakab M, Lundeen E, Akkazieva B. Health System Effectiveness in Hypertension in Kyrgyzstan. Bishkek: Health Policy Analysis Unit, Center for Health System Development, 2007.

12. Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, Kutzin J. The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *Int J Health Plann Manage* 2004; 19(1): 43-61.

13. Beran D, Abdraimova A, Akkazieva B, McKee M, Balabanova D, Yudkin JS. Diabetes in Kyrgyzstan: changes between 2002 and 2009. *Int J Health Plann Manage* 2012.

14. Beran D, Yudkin J, de Courten M. Assessing health systems for insulin-requiring diabetes in sub-Saharan Africa: developing a 'Rapid Assessment Protocol for Insulin Access'. *BMC Health Services Research* 2006; 6(1): 17.

15. Abdraimova A, Beran D. Report on the Rapid Assessment Protocol for Insulin Access

in Kyrgyzstan. London: International Insulin Foundation, 2009.

16. WHO. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Geneva: World Health Organization, 2002.

17. Bury M. Chronic illness as a biographical disruption. *Social Health Illn* 1982; 4(2): 167-82.

18. Beran D. Health systems and the management of chronic diseases: lessons from Type 1 diabetes. *Diabetes Management* 2012; 2(4): 1-13.

19. Nolte E, Bain C, McKee M. Diabetes as a tracer condition in international benchmarking of health systems. *Diabetes Care* 2006; 29(5): 1007-11.

**СОВРЕМЕННАЯ ФИЗИОТЕРАПИЯ  
И ПРИНЦИПЫ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Саралинова Г.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кыргызко – Российский славянский университет им.Б.Н.Ельцина

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье изложены мнения ученых о патогенетическом обосновании назначения физических факторов в профилактике, лечении и реабилитации больных. Указаны основные понятия доказательной физиотерапии исходящие из общих принципов доказательной медицины.

**Ключевые слова:** физиотерапия, доказательная медицина.

**ФИЗИОТЕРАПИЯ ЖАНА ДАЛИЛДЕНГЕН МЕДИЦИНА  
ПРИНЦИПТЕРИ**

**Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Исраилова С.С., Саралинова Г.М.**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Кыргыз – Орус славян университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме.** Бул илимий макалада оорулууларды дарылоодо, алдын алууда жана кайра калыбына келтирүүдө физикалык факторлорду жазып берүүнүн патогенетикалык негиздери жөнүндөгү окумуштуулардын пикирлери келтирилген. Далилденген медицинанын жалпы принциптеринен келип чыккан далилденген физиотерапиянын негизги түшүнүктөрү берилген.

**Негизги сөздөр:** физиотерапия, далилденген медицина.

**MODERN PHYSICAL THERAPY AND PRINCIPLES OF  
EVIDENCE BASED MEDICINE**

**Alymkylov R.D., Smanova Dj.K., Israilova S.S., Saralinova G.M.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Kyrgyz – Russian Slavic University

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** In given article scientist's opinions about pathogenic use of physical factors in prevention of diseases treatment and rehabilitation are discussing. The evidence-based norms of physiotherapy, following from general rules of evidence –based medicine are present.

**Key words:** physical therapy, evidence-based medicine.

Одним из важных достижений отечественной медицины в XX веке можно считать широкое и активное использование с лечебной, профилактической и реабилитационной целью физических факторов. Предпосылкой к этому послужило то, что в стране почти одновременно и на единых подходах физиотерапия формировалась как наука, специализированная область здравоохранения, медицинская специальность и учебная дисциплина (Улащик В.С., 2003). По данным автора широкое и эффективное применение лечебных физических факторов прежде всего определяется их седативным, обезболивающим,

противовоспалительным, антиспастическим, десенсибилизирующим и противоотечным действием, активным влиянием на микроциркуляцию и реологию, периферическую и центральную гемодинамику, трофику тканей и обмен веществ, иммунобиологические и компенсаторно-приспособительные процессы, реактивность организма, а также возможность нормализации функций органов и систем. Вместе с тем, необходимо признать, что некоторые физиотерапевтические методики, вне сомнения, устарели или мало эффективны и должны быть изъяты из физиотерапевтической практики.

Совершенно справедливо пишет В.С. Улащик что прежде всего необходимо сделать основательную ревизию опубликованных и используемых физиотерапевтических методик. Следует расширить сравнительные исследования терапевтической эффективности известных методик, которые позволят ранжировать их по этому показателю. Естественно, лишь самые эффективные из них могут войти в стандарты лечения больных. Крайне важным в физиотерапии, как это уже делается в фармакотерапии, надо приступить к оценке наработанных (а тем более вновь разрабатываемых) методик и методов с позиций доказательной медицины.

В книге «Доказательная медицинская практика» вышедшей в Кыргызстане 2008 году, под редакцией А.З. Зурдинова и В.В Власова, говорится что доказательная медицина является способом медицинской практики, отличающимся использованием наиболее достоверных сведений для принятия обоснованных решений. Основная цель доказательной медицины – постоянное повышение эффективности оказываемых медицинских услуг по диагностике, лечению и профилактике заболеваний, а так же внедрение способов, ведущих к рациональному использованию ограниченных ресурсов. Авторы указывают, что по определению известных специалистов, доказательная медицина – сознательное и последовательное использование лучших доказанных результатов клинических исследований при лечении конкретного больного. В данном издании раскрыты основные аспекты доказательной медицины позволяющие помочь как практическим врачам так и научным работникам переступить важный порог освоения критической оценки научных работ, а это подготовит специалистов взаимодействовать со всем миром, с наилучшими и самыми сложными научными достижениями.

Касательно доказательной физиотерапии, по нашему мнению, основоположником данного направления в медицине является Г.Н. Понаморенко. Думаем с нами согласятся наши коллеги на всем постсоветском пространстве, что именно он в своих концептуальных статьях, а так же монографиях определил основные постулаты доказательной физиотерапии, вышедшие естественно из недр доказательной медицины в целом. Вот некоторые из них.

Доказательная физиотерапия, раздел

физиотерапии, связанный с применением в лечении больных только тех физических методов, эффективность которых доказана в доброкачественных исследованиях.

Доказательная физиотерапия – сознательное, четкое и рассудительное использование имеющихся лучших доказательств для принятия решения об использовании лечебных физических факторов конкретному пациенту.

Базовыми понятиями доказательной физиотерапии являются достоверность и эффективность лечения.

Достоверность – степень, с которой данные исследования отражают истинную связь между лечебными физическими факторами и исследуемыми лечебными эффектами у испытуемых.

Эффективность – частота доказанных положительных случаев (результатов) лечения при определенном заболевании.

Использование принципов доказательной медицины в физиотерапии позволяет уменьшить или полностью устранить применение неэффективных стратегий лечения, которые используются недостаточно, несмотря на наличие доказательств.

Применение концепции доказательной медицины в физиотерапии, по определению Г.Н. Понаморенко (2004; 2011), позволит ей перейти на новый этап своего развития. И чем раньше исследователи начнут применять методы доказательной физиотерапии в своей практике, тем быстрее получат реальную пользу.

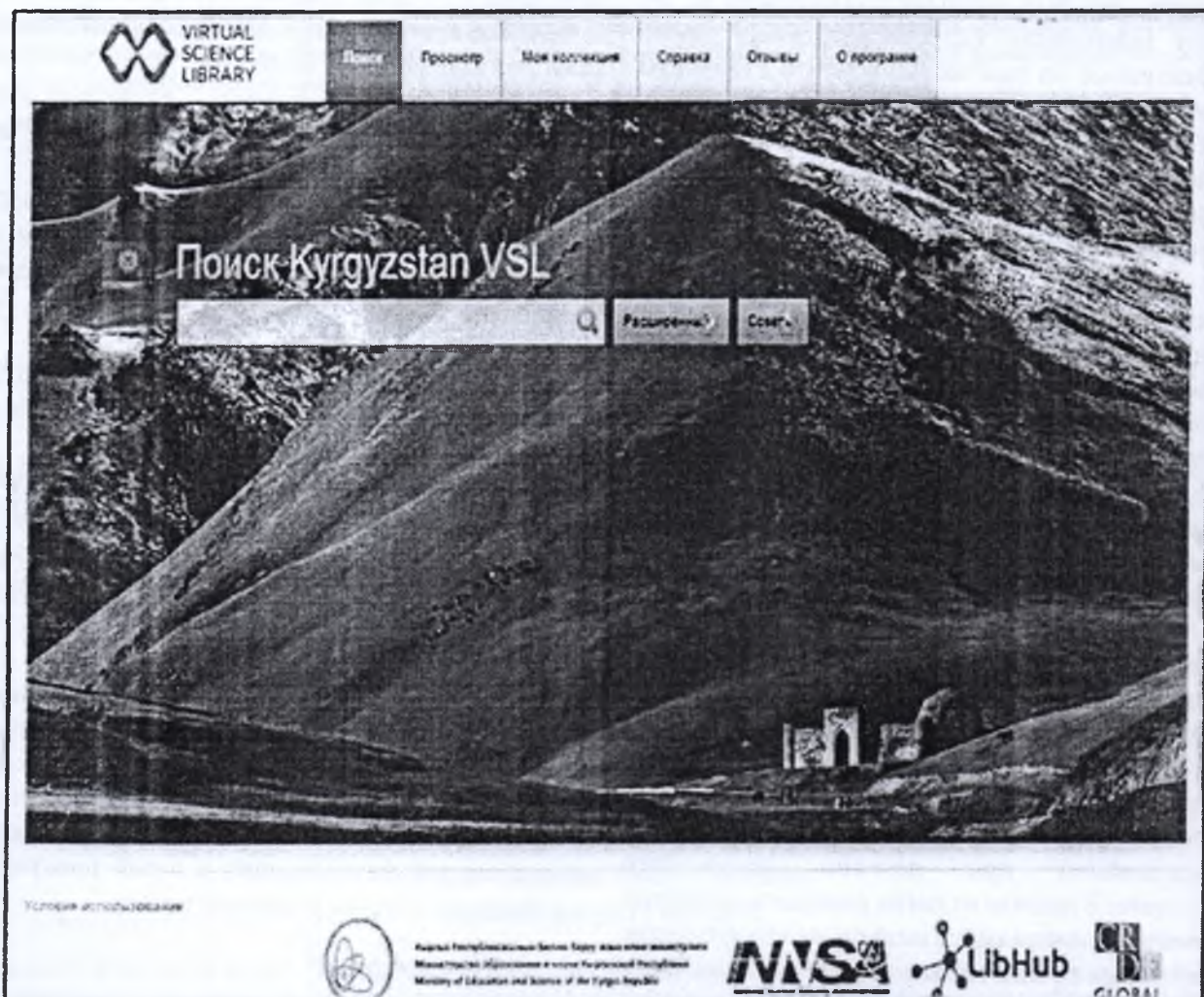
### Литература

1. Доказательная медицинская практика // учебное пособие для студентов, аспирантов, клинических ординаторов и врачей.- Бишкек, 2008 – 192с./ Под общей редакцией А.З. Зурдинова и В.В. Власова
2. Улащик В.С. Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2003. - № 1. – С. 9 - 18.
3. Улащик В.С. Трансдермальные физиотерапевтические системы и их лечебное использование // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация. – 2009. - № 2. – С. 3 – 10.
4. Понаморенко Г.Н. Принципы доказатель-



ной медицины в физиотерапии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. – 2004. – № 2. – С. 46 - 53.

5. Понаморенко Г.Н. Доказательная физиотерапия // Монография. С.Петербург, 2011. – 176с



## **ВРОЖДЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В УКРАИНЕ И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА**

**\*Тимченко О.И., \*Линчак О.В., \*Омельченко Э.М., \*\*Процюк О.В., \*\*Поканевич Т.М., \*\*\*Галаган В.А., \*Полька Е.А., \*\*\*\*Сизоненко О.В., \*\*\*\*Максиян О.И., \*Качко Г.А., \*\*\*\*\*Позмогова Н.В., \*Педан Л.Р.**

**\*Государственное учреждение «Институт гигиены и медицинской экологии им. А.Н. Марзеева Национальной академии медицинских наук Украины»,**

**\*\*Коммунальное учреждение «Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка»,**

**\*\*\*Национальная детская специализированная больница «ОХМАТДЕТ» МЗ Украины,**

**\*\*\*\*Областной центр антенатальной охраны плода и медицинской генетики областного медико-диагностического центра главного управления здравоохранения**

**Черновицкой областной государственной администрации,**

**\*\*\*\*\*Запорожский национальный университет**

**Резюме:** Задачи исследования состояли в рассмотрении распространенности врожденных пороков (ВПР) развития среди новорожденных в областях Украины, выявлении факторов риска их возникновения, оценке эффективности методов первичной и вторичной профилактики.

По данным МЗ Украины рассчитана частота ВПР среди живо-, мертворожденных и плодов, абортированных вследствие ВПР, за 2002-2011 гг. Проведено эпидемиологическое исследование «случай-контроль».

Распространенность ВПР среди живо-, мертворожденных и абортот по генетическим показателям составила (26,83±0,08) % за 2002-2011 гг. и колебалась по областям. Выделены приоритетные факторы возникновения ВПР– хроническая инфекционная и неинфекционная, в т.ч. эндокринная, патология матери, ее курение, профессиональные вредности и возраст. Показана эффективность первичной и вторичной профилактики ВПР.

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, распространенность, факторы риска, первичная и вторичная профилактика.

## **CONGENITAL PATHOLOGY OF NEWBORNS IN UKRAINE AND ITS PROPHYLAXIS**

**\*Tymchenko O.I., \*Lynchak O.V., \*Omelchenko E.M., \*\*Prociuk O.V., \*\*Pokanevych T.M., \*\*\* Galagan V.O., \*Polka E.A., \*\*\*\*Syzyonenko O.V., \*\*\*\*Maksian O.I., \*Kachko G.A., \*\*\*\*\*Pozmogova N.V., \*Pedan L.R.**

**State Institution “The Institute of Hygiene and Medical Ecology, named after A.N.Marzeev of National Academy of Medical Sciences of Ukraine”,**

**\*\*Municipal Institution “Kyiv Region Center of Mother and Baby Healthcare”,**

**\*\*\*National children’s specialized hospital “OKHMATDET” of MZ of Ukraine.**

**\*\*\*\*Regional Center of Fetal Antenatal Healthcare and Medical Genetics of Regional Medical and Diagnostic Center of Chief Healthcare Administration of Chernivtsi Oblast State Direction,**

**\*\*\*\*\*Zaporizhzhya National University**

**Resume:** The investigation tasks were to observe congenital malformation prevalence in the regions of Ukraine, to indicate their risk factors and to estimate the efficacy of their primary and secondary prophylaxis.

According to the Ministry of Healthcare data the frequency of congenital malformations was estimated among born alive, still-borne and genetically caused abortions during 2002-2011. Case-control study was performed.

Congenital malformations prevalence among born alive, still-borne and genetically caused abortions was (26,83±0,08) % during 2002-2011, it was fluctuated in different regions. Congenital malformations priority risk factors were underlined; they were mother’s chronicle infectious and non-infectious diseases (including endocrine diseases), smoking, professional hazards and age. The efficacy of congenital malformations primary and secondary prophylaxis was shown.

**Key words:** congenital malformations, prevalence, risk factors, primary and secondary prophylaxis.

Рождение здорового ребенка было и остается одной из главных задач системы здравоохранения в Украине. Для этого используются все возможные пути профилактики рождения детей с врожденными пороками развития (ВПР) как до, так и во время беременности.

Сегодня ВПР среди новорожденных представляют большую государственную проблему. Лечение врожденной патологии не всегда возможно в силу отсутствия или недостаточного развития соответствующих медицинских технологий и лекарств. Оно также может быть недоступно для широких слоев населения, что очень актуально

для Украины, уровни заработной платы в которой низкие, а пятая часть населения по данным Госкомстата проживает за чертой бедности. Наконец, предупреждение возникновения врожденной патологии, которая часто выступает причиной инвалидности или преждевременной смерти, выглядит намного этичнее, чем ее лечение. Для предупреждения рождения детей с ВПР следует использовать все возможные методы первичной и вторичной профилактики.

В связи с этим задачи настоящей работы состояли в рассмотрении частоты возникновения ВПР в областях Украины, выявлении факторов риска возникновения патологии, оценке эффективности применяемых методов первичной и вторичной профилактики.

**Материалы и методы.** Для определения распространенности ВПР среди новорожденных (по Международной статистической классификации заболеваний десятого пере-

смотра), а также для оценки эффективности методов пренатальной диагностики рассматривали данные Министерства здравоохранения Украины (ф. 49-здоров «Отчет медико-генетического центра (консультации, кабинета)») за 2002-2011 гг., которые содержали сведения о количестве детей с ВПР, рожденных живыми и мертвыми, количестве беременностей, прерванных в связи с пренатальным выявлением ВПР у плода и количестве обследований с применением различных методов пренатальной диагностики. Пользовались также данными из ф. 21-здоров «Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родившим», откуда взято количество детей, родившихся живыми и мертвыми, и количество родов.

Распространенность ВПР среди живо-, мертворожденных и плодов, абортированных по причине ВПР, рассчитывали как:

Количество ВПР среди живо-,  
мертворожденных и плодов, абортированных  
по генетическим причинам, за год

$$\text{Распространенность ВПР} = \frac{\text{Количество живо-, мертворожденных и плодов, абортированных по генетическим причинам, за этот же год}}{\text{Численность детей, рожденных живыми, за 2002-2011 гг. составила 4542108, мертвыми — 45784, абортированных плодов — 17443. Рассматривали 123552 случая ВПР, диагностированных у живо-, мертворожденных детей и абортированных плодов (диагнозы были верифицированы врачами-генетиками в областных медико-генетических центрах, в последнем случае при их совместной работе с патологоанатомами).}$$

Для установления факторов риска возникновения ВПР проводили эпидемиологическое исследование типа «случай-контроль». На ребенка с ВПР неонатологи родильного дома заполняли вопросник. На каждый случай рождения ребенка с ВПР в том же родильном доме в течение недели заполняли вопросник на здорового доношенного ребенка того же пола. Возраст матерей в обоих случаях не отличался. Таким образом, контрольная группа сформирована в тот же временной период из той же популяции. Пациенты согласились принимать участие в исследовании, но при заполнении

опросников ни пациентам, ни врачам не была известна конечная цель исследования.

Содержание опросников введено в базу данных, которая содержала записи относительно младенцев с врожденной патологией и рождения здоровых детей на территории Киевской (1999-2003 гг., а также 2009-2012 гг.) Черновицкой (1999-2003 гг.), Ивано-Франковской (1999-2003 гг.), Запорожской (2005-2008 гг.) областей и г. Киева (1999-2002 гг.). Правильность введения в компьютерный реестр контролировалась.

Исследовали влияние возраста матери, внешних факторов, например, профессиональных вредностей физического, химического и биологического происхождения. Учитывали хронические инфекции (туберкулез, стафилококковая, стрептококковая, гонококковая, трихомонадная, листериоз, токсоплазмоз, микоплазмоз, цитомегалия, герпес) — общепризнано, что они являются фактором риска врожденной патологии плода. Рассматривали влияние хронической экстрагенитальной патологии (гипертоническая

болезнь, бронхиальная астма, ревматизм, язвенная болезнь, нервно-психические, эндокринные болезни), которые по данным Государственного комитета статистики распространены в Украине среди женщин репродуктивного возраста [1-3]. Проанализировано 3934 опросника, заполненных в г. Киеве, 2074 – в Черновицкой, 1861 – в Ивано-Франковской, 2110 за 1999-2003 гг. и 607 за 2009-2011 гг. – в Киевской, 1406 – в Запорожской областях.

Рассчитывали отношение шансов (ОШ) при 95 % доверительном интервале (ДИ).

### Результаты и их обсуждение

Распространенность ВПР среди живорожденных и абортных по генетическим

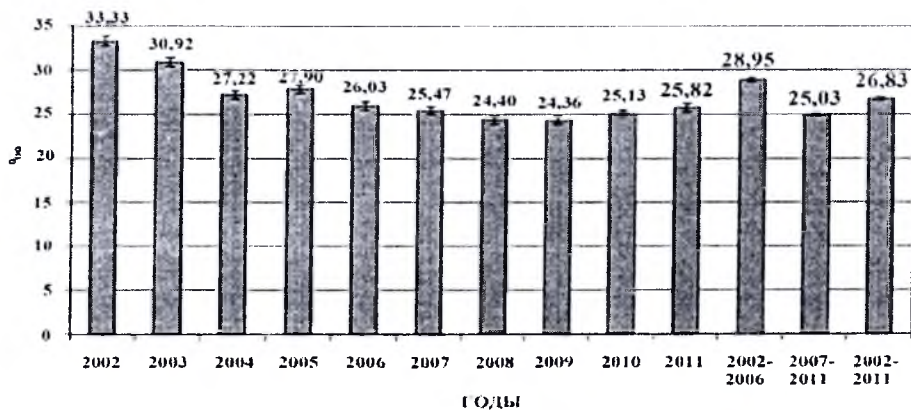
показаниям равнялась ( $26,83 \pm 0,08$ ) % за весь период наблюдения. С течением времени она уменьшилась с ( $33,33 \pm 0,29$ ) % в 2002 г. до ( $24,36 \pm 0,22$ ) % в 2009 г., с последующим возрастанием до ( $25,82 \pm 0,22$ ) % в 2011 г. (рис.1).

Колебания частоты ВПР среди живорожденных и абортированных по генетическим причинам плодов в областях представлены в табл. 1.

Таким образом, в Украине наблюдается определенный диапазон колебаний распространенности врожденной патологии. Если сравнивать полученные частоты с данными европейской системы регистров, то можно отметить, что частоты, в основном, сопоставимы

**Таблица 1. – Распространенность врожденных пороков развития среди живорожденных и абортированных по генетическим причинам плодов в областях Украины, 2002-2011 гг., %**

Территория	Годы		
	2002-2006	2007-2011	2002-2011
АР Крым	25,91±0,11	26,30±0,10	26,13±0,07
Винницкая	31,64±0,12	22,93±0,09	26,96±0,08
Волынская	41,33±0,14	35,80±0,12	38,32±0,09
Днепропетровская	21,62±0,10	21,36±0,09	21,48±0,07
Донецкая	22,60±0,10	20,23±0,09	21,31±0,07
Житомирская	23,34±0,10	23,76±0,10	23,57±0,07
Закарпатская	19,07±0,09	19,19±0,09	19,13±0,06
Запорожская	15,89±0,09	14,61±0,08	15,20±0,06
Ивано-Франковская	27,44±0,11	27,14±0,10	27,28±0,08
Киевская	29,22±0,12	20,01±0,09	23,99±0,07
Кировоградская	22,83±0,10	16,03±0,08	19,22±0,06
Луганская	25,14±0,11	25,22±0,10	25,19±0,07
Львовская	37,34±0,13	26,45±0,10	31,59±0,08
Николаевская	14,30±0,08	19,59±0,09	17,19±0,06
Олесская	22,77±0,10	21,23±0,09	21,93±0,07
Полтавская	37,06±0,13	33,07±0,11	34,91±0,09
Ровненская	42,82±0,14	39,22±0,12	40,83±0,09
Сумская	27,99±0,11	27,43±0,10	27,69±0,08
Тернопольская	32,81±0,12	25,84±0,10	29,16±0,08
Харьковская	60,93±0,16	36,04±0,12	47,39±0,10
Херсонская	32,26±0,12	42,20±0,13	37,57±0,09
Хмельницкая	35,09±0,13	38,23±0,12	36,79±0,09
Черкасская	29,74±0,12	26,10±0,10	27,80±0,08
Черновицкая	35,15±0,13	39,28±0,12	37,34±0,09
Черниговская	27,28±0,11	27,57±0,10	27,44±0,08
г. Киев	20,50±0,10	8,85±0,06	14,17±0,06
г. Севастополь	30,82±0,12	27,35±0,10	28,95±0,08
Украина	28,95±0,12	25,03±0,10	26,08



**Рис. 1. Распространенность врожденных пороков развития среди живорожденных и мертворожденных и абортированных по генетическим причинам плодов, Украина, 2002-2011 гг., ‰**

[4-6]. Разница в частотах может быть обусловлена действием как генетических, так и внешних факторов. Среди причин выявленных различий не последнее место могут также занимать: доступность медико-генетической помощи, качество и полнота диагностики, точность учета патологии, влияние мероприятий первичной и вторичной профилактики [7].

Вышеприведенные материалы не дают возможности объяснить колебания частоты в областях одной конкретной причиной, что оставляет простор для будущих исследований.

Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в разных областях Украины в течение последних 10-15 лет, позволили выделить приоритетные факторы, влияющие на возникновение врожденной патологии (табл. 2). Анализ свидетельствует, что в 1999-2003 гг. наиболее значимыми факторами, влияющими на возникновение ВПР практически на всех территориях, были хронические инфекционные и хронические экстрагенитальные заболевания, в основном, матери. Вероятность рождения ребенка с ВПР существенно повышали также курение матери и ее профессиональные вредности. Обращает на себя внимание риск от злоупотребления алкоголем мужчин Запорожской области. Наличие эндокринных заболеваний в анамнезе матери повышало риск развития у плода ВПР мочеполовой системы (табл. 3).

При сравнении данных, полученных в 1999-2003 гг. и 2009-2011 гг. среди населения Киевской области (табл. 5 и 6), в последние годы отмечено только влияние курения и хронических экстрагенитальных заболеваний

матери. Следует подчеркнуть, что с момента выявления приоритетных факторов риска Управление здравоохранения Киевской областной государственной администрации уделяло предупреждению их влияния на семьи репродуктивного возраста очень большое внимание. Внедренная в Киевской области система профилактики позволила в 1,3 раза снизить уровень репродуктивных потерь среди зарегистрированных беременностей [8].

Отмечено также значение возраста матери в возникновении ВПР как до 20, так и после 35 лет. Полученные данные требуют усиления целенаправленного просвещения населения, особенно молодежи. Как известно, профилактика врожденной патологии у новорожденных может быть первичной и вторичной. Первичная профилактика заключается в удалении факторов риска из среды обитания или, по крайней мере, уменьшении их влияния, что в той или иной мере регламентируется законодательством и нормативными документами в сфере экологии и гигиены при их соблюдении. При условии повышения внимания к здоровью населения репродуктивного возраста, особенно женщин, на государственном и индивидуальном уровне, увеличении удельного веса планируемой беременности, своевременной преконцепционной подготовке первичная профилактика достаточно эффективна. Особенно важно, что она этична и не вступает в противоречие с моральными и религиозными постулатами.

В настоящее время также существует возможность усиления санитарно-просветительной работы при преподавании такого предмета

**Таблица 2. – Риск рождения ребенка с врожденным пороком развития в зависимости от влияния факторов**

Фактор	Женщины			Мужчины		
	*ОШ	**ДИ	р	ОШ	ДИ	р
г. Киев, 1999-2003 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	1,66	1,35-2,06	<0,001	2,57	1,68-3,97	<0,001
Хронические экстрагенитальные заболевания	1,97	1,61-2,42	<0,001	1,47	1,13-1,91	<0,01
Курение	1,45	1,19-1,76	<0,001	1,30	1,14-1,49	<0,001
Профессиональные вредности	1,68	1,35-2,10	<0,001	1,56	1,27-1,93	<0,001
Ивано-Франковская область, 1999-2003 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	3,60	2,24-5,85	<0,001	3,84	1,21-13,61	<0,05
Хронические экстрагенитальные заболевания	3,50	2,45-5,01	<0,001	1,73	1,02-2,96	<0,05
Курение	3,48	2,16-5,66	<0,001	1,18	1,02-1,37	<0,05
Профессиональные вредности	3,49	1,87-6,63	<0,001	1,67	1,07-2,62	<0,05
Черновицкая область, 1999-2003 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	2,40	1,50-3,85	<0,001	3,18	0,81-14,60	0,12
Хронические экстрагенитальные заболевания	1,88	1,48-2,39	<0,001	3,13	1,41-7,15	<0,01
Курение	1,10	0,79-1,53	0,61	0,90	0,75-1,09	0,31
Профессиональные вредности	3,90	1,72-9,20	<0,001	1,50	0,96-2,40	0,09
Киевская область, 1999-2003 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	1,66	1,35-2,06	<0,001	2,57	1,68-3,97	<0,001
Хронические экстрагенитальные заболевания	1,79	1,43-2,25	<0,001	1,25	0,88-1,79	0,23
Курение	2,00	1,47-2,71	<0,001	1,00	0,84-1,20	0,98
Профессиональные вредности	1,45	1,03-2,06	<0,05	1,36	1,06-1,75	<0,05
Киевская область, 2009-2012 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	1,40	0,61-3,20	0,51	1,06	0,17-6,61	0,73
Хронические экстрагенитальные заболевания	2,15	1,15-4,05	<0,05	1,49	0,42-5,46	0,70
Курение	2,16	1,24-3,81	<0,01	1,09	0,78-1,53	0,66
Профессиональные вредности	2,31	0,87-6,34	0,10	2,21	0,96-5,17	0,06
Запорожская область, 2005-2008 гг.						
Хронические инфекционные заболевания	2,11	1,27-3,52	<0,01	0,69	0,16-2,77	0,79
Хронические экстрагенитальные заболевания	1,98	1,39-2,83	<0,001	2,58	1,35-4,97	<0,01
Курение	1,86	1,30-2,66	<0,001	1,11	0,88-1,40	0,41
Профессиональные вредности	2,00	1,18-3,38	<0,01	1,71	1,09-2,67	<0,05

\*ОШ - отношение шансов; \*\*ДИ – доверительный интервал

**Таблица 3.**  
– Риск рождения ребенка с врожденной патологией мочеполовой системы при эндокринной патологии в анамнезе матери, 1999-2003 гг.

Территория	ОШ	ДИ	Р
г. Киев	3,15	1,75-3,82	<0,001
Ивано-Франковская область	3,94	2,29-6,88	<0,001
Черновицкая область	1,36	0,98-1,90	0,08
Киевская область	1,27	1,00-1,60	<0,05

как валеология и в школах, и в педагогических университетах.

Что касается вторичной профилактики, т.е. выявления и дальнейшей элиминации плода с патологией, которая вызывает у будущего ребенка тяжелую инвалидность или вообще не совместима с жизнью, то такая профилактика требует наличия в стране развитой системы пренатальной диагностики. Для выявления ВПР, определения адекватной тактики ведения беременности и последующей коррекции выявленных ВПР в стране проводится обязательный ультразвуковой скрининг плода (в первом и во втором триместре), который, благодаря новым ультразвуковым технологиям, выявлению новых ультразвуковых маркеров хромосомных синдромов позволяет своевременно диагностировать значительную часть ВПР. Считается, что выполнение опытными специалистами ультразвуковых исследований (УЗИ) в адекватные сроки беременности, в соответствии с существующими протоколами и на аппаратах с высокой разрешающей способностью позволяет выявить от 80 до 98 % плодов с анатомическими пороками и маркеры хромосомной патологии, что снижает частоту ложноположительных результатов и необходимость проведения инвазивной диагностики [9].

В Украине двухразовым УЗИ охвачено 97,49 % беременных, зарегистрированных в медицинских учреждениях (рис. 2).

Однако, часть женщин не обращаются в дородовом периоде за медицинской помощью и, следовательно, не попадают в поле действия скрининговых программ. По данным МЗ Украины за 2002-2011 гг. это составило 0,33% всех беременных женщин (около 1450 человек ежегодно) (рис. 3). Наибольшая часть женщин, которые не посещают врача в дородовом периоде, проживает в южной и юго-восточной части страны.

Чтобы понять причины игнорирования женщинами медицинской помощи и определить возможность повышения охвата беременных, определяли некоторые социальные черты этого контингента женщин. Рассматривали место их проживания (село или город), возрастную структуру, уровень образования, отягощенность хроническими инфекционными (СПИД, туберкулез и др.) и неинфекционными (сердечно-сосудистыми, неврологическими, эндокринными

и др.) заболеваниями и т.п.

По данным проведенного в г. Киеве, Киевской, Ивано-Франковской, Черновицкой и Запорожской областей эпидемиологического (случай-контроль) исследования на учете в женской консультации состояло больше 90 % беременных. Рассмотрение социальных особенностей групп женщин, которые не считали необходимым во время беременности находиться под медицинским наблюдением, свидетельствует, что разница между городскими и сельскими женщинами отсутствует. Удельный вес женщин, находящихся на учете и родивших здорового ребенка или ребенка с ВПР, не отличался между собой за исключением Запорожской области, в которой величина части женщин, которые родили ребенка с ВПР и состояли на учете в женской консультации, была меньше в сравнении с теми, кто родил здорового ребенка. При этом разница отмечена в городских поселениях Запорожской области (91,64% против 95,03% соответственно,  $p < 0,05$ ).

Установлено, что женщины, не пользующиеся медицинской помощью во время беременности, находятся в репродуктивно неблагоприятном возрасте, имеют низкий уровень образования, курят. Полученные сведения дают основания считать эту когорту женщин группой риска относительно осложнений беременности и рождения нездорового ребенка. Профилактические мероприятия внутри этой группы, если таковые удастся выполнить, будут способствовать уменьшению вероятности рождения больного ребенка.

Как известно, при подозрении на наличие ВПР и особенно хромосомных заболеваний у плода проводится биохимический скрининг маркерных белков в сыворотке крови беременной. К маркерным белкам, обнаружение которых позволяет сформировать группу беременных высокого риска рождения детей с хромосомными болезнями или ВПР, относятся альфа-фетопротеин (АФП), хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), свободная альфа- или бета- субъединицы ХГЧ, свободный (неконъюгированный) эстриол (НЭ), трофобластический бета-гликопротеин, ингибин А и др. [9].

В целом за 2002-2012 гг. приблизительно каждой второй случай определения АФП и ХГЧ и в 42,2 % случаев НЭ осуществлялся по направлению врача-генетика (рис. 4).

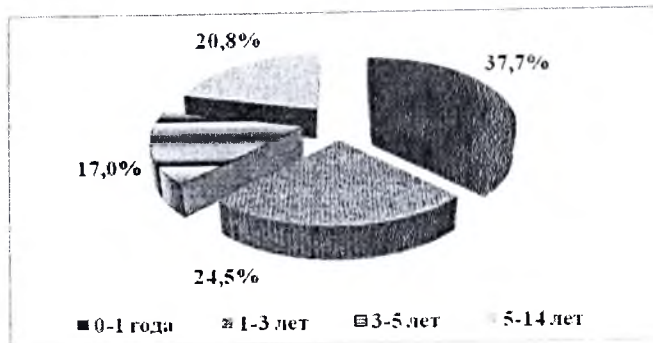


Рис. 2. Охват беременных двухразовым ультразвуковым исследованием до 22 недель гестации, 2002-2012 гг., Украина

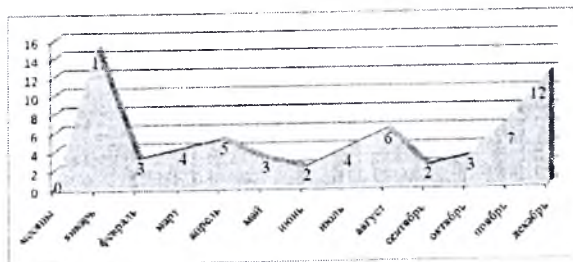


Рис. 3. Удельный вес женщин, которые не посещали врача во время беременности, среди всех беременных, Украина, 2002-2011 гг.

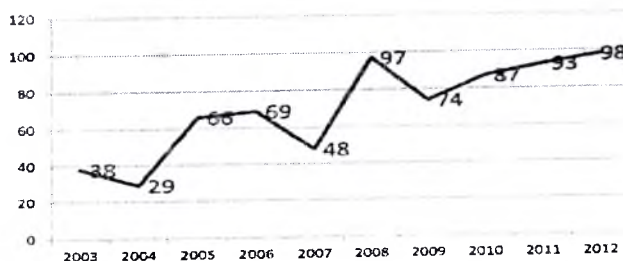


Рис. 4. Удельный вес исследований в генетической сети, % от всех исследований, 2002-2012 гг., Украина

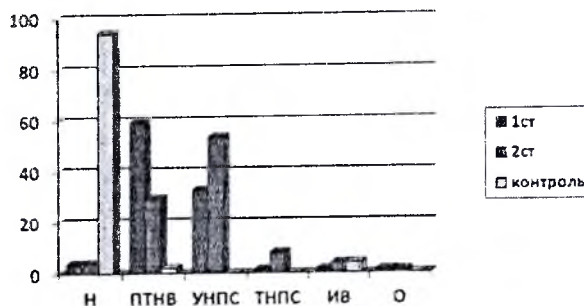


Рис. 5. Удельный вес отклонений от нормы в содержании маркерных белков, % от обследованных, 2002-2012 гг., Украина



Отклонения от нормы в содержании маркерных белков выявлены в 6,2 % для АФП, 8,5% для ХГЧ и 4,3 % для НЭ (рис. 5).

Удельный вес отклонений в содержании маркерных белков, подтвержденных другими методами, составил от 11,4 до 14,9 % (рис. 6).

При этом, следует отметить, что биохимический, как и любой другой скрининг нельзя назвать диагностическим тестом, скрининг применяется только для формирования

группы риска возникновения той или иной патологии.

Использование инвазивных методов пренатальной диагностики (биопсия ворсин хориона или плаценты, амнио- и кордоцентез) в Украине представлено на рис. 7.

В конечном итоге за 2002-2012 гг. по генетическим показаниям со стороны плода при использовании различных методов пренатальной диагностики было прервано 17443 беременности,

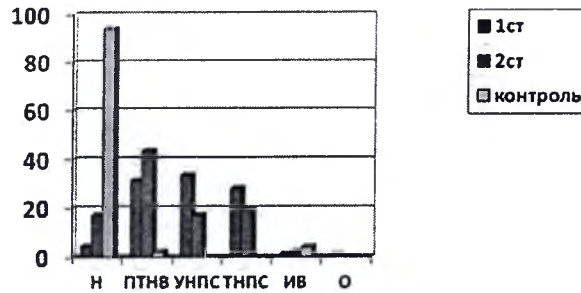


Рис. 6. Удельный вес отклонений в содержании маркерных белков, подтвержденных другими методами, % от обнаруженных отклонений, 2002-2012 гг., Украина

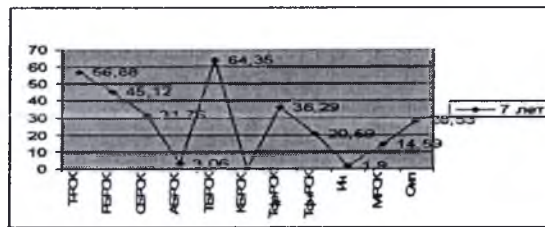


Рис. 7. Количество исследований с помощью методов инвазивной пренатальной диагностики, 2002-2012 гг., Украина

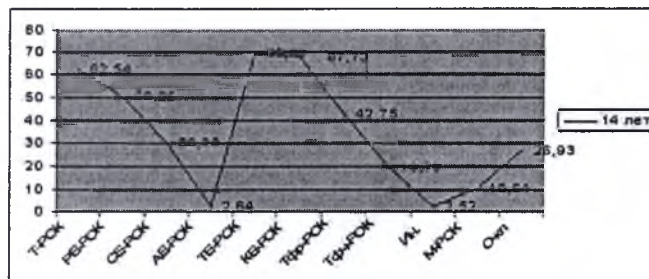


Рис. 8. Структура врожденных пороков развития среди живо-, мертворожденных и элиминированных плодов, 2002-2011, Украина, %

диагноз ВПР был подтвержден патологоанатомом в 98,08 % случаев. То-есть, элиминированы были 13,85 % ВПР из 100 выявленных среди живо-, мертворожденных и элиминированных плодов. Что касается ВПР отдельных рубрик и нозологий, то вклад удаленных плодов с ВПР представлен на рис. 8.

Так, удельный вес ВПР среди элиминированных плодов для ВПР нервной системы и наследственных заболеваний скелета составил почти две трети, для множественных пороков и дефекта брюшной стенки – почти половина среди ВПР у живо-, мертворожденных и элиминированных плодов.

### Выводы.

1. Распространенность ВПР среди живо-, мертворожденных и абортных по генетическим показателям за 2002-2011 гг. в Украине равнялась (26,83±0,08) %.

2. Результаты эпидемиологических исследований, проведенных в разных областях Украины в течение последних 10-15 лет, позволили выделить приоритетные факторы, влияющие на возникновение врожденной патологии – хронические инфекционные и хронические экстрагенитальные, в т.ч. эндокринные заболевания, профессиональные вредности и курение, в основном, матери.

3. По данным МЗ Украины за 2002-2011 гг. 0,33% всех беременных не обращаются в дородовом периоде за медицинской помощью. Показано, что эти женщины являются группой риска относительно осложнений беременности и рождения больного ребенка благодаря преобладанию в группе лиц репродуктивно неблагоприятного возраста с низким уровнем образования, курящих.

4. За 2002-2012 гг. в Украине удельный вес отклонений от нормы в содержании маркерных белков составил 6,2 % для АФП, 8,5% для ХГЧ и 4,3 % для НЭ. При этом удельный вес отклонений в содержании маркерных белков, подтвержденных другими методами, составил 11,4; 12,2 и 14,9 % соответственно.

5. За 2002-2012 гг. в Украине по генетическим

показаниям со стороны плода было прервано 17443 беременности. В целом, было элиминировано 13,85 плодов с патологией из 100 выявленных ВПР среди живо-, мертворожденных и элиминированных плодов.

### Литература

1. Negro-Vilar A. Stress and other environmental factors affecting fertility in men and women: overview / A. Negro-Vilar // Environ. Health Perspect. – 1993. – V. 101, Suppl. 2. – P. 59-64.

2. A Review of Environmental Risk Factors for Congenital Anomalies. [www.eurocat.ulster.ac.uk/pubdata](http://www.eurocat.ulster.ac.uk/pubdata).

3. Здоровье населения Украины: влияние генетических процессов / А.М Сердюк, О.И. Тимченко, В.В. Елагин [ и др.] // Журнал АМН Украины. – 2007. Т. 13, № 1. – С. 78-92 (укр.).

4. EUROCAT Surveillance of congenital anomalies in Europe, 1980-1999: EUROCAT Report 8. – University of Ulster, 2002. – 280 p.

5. EUROCAT Statistical Monitoring Report – 2007 (Uploaded to EUROCAT website May 2010). [www.eurocat-network.eu](http://www.eurocat-network.eu).

6. EUROCAT Statistical Monitoring Report – 2009 (Uploaded to EUROCAT website January 2012) [www.eurocat-network.eu](http://www.eurocat-network.eu)

7. Генофонд и здоровье населения: методология оценки риска от мутагенов окружающей среды, пути профилактики генетической обусловленной патологии / А.М. Сердюк, О.И. Тимченко, Н.Г. Гойда [ и др.]. – К., 2003. – 191 с. (укр.)

8. Елагин В.В. Научные основы усовершенствования медико-генетической помощи населению Украины: автореф. дис. на соискание ученой степени д.мед. наук.: спец.: 14.02.03 „социальная медицина” / В.В. Елагин – К., 2005. – 40 с. (укр.).

9. Пренатальная диагностика наследственных и врожденных болезней / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.С.Баранова. – М.: МЕДпресс-инфор, 2007. – 416 с.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Сулайманова Н.Э., Жакеева А.К., Раимбердиева А.Р., Мамбетова М.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия И. К. Ахунбаева,  
кафедра детских инфекционных болезней,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен анализ историй болезни 66 детей, больных ветряной оспой. Выявлены клинические особенности течения заболевания у детей раннего возраста.

**Ключевые слова:** ветряная оспа, сыпь, диагностика, лечение.

## **ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДЫН СУУ ЧЕЧЕК ДАРТЫНЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ**

**Сулайманова Н.Э., Жакеева А.К., Раимбердиева А.Р., Мамбетова М.К.**

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

**Кортундуу:** Бул илимий жумушта 66 баланын оорулуунун баракчасы изилденген. Суу чечек дартынын клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчлүктөрү такталды.

**Ачык сөздөр:** Суу чечек дарты, тактар, дартты аныктоо, дарылоо.

## **CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF CHICKENPOX IN CHILDREN**

**Sulaimanova N.E., Gakeeva A.K., Raimberdieva A.R., Mambetova M.K.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Department of Children's Infectious Diseases,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** 66 history cases analyses of children have been conducted who were ill by chickenpox.

**Key words:** chickenpox or varicella, rash, diagnosis, treatment.

Впервые ветряная оспа была описана Г. Видиусом, итальянским врачом, в середине XVI столетия. Ветряная оспа – чрезвычайно контагиозное (восприимчивость составляет 100%) острое инфекционное заболевание, сопровождающее лихорадкой и характерными пузырьковыми высыпаниями на коже и слизистых оболочках. Возбудителем ветряной оспы является ДНК-содержащий вирус герпеса 3-го типа *Varicella-zoster*, обуславливающий развитие двух заболеваний: ветряной оспы при первом контакте с вирусом и опоясывающего лишая при реактивации вируса.

В настоящее время ветряная оспа является одной из самых распространенных инфекций в мире. По заболеваемости среди капельных

инфекций ветряной оспе принадлежит одно из первых мест. Наибольшая заболеваемость ветряной оспой отмечается среди детей раннего и дошкольного возраста (80,0%). Так, по данным России заболеваемость среди детей 1-2 года в 1999 г. составила 2015,3 на 100 тыс. детского населения, в 2008 г. – 3011,0. На высоком уровне ветряная оспа регистрируется также среди детей дошкольного возраста 3-6 лет: 1999 г. - 4657; 2008г. - 7650,7 на 100 тыс. детского населения. В последние годы в России наблюдается рост общей заболеваемости ветряной оспой, увеличилась более чем в 1,8 раза. Ежегодно регистрируется не менее 800 000 случаев заболевания ветряной оспой. По эпидемическим показателям (высокая заболеваемость детского населения, регистрация

летальных исходов) с 2009 года вакцинация против ветряной оспы была включена в Региональный календарь профилактических прививок и Региональный календарь прививок г. Москвы [1, 3].

Дети первых месяцев жизни практически не болеют ветряной оспой в связи с наличием пассивного иммунитета (антител к вирусу ветряной оспы, полученные трансплацентарно от матери). В случае отсутствия иммунитета у матери, ветряной оспой могут болеть новорожденные.

Неонатальная ветряная оспа поражает новорожденных при инфицировании матери вирусом на поздних сроках беременности, нередко с развитием тяжелых висцеральных форм болезни (появление высыпаний за 5 дней до и через 2 дня после родов). Летальность в этом случае составляет до 30,0%. Особенно высок риск развития тяжелых атипичных форм заболевания у детей с иммунодефицитным состоянием на фоне иммуносупрессивной терапии, у ВИЧ-инфицированных лиц.

Актуальность этой неуправляемой инфекции обусловлена также внутрибольничным распространением, тяжестью клинических проявлений и осложнений (энцефалит, синдром Гийена-Барре, неврит зрительного нерва, синдром Рейе и др.) [2].

Вышеуказанные данные требуют не только широкого внедрения в практику специфической иммунопрофилактики, особенно среди иммунокомпрометированных детей, но и поиска новых эффективных средств, которые могут быть использованы при лечении ветряной оспы.

**Целью** нашей работы явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей ветряной оспы у детей раннего возраста на современном этапе.

### Материалы и методы

За период 2011 г. в специализированное отделение Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) было госпитализировано 106 детей в возрасте от 0-14 лет, больных ветряной оспой. Нами проведен ретроспективный анализ 66 (из 106 историй) историй детей раннего возраста (от 0-3-х лет), больных ветряной оспой.

Всем больным были проведены общеклинические, по показаниям допол-

нительные исследования.

Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

### Результаты и обсуждение

По данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г.Бишкек, заболеваемость ветряной оспой среди госпитализированных детей в последние годы имеет неуклонный рост (Рис. №.1).

Детальный анализ возрастной структуры детей, заболевших ветряной оспой и госпитализированных в РКИБ свидетельствует, что основную группу составляли дети от 0-5 лет, посещающие детские дошкольные учреждения и дети грудного возраста.

Возрастная структура больных ветряной оспой, поступивших в стационар в 2011 г. распределилась следующим образом: 0-1 года – 40 (37,7%), 1-3 лет – 26 (24,5%), 4-7 лет – 18 (17,0%), 8-14 лет – 22 (20,8%), что свидетельствует о преобладании (62,2%) детей раннего возраста (Рис.2). Эти данные совпадают с исследованиями других авторов.

Среди заболевших детей раннего возраста, соотношение городских 34 (51,5%) и сельских 32 (48,5%) жителей было практически одинаковым. Число заболевших мальчиков 36 (54,5%) преобладало, по сравнению с девочками 30 (45,4%).

Помесячное распределение заболеваемости ветряной оспой выявило сезонные эпидемические подъемы. Максимальные показатели (45,5%) заболеваемости регистрировались в декабре-январе (Рис.3).

При изучении историй болезни выявлено, что большинство 46 (69,7%) детей раннего возраста, больных ветряной оспой поступили в стационар на 3-5 день от начала болезни (на 1-й день- 4, на 2-й день-8, на 3-й день-24, на 4-й – 12, 5-й- 10 и 6-7 дни - 8 больных).

В основном больные были направлены в стационар врачами ЦСМ 29 (43,9%) случаев, из-за фебрильных судорог. Из других стационаров в РКИБ были переведены 4 (6,0%) детей с ветряной оспой. Каждый третий больной ветряной оспой 26 (39,5%) самостоятельно обратился за медицинской помощью в инфекционный стационар.

Из анамнеза жизни госпитализированных детей раннего возраста удалось установить,

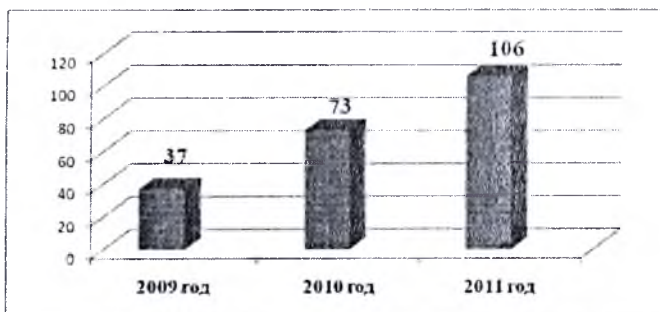


Рис. 1. Динамика заболеваемости ветряной оспой детей, по данным РКНБ

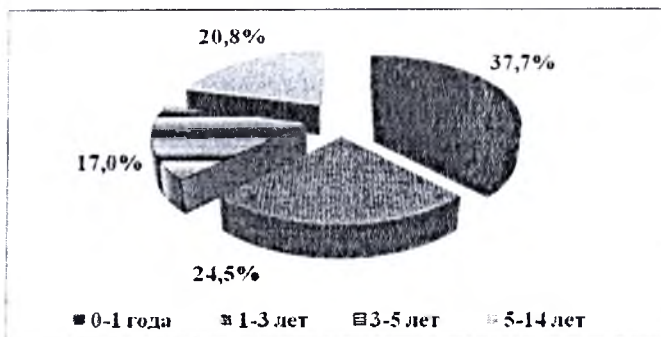


Рис.2. Возрастная структура детей, больных ветряной оспой (2011 г.), по данным РКНБ

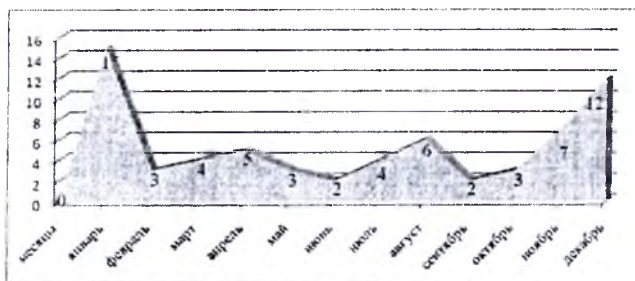


Рис.3. Сезонность заболеваемости ветряной оспы

что это были (95,4%) доношенные дети, неблагоприятный акушерский анамнез имели в 30,3% случаев, осложненные роды в 12,1%.

Каждый третий ребенок 21 (31,9%) имел отягощенный преморбидный фон: анемия I-II ст.– 18 (27,3%), ГИЭ – 12 (18,1%), ЭКД – 6 (9,1%), нарушение питания 3 (4,5%) (гипотрофия, паратрофия), ВПС+ДЦП – 1 (1,5%), пупочная грыжа I (1,5%). Спектр перенесенных заболеваний был различным: ОРИ (48,5%), ОКИ (18,1%), пневмония (6,0%), фурункулез (1,5%).

Структура предварительных диагнозов свидетельствует о своевременной диагностике ветряной оспы (81,8%). Среди прочих (18,2%) диагнозов встречались ОРВИ, аллергический дерматит, энтеровирусная инфекция, ОКИ.

При выявлении источника инфекции 28 (42,4%) детей смогли указать источник инфекции. Относительно высокий процент выявления источника заражения (по сравнению с другими капельными инфекциями) отражает факт распространения этой «летучей» инфекции в социально неблагополучной среде: в стационарах, закрытых детских учреждениях, в многодетных семьях, общежитиях.

У всех больных клинический диагноз был выставлен на основании характерных клинических проявлений. Общеинфекционные симптомы проявлялись повышением температуры тела, головными болями, слабостью или беспокойством, снижением аппетита, рвотой и судорогами. Повышение температуры тела в пределах 37,5-38,5°С отмечалось у 39 (59,1%) больных, до высоких цифр (38,6-40,0

°С) - 27 (40,9%). Длительность температуры составила  $3,9 \pm 1,2$  дней.

Сыпь сопровождалась повышением температуры и зудом кожи, высыпала в течение 2-4-х дней «толчкообразно», однако у 5-ти детей грудного возраста сыпь продолжала подсыпать от 6 до 7 дней. Из анамнеза этих больных выявлено, что эти дети имели отягощенный преморбидный фон (анемия, гипотрофия, ДЦП+ВПС), сопутствующие заболевания (пневмония, лимфаденит), что вероятно, обусловлено снижением реактивности организма, иммунодепрессией.

Элементы сыпи у детей раннего возраста, больных ветряной оспой сначала появлялись на животе, груди, плечах, бедрах, а затем на волосистой части головы, на лице и слизистых оболочках. У всех детей отмечали «полиморфизм» сыпи, с различными элементами сыпи (пятно-папула-везикула-корочка). На ладонях и подошвах сыпь, как правило, должна отсутствовать, но у 4 (6,1%) детей первых месяцев жизни везикулы были на ладонях и подошвах, что вероятно, может свидетельствовать о тяжести заболевания и сниженном иммунитете. Пузырьки подсыхали и превращались в корочки, которые сохранялись в основном от 6-9 дней в 52 (78,7%) случаях, реже от 4-6 дней - (21,3%). Сохранение корочек свидетельствует о заразности больного ребенка.

Заболевание протекало как в среднетяжелой форме 45 (68,1%) случаев, так и в тяжелой форме - 21 (31,9%). Критериями тяжести считалась выраженность лихорадки, интоксикация, обилие сыпи, развитие осложнений.

Негативную роль на течение болезни оказывала микст-инфекция: ОРИ с обструкцией верхних дыхательных путей - в 7 (10,6%) случаях, гнойно-воспалительные заболевания в 6 (9,1%) случаях, острые кишечные инфекции, не уточненной этиологии в 3 (4,5%).

Спектр наиболее часто встречающихся осложнений (31,9%) был представлен гнойно-септическими заболеваниями (стрептодермия, фурункулез, флегмона, абсцесс, рожа), реже пневмония - 9,1%. У этих больных в

периферическом анализе крови отмечался выраженный лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ.

Проводимая терапия у всех больных ветряной оспой включала симптоматическую терапию, инфузионная терапия проводилась с целью дезинтоксикации при тяжелой форме, местно использовали анилиновые красители (раствор бриллиантовой зелени, флукарцил). Больные по показаниям получали антибактериальную терапию: пенициллины (53,1%), цефалоспорины (46,9%), в течение 5-8 дней.

Пребывание больных на койке в среднем составило  $4,3 \pm 1,2$  дня. Исход болезни у всех больных был благоприятным, выписаны с улучшением.

### Выводы:

1. В последние годы отмечается неуклонный рост заболеваемости ветряной оспой среди детей, особенно раннего возраста (62,2%).

2. Тяжелые формы (31,9%) ветряной оспы с осложнениями диагностированы у каждого третьего ребенка, имеющего отягощенный преморбидный фон.

3. Необходим поиск радикальных и современных профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и тяжести болезни.

### Литература:

1. Тимченко В.Н., Сергеева С.А. и др. Лечение и профилактика ветряной оспы у детей в современных условиях // Методические рекомендации. - СПб. - 2008. - 32 с.

2. Мозанкова Л.Н. Ветряная оспа у детей: особенности течения и лечения// Consilium medicum: приложение Педиатрия. - 2006. -№1. - С. 27-30.

3. Интенсивность ветряной оспы и опоясывающего лишая // <http://medicalplanet.su/257.html>.

## **ПЕРИОДИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР РАБОТНИКОВ ЗОЛОДОБЫВАЮЩЕГО ПРЕДПРИЯТИЯ КЫРГЫЗСТАНА**

**Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Аширбаева К.И.,  
Джапаева Г.У., Тюреканова Б.Э.**

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

**Резюме:** в статье представлен анализ состояния здоровья работников золотодобывающего комбината по результатам периодического медицинского осмотра. Показан удельный вес профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний среди обследованных. Выделены группы диспансерного учета. Обоснована необходимость разработки системы профилактических и реабилитационных мероприятий для работников вредных предприятий.  
**Ключевые слова:** периодический медицинский осмотр, профессиональные заболевания, производственно-обусловленные заболевания.

## **КЫРГЫЗСТАНДАГЫ АЛТЫН ЧЫГАРУУ КОМБИНАТЫНЫН КАРООСУНУН НАТЫЙЖАСЫ**

**Чонбашева Ч.К., Сулайманова Ч.Т., Аширбаева К.И.,  
Джапаева Г.У., Тюреканова Б.Э.**

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

**Корутунду:** Макалада мезгилдүү медициналык кароонун натыйжасы менен рудадан алтын чыгаруу жумушчулардын ден - соолук абалын изилдеген. Зыяндуу ишканада иштегендердин арасында кесиптик жана кесип менен байланыштуу оорулардын салыштырма салмагын көрсөтүлгөн; диспансердик каттоо группалар бөлүнгөн; оорулардын алдын алуу жана реабилитациялоо системасы негизделген.

**Ачкыч сөздөр:** мезгилдүү медициналык кароо, кесиптик оору, кесипменен байланыштуу оору.

## **MEDICAL EXAMINATION OF GOLD MINE WORKERS IN KYRGYZSTAN**

**Chonbasheva Ch.K., Sulaimanova C.T., Ashirbaeva K.A.,  
Djapaeva G.U., Turekanova B.E.**

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

**Resume:** According the results of periodical medical observation of golden-mine employers the analysis of health condition of these employers was present. The ratio of professional and occupational diseases was present in given article. The group of clinical supervision was selected. The necessity of working out the system of preventive and rehabilitative measures for employers of harmful plants was discussed.

**Key words:** periodical medical examination, occupational disease, work-related disease.

### **Актуальность**

Одной из важных и эффективно функционирующих экономических областей в Кыргызстане является горнодобывающая промышленность, основу которой составляет добыча золота.

Горнорудное производство характеризуется воздействием на организм широкого спектра разнообразных производственных вредностей и занимает лидирующую позицию по частоте возникновения заболеваний у рабочих, что должно вызывать озабоченность у служб

здравоохранения республики.

У работников этих предприятий возникают как профессиональные заболевания, так и, согласно современной терминологии, производственно-обусловленные. Между двумя этими понятиями есть существенная разница. В первом случае этиологическим фактором возникшего заболевания является вредный фактор трудовой деятельности. Во втором - заболевание является полиэтиологичным. Производственный фактор вносит некоторый вклад в его развитие. Риск его возникновения повышается по мере увеличения

стажа работы в неблагоприятных условиях труда и превышает таковую в профессиональных группах, не контактирующих с вредными факторами (1). Если первая группа заболеваний в профпатологической клинике постоянно изучается, то вторая группа практически не учитывается в клинике профпатологии.

Целью работы явилось изучение структуры и частоты возникновения хронических заболеваний у работников золотодобывающего комбината по результатам периодических медицинских осмотров и углубленного обследования у различных специалистов.

### Материал и методы.

В данной работе проанализированы результаты периодического медицинского осмотра, проведенного на одном из наиболее крупных в своей отрасли золоторудном комбинате с полным технологическим циклом, который расположен на высоте 2350 – 2800 метров над уровнем моря, что соответствует среднегорью.

На предприятии работают более 1200 человек. С 1986 по 1996 гг. добыча золота производилась открытым способом. В 2003 г. комбинат завершил добычу полезного ископаемого открытым способом и перешел на добычу золота подземным способом. Подземная добыча производится ниже горизонта 2500 метров.

В структуре предприятия имеется рудник и золотоизвлекательная фабрика (ЗИФ). На руднике, как указывалось выше, ведется добыча золота подземным способом. Технология подземной добычи золотосодержащей руды состоит из следующих производственных процессов – бурения, взрывания, погрузки, транспортировки и выгрузки горной породы. Горнорабочие, работающие в подземных условиях, подвергаются комплексу производственных факторов: пыли, газам, вибрации, шуму и особым микроклиматическим условиям. Труд горнорабочих характеризуется выраженными физическими и психоэмоциональными нагрузками.

Следующий этап - извлечение золота из руды (на ЗИФе) является сложным технологическим процессом, который включает дробление и измельчение руды, что сопровождается выделением пыли. В последующем используется ряд химических веществ, из которых наиболее токсичными для организма работников являются синильная

(цианид), серная, соляная кислоты, щелочи и др.

Кроме того, в структуре предприятия имеются ремонтные службы, обеспечивающие функцию всех подразделений, в состав которых входят газосварщики, их работы сопровождаются выделением в воздух рабочей зоны сварочного аэрозоля.

Практически на всех этапах производственного цикла рабочие подвергаются воздействию разнообразных профессиональных вредностей в сочетании с климатическим фактором, что отражается на состоянии их здоровья и может вызывать как профессиональные, так и производственно-обусловленные заболевания.

Периодический медицинский осмотр был проведен в мае 2012 года с участием узких специалистов, включавших терапевта, эндокринолога, невропатолога, ЛОР и других специалистов, а также сотрудника кафедры госпитальной терапии и профпатологии КГМА ассистента Аширбаевой К.И.

Целью периодических медицинских осмотров являются:

- динамическое наблюдение за состоянием здоровья работников в условиях воздействия на организм профессиональных вредностей;
- профилактика и своевременное выявление начальных признаков профессиональных заболеваний;
- диагностика производственно-обусловленных и общих заболеваний, препятствующих продолжению работы во вредных условиях.

### Результаты исследований и обсуждения.

Всего осмотрено 812 человек (табл.1). Подавляющее большинство составили мужчины – 749 чел. (92,2%), женщин было только 63 чел. (7,8%). Среди работников преобладали лица в возрасте от 30 до 59 лет (678 чел.- 83,5%). Средний возраст осмотренных работников составил  $42,0 \pm 2,4$  года.

Из обследованных 812 работающих практически здоровыми признаны 300 человек (36,9%). Большую же часть (рис. 1) составили лица с разнообразной патологией – 512 человек (63,1%).

Важным обстоятельством является тот факт, что подавляющее большинство здоровых лиц – 226 чел (75,3%) - имели небольшой стаж работы во вредных условиях – менее 10 лет (табл.2).

В то же время большая часть лиц с разнообразной патологией, как видно из таблицы № 3, имела длительный стаж



Таблица №1

Распределение работников по полу и возрасту (n=812)

Возраст	20 – 29 лет	30 – 39 лет	40 – 49 лет	50 – 59 лет	60 лет и более
Пол					
Мужчины (749 чел)	119	203	252	164	11
Женщины (63 чел)	4	14	24	21	
Итого: 812 чел.	123	217	276	185	11

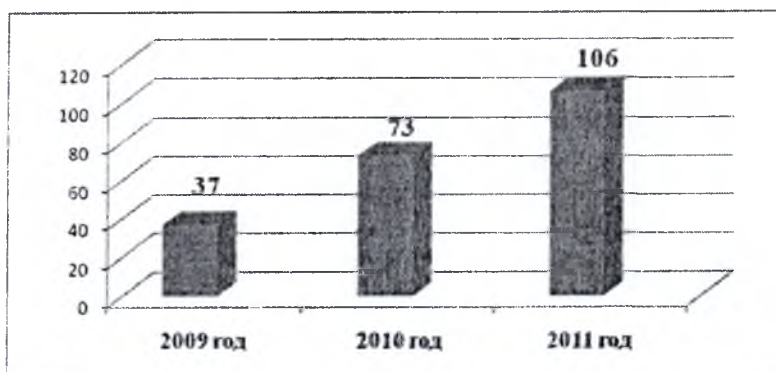


Рисунок №1

работы – от 10 и более лет – 289 чел - 56,4%.

В подземных условиях рудника из осматриваемых работают 228 человек. По профессиям это были горнорабочие очистного забоя (63 чел), проходчики (31 чел), откатчики (26 чел), бурильщики (21 чел), взрывники (15 чел), крепильщики (13 чел), раздатчики взрывных веществ (11 чел), доставщики взрывных веществ (6 чел) и др. В процессе работы они подвергаются воздействию повышенных концентраций руднично-породной пыли с содержанием свободного диоксида кремния более 20%, которая, согласно современной классификации, относится к группе высокофиброгенной, т.е. наиболее агрессивной (2). Другими вредными факторами являются взрывные газы, а также производственный шум и вибрация. Кроме того, необходимо учитывать, что подземные рабочие испытывают физические, психоэмоциональные нагрузки. Они осуществляют свою трудовую деятельность в условиях замкнутого пространства, в отсутствии дневного света, в

неблагоприятных микроклиматических условиях.

Из числа работников золотоизвлекательной фабрики (ЗИФ) обследовано 170 человек. Основные профессиональные группы рабочих ЗИФ – пробоотборщики (33 чел), дробильщики (28 чел), лаборанты химической лаборатории (18 чел), аппаратчики (14 чел), слесари (34 чел), электромонтеры (21 чел) и др. Данная категория лиц (за исключением дробильщиков, у которых основной вредностью является пыль) подвергается воздействию разнообразных химических веществ (кислоты, щелочи) в виде паров, наиболее токсичным из которых является синильная кислота (цианид).

Остальные 414 человек из числа осматриваемых составили работники автотранспортного, железнодорожного цеха, автотехнического центра и других служб. Отдельную профессиональную группу составляют электросварщики, выполняющие работы как на ЗИФе, так и на руднике, а также токари. В этих производственных подразделениях комбината на организм рабочих

Таблица №2

Распределение практически здоровых лиц по стажу работы

стаж кол-во	до 5 лет	5 – 9 лет	10 – 14 лет	15 – 20 лет	более 20 лет
300 чел.	153 чел.	73 чел.	38 чел.	23 чел.	13 чел.

Таблица №3

Распределение больных по стажу работы (n=512)

Стаж работы (годы)	до 5 лет	5 – 9	10 – 14	15 – 20	>20
Количество больных(п) 512 чел.	75 (14,6%)	148 (28,9%)	83 (16,2%)	96 (18,8%)	110 (21,5%)

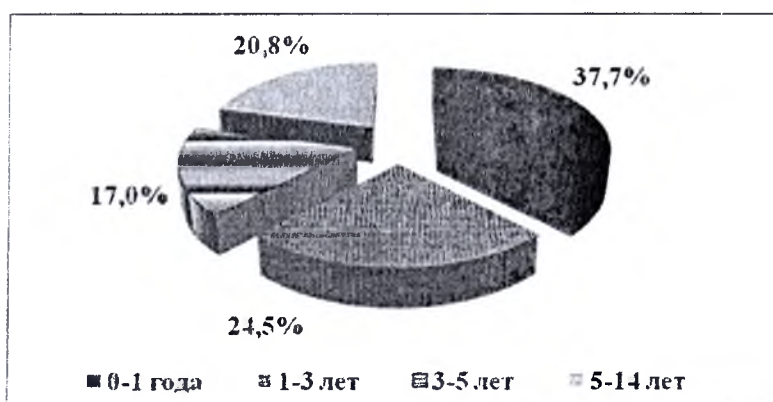


Рисунок №2

Структура заболеваемости работников золотодобывающего комбината

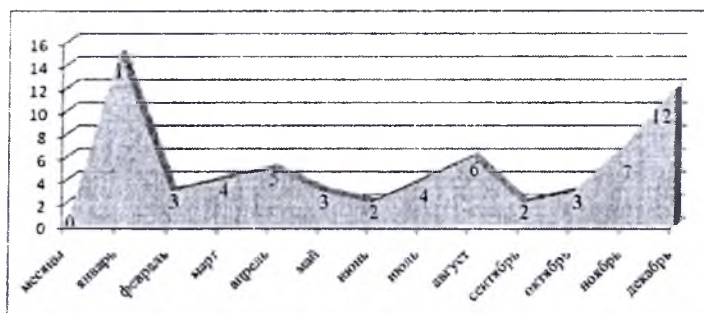


Рисунок № 3

воздействует аэрозоль сложного химического состава, в том числе полиметаллический.

Были осмотрены также работники администрации. Последних можно характеризовать как специфическую группу лиц, испытывающую на себе экологическую нагрузку в антропогенно загрязненном химическими веществами (выбросами комби-ната) регионе среднегорья Кыргызстана.

Анализ заболеваемости работников комбината по данным проведенного периодического медицинского осмотра показал, что в структуре выявленных заболеваний преобладает патология органов пищеварения и составляет 59% лиц (рис. 2). Реже встречаются заболевания сердечно-сосудистой системы (21,5%), эндокринной (15,4%) и мочевыделительной системы (10,5%). Заболевания органов дыхания и опорно-двигательного аппарата встречались с одинаковой частотой (по 6%). Железодефицитная анемия отмечена у 4% осмотренных работников. С незначительной частотой диагностированы патология нервной системы (3%), инфекционные заболевания (бруцеллез у 3%), заболевания ЛОР органов (у 2,3%) и кожи (дерматит у 1%).

Заболевания пищеварительной системы (рис.3), обнаруженные у 303 работников комбината, представлены в большинстве случаев патологией печени и желчевыводящих путей - у 205 чел (67,7%). При этом преобладает хронический холецистит (у 150 чел - 49,5%), желчнокаменная болезнь обнаружена у 6 (2,0%), 41 чел (13,5%) страдает хроническим гепатитом неуточненной этиологии, 8 чел - неалкогольным стеатогепатитом. На втором месте по частоте встречаемости стоит желудочно-кишечная патология в виде хронического гастрита (у 128 чел - 42,2%) и язвенной болезни желудка и 12перстной кишки (у 35 чел - 11,6%). Кроме того, в единичных случаях встречались хронический панкреатит (3 чел - 1,0%), эрозивный эзофагит (1 чел - 0,33%), полип желудка (1 чел - 0,33%).

Среди заболеваний сердечно-сосудистой системы, обнаруженных у 110 чел., чаще встречалась артериальная гипертония (в 85,5%), коронарная болезнь сердца зафиксирована у 11,8%. Эндокринная патология, выявленная у 79 человек, представлена нарушениями углеводного обмена - у 41 чел. (сахарный диабет - у 8 чел. - 10,1%, нарушенная толерантность к глюкозе - у 33 чел

- 41,8%), заболеваниями щитовидной железы - у 13 чел (зоб диффузный - у 7 чел - 8,9%, узловой зоб - у 5 чел - 6,3%, аутоиммунный тиреоидит - у 1 чел - 1,3%), ожирением - 36 чел (45,6%).

Заболевания мочевыделительной системы (у 54 чел) проявлялись преимущественно в виде хронического пиелонефрита (у 85,2%), в единичных случаях - в виде мочекаменной болезни (3 чел - 5,6%), кисты почки (2 чел - 3,7%), простатита, поликистоза почки и др.

Что касается заболеваний органов дыхания, то их удельный вес был относительно невысок (у 32 чел - 6,25%). При этом хроническая обструктивная болезнь легких диагностирована у 26 чел (81,3%), диффузный пневмосклероз - у 7 (21,9%), пневмония выявлена у 1 работника.

С такой же частотой встречалась патология опорно-двигательного аппарата (32 чел - 6,25%), преимущественно в виде остеоартрита (у 27 чел - 84,4%), в меньшей степени - остеохондроза позвоночника (у 5 - 15,6%).

Особого внимания в структуре выявленной заболеваемости у рабочих различных профессий комбината заслуживают случаи железодефицитной анемии (у 22 чел - 4,3%), а также патология периферической нервной системы (полинейропатия у 15 чел - 2,9%).

Патология ЛОР-органов (у 12 чел - 2,3%) была представлена преимущественно двусторонним кохлеарным невритом, в том числе с двусторонней нейросенсорной тугоухостью, у 6 чел (50%), атрофическим фарингитом (у 4 чел - 33%) и ларингитом (у 1 чел - 8,3%).

Таким образом, результаты проведенного периодического медицинского осмотра свидетельствуют о преобладании среди работников комбината лиц с разнообразной патологией (512 чел - 63%) со стороны внутренних органов, крови, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, ЛОР и др.

Важным обстоятельством является тот факт, что во многих случаях требовалось проведение дифференциальной диагностики в условиях отделения профпатологии Национального госпиталя для решения вопроса о связи заболевания с профессией.

Необходимость сопоставления выявленных изменений с условиями труда в той или иной степени касалась заболеваний практически всех органов и систем, когда требовалось уточнение роли профессиональных факторов в

их возникновении. При анализе часто встречающихся заболеваний органов пищеварения следует иметь в виду возможность их развития в рамках профессиональных интоксикаций. Последние, как показывают наши наблюдения, не являются редкостью на комбинате. Причем имеют место как острые, так и хронические интоксикации.

Следует подчеркнуть, что к настоящему времени профессиональные заболевания достоверно диагностированы у 23 чел (2,8%), характеристики которых заслуживают отдельного описания. Уточнение роли вредных производственных факторов в генезе заболеваний у других осмотренных продолжается.

В остальных же случаях, когда не исключается роль других непрофессиональных этиологических факторов заболевания можно квалифицировать как производственно-обусловленные (у 60,3%), поскольку заболеваемость среди работников возрастает со стажем работы во вредных условиях.

Проведенный медицинский осмотр позволил выделить следующие группы диспансерного учета:

1-я группа – относительно здоровые лица;

2-я группа – больные с установленным диагнозом профессионального заболевания и с подозрением на профессиональное заболевание;

3-я группа - больные с производственно-обусловленными (общими) заболеваниями.

Каждая группа диспансерного наблюдения требует разработки соответствующих профилактических и реабилитационных мероприятий.

Особого внимания заслуживают больные 3-й группы, которые нуждаются в решении экспертных вопросов в отношении возможности

продолжения их работы во вредных условиях.

### Выводы.

1. По данным ПМО, практически здоровыми признаны 36,9% обследованных работников комбината с непродолжительным стажем работы во вредных условиях - менее 10 лет.

2. У 63,1% осмотренных лиц с длительным стажем работы - более 10 лет – выявлена разнообразная патология со стороны многих внутренних органов и систем.

3. Профессиональные заболевания диагностированы у 2,8 % осмотренных лиц, у 60,3% стажированных работников обнаруженные заболевания квалифицированы как производственно-обусловленные (общие).

4. Полученные результаты являются обоснованием необходимости разработки системы мероприятий по снижению профессиональных и производственно-обусловленных заболеваний, созданию безопасных условий труда и совершенствованию диагностики заболеваний на этапе периодических медицинских осмотров.

### Литература

1. Российская энциклопедия по медицине труда/ Главный редактор Н.Ф. Измеров.-М : ОАО «Издательство «Медицина», 2005.

2. Профессиональная патология. Национальное руководство. Под редакцией акад. РАМН Н.Ф. Измерова.-М:Изд-во «ГЭОТАР-Медиа», 2011.

## **АЛЬВЕОКОККОЗ ПЕЧЕНИ: ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

**А.И.Мусаев, А.Ж.Акешов, А.А. Акматов**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** приведены 4 наблюдения повторной операции больных альвеококкозом, которые ранее были признаны неоперабельными.

**Ключевые слова:** печень, альвеококкоз, повторные операции, альбендазол.

## **БООРДУН АЛЬВЕОКОККОЗУ: КАЙРАДАН ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО МҮМКҮНЧҮЛҮГҮ**

**А.И. Мусаев, А.Ж. Акешов, А.А. Акматов**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамалекетик медициналык академия,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** башында операция кылуу мумкунчулугу жок болгон, альвеококкоз менен ооруган 4 оорулуунун кайрадан операция жасалышынын байкоосу корсотулгон.

**Негизги создор:** боор, альвеококкоз, кайталануучу операция, альбендазол

## **ALVEOCOCOSUS OF LIVER: THE POSSIBILITY OF SECONDARY OPERATIONS**

**A.I. Musaev, A.J. Akeshov, A.A. Akmatov**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** There are 4 clinical cases of secondary operations patients with alveococcosus. Patients were early appreciaqted as non-curable before.

**Key words:** liver, alveococcosus, secondary operations, albendazol.

**Введение.** Альвеококкоз – тяжелое паразитарное заболевание с преимущественным поражением печени [4,5]. Из-за бессимптомного течения болезни, пациенты обращаются в поздние сроки, когда возникает желтуха, которая обусловлена сдавлением либо прорастанием паразитарной ткани в ворота печени [1,2], или очаг достигает больших размеров. При таком осложнении проводятся паллиативные желчеотводящие операции, но нередко оперативные вмешательства заканчиваются лапаротомией, то есть случаи оцениваются неоперабельными [3,5]. Некоторые исследователи назначают этой группе больных химиопрепараты, но какова их эффективность остается неизученным [6].

**Цель.** Поделиться опытом возможности выполнения повторных операций после приема альбендазола.

**Материал и методы.** Мы наблюдали 4 больных с альвеококкозом печени, оперированных в городской клинической больнице

№1 г. Бишкек. В обследовании больных помимо общеклинических исследований, использовали УЗИ и КТ печени и органов брюшной полости. У всех больных объемное образование занимало практически всю правую долю с прорастанием в ворота печени. Первое оперативное вмешательство у 2-х больных закончилось лапаротомией, а у 2-х частично резецирован очаг альвеококкоза. Всем больным была назначена химиотерапия альбендазолом в таблетках по 400 мг с обязательным приемом 1 столовой ложки растительного масла, которое способствует лучшему всасыванию препарата. Альбендазол назначали курсами по 28 дней с интервалами между курсами в 14 дней, 3 курса, затем 2 месяца перерыв. При контрольном обследовании мы обратили внимание на то, что прогрессирование процесса не наблюдалось, а наоборот размеры очага поражения уменьшались, и их границы становились более четкими. После 3 курсов через 2 месяца вновь назначали два курса альбендазола. В течении года больные постоянно наблюдались, обязательно получали

инфузионную терапию (инфезол, стабизол, глюкоза 10%), витамины и общеукрепляющую терапию, а так же гепатопротекторы (гептрал, гепализин), после каждого курса химиотерапии.

**Результаты и обсуждение.** При повторном обследовании на УЗИ и КТ печени через год, появились четкие границы объемного образования, что несвойственно для альвеококкоза. Кроме того общее состояние больных было удовлетворительным, желтухи не было. После подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным наркозом, доступом в правом подреберьи, во всех случаях очаги поражения альвеококкозом имели четкие границы, они были удалены путем вылушивания, ложе коагулировано. В одном случае часть узла у ворот печени осталась. В

послеоперационном периоде проводились все необходимые мероприятия для предупреждения воспалительных осложнений, контролировали биохимические показатели функционального состояния печени. Выполняли инфузионную терапию с включением гепатотропных средств, антибиотики (цефалоспорины III поколения). Состояние постепенно улучшалось и они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Удаленные препараты были размером от 4x10см до 12x16см. Один из макропрепаратов дан на рис 1.

При гистологическом исследовании удаленного очага альвеококкоза картина следующая: Склероз, гиалиноз и резкое утолщение капсулы печени с пылевидными вкраплениями солей кальция, элементов



Рис. 1. Удаленный макропрепарат из правой доли печени.

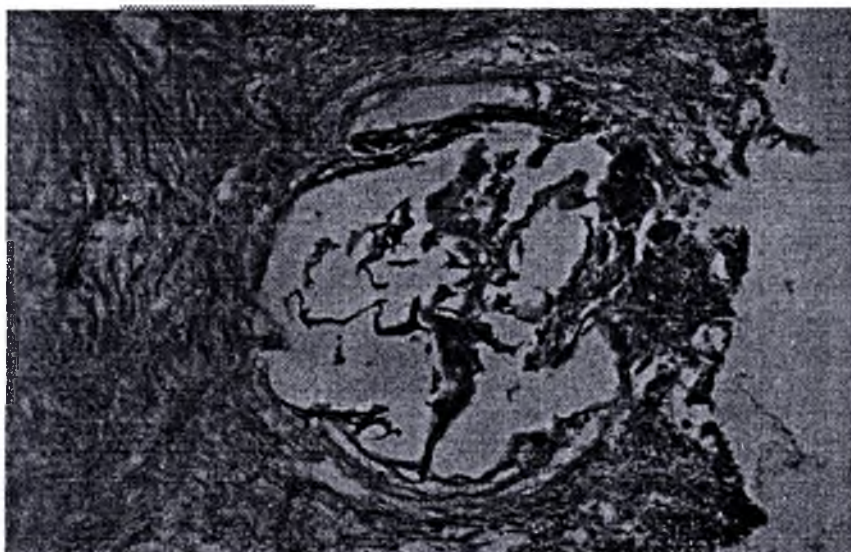


Рис.2. Микрофото удаленного очага поражения, окраска гематоксилин-эозиномувелечение 200.

альвеококка не выявлено. Некроз всех структур. Разрастание грубой волокнистой ткани вокруг очагов альвеококкоза.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали, что в неоперабельных случаях необходимо назначать альбендазол, он способствует ограничению очага поражения и создает условия для выполнения повторной операции. Также больные должны находиться под наблюдением хирурга. Прием альбендазола должен сочетаться с инфузионной терапией после каждого курса химиотерапии.

### Литература

1. Альперович Б.И., Мерзаикин Н.В., Ярошкина Т.Н. Ультразвуковая диагностика очаговых поражений печени перед повторной операцией // Клиническая хирургия. – 1995. - №9. – С. 15-16
2. Джоробеков А.Д. Резекция печени при опухолевых и паразитарных поражениях печени // Анналы хирургической гепатологии. – 1996. –

том 1. – С. 217-218

3. Журалев В.А. Повторные радикальные операции у так называемых «неоперабельных» больных альвеококкозом печени // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – том 5, №2. – С. 11-18

4. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К., Айтбаев С.А., Куттубаев О.Т. Альвеококкоз, диагностика, лечение, профилактика. Бишкек: Express Print, 2009. – 233с.

5. Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Маслов В.Г. хирургическое лечение альвеококкоза печени // Актуальные проблемы хирургической гепатологии, сб. материалов XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Иркутск, 2012. – С95-96

6. Amman R. Recurrence rate after discontinuation of long term mebendazole therapy in alveolar echinococcosis. // Amg. Trop. Med. Hyd. – 1990. – №2. 43. – P. 506-516

## ДИАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СВЕЖИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ БОКОВЫХ СВЯЗОК КОЛЕННОГО СУСТАВА

Байгараев Э.А.

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

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В работе представлен алгоритм диагностики и тактика оперативного лечения 50 больных при свежих повреждениях боковых связок коленного сустава в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТиО с 2011 по 2012гг. Возрастной диапазон составляет от 17 до 52 лет.

**Ключевые слова:** коленный сустав, повреждения боковых связок, диагностика, оперативное лечение.

## ТИЗЕ МУУНУНУН КОЛЛАТЕРАЛДЫК БАЙЛАМТАЛАРЫНЫН ЖАНЫ ЖАРАКАТТАНУУСУН АНЫКТОО ЖАНА ОПЕРАЦИЯЛЫК ДАРЫЛОО

Байгараев Э.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул иште БИИТОБ догу муундар жана жаракаттар №1,2,3,4 болумдорунун 2011-2012 жылдарындагы тизе муунунун коллатералдык байламталарынын жаны жаракаттанган 50 бейтабынын дартын аныктоо алгоритими жана операциялык дарылоосу корсотулгон. Бейтаптардын курамын 17 жаштан 52 ки жашка чейинкилер тузот.

**Негизги сөздөр:** тизе мууну, коллатералдык байламталардын жаракаттануусу, жаракатты аныктоо, операциялык дарылоо.

## THE DIAGNOSTICS AND OPERATIVE TREATMENT OF THE FRESH DAMAGES OF THE LATERAL LIGAMENTS OF THE KNEE JOINT

Baygaraev E.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** The algorithm of diagnostics and tactics of surgical treatment in acute damage of lateral ligaments of knee joints of 50 patients was presented. Patients were treated in Joints Pathology Department and Department of Traumatology 1,2,3,4 of Bishkek National Institute of Traumatology and Orthopedics in the period from 2011 till 2012 years. Age range was varied from 17 to 52 years.

**Key words:** knee joint, damages of the lateral ligaments, diagnostics, operative treatment.

### Актуальность темы

Коленный сустав травмируется у людей достаточно часто: на его долю приходится около 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижней конечности. Данная патология выявляется преимущественно у лиц трудоспособного возраста и нередко приводит к временной или стойкой утрате трудоспособности [1,2,8].

Одним из ведущих факторов успешного лечения повреждений коленного сустава является точность диагностирования существующих изменений, особенно на ранних стадиях

заболевания, когда правильно подобранная тактика лечения оказывает значительное влияние на исход процесса. Несовершенство и несвоевременность диагностики повреждений структур коленного сустава и, как следствие, неправильное лечение в 45-75% случаев приводят к развитию различных форм и степеней его нестабильности, дегенеративно-дистрофических изменений в нем, что сопровождается стойкой инвалидизацией пострадавших [3,6].

Ранняя диагностика изменений капсульно-связочного аппарата коленного сустава представляет собой весьма сложную



задачу. Несмотря на достигнутые в последние годы значительные успехи в совершенствовании клинико-диагностических методов процент диагностических ошибок достаточно высок, и в 28-30% имеются случаи неточного или запоздалого диагностирования, что вызвано многообразием причин и форм проявления этих патологий. [4,7,10].

Принимая во внимание, что только 6% повреждений коленного сустава приходится на костные структуры, а остальное на повреждения мягкотканых структур [9].

**Цель** - улучшения результатов диагностики и оперативное лечение свежих повреждений боковых связок коленного сустава.

### Материал и методы.

Под наблюдением находилось 50 больных с повреждением боковых связок коленного сустава. В период 2011 по 2012гг. в отделениях патологии суставов и травматологии №1,2,3,4 БНИЦТиО. Возрастной диапазон больных составляет от 17 до 52 лет. Диагностический алгоритм включал:

- 1) анамнез;
- 2) механизм травмы;
- 3) клинический осмотр;
- 4) рентгенологические исследования (стандартная и функциональная разработанным устройством);
- 5) УЗИ - коленного сустава;

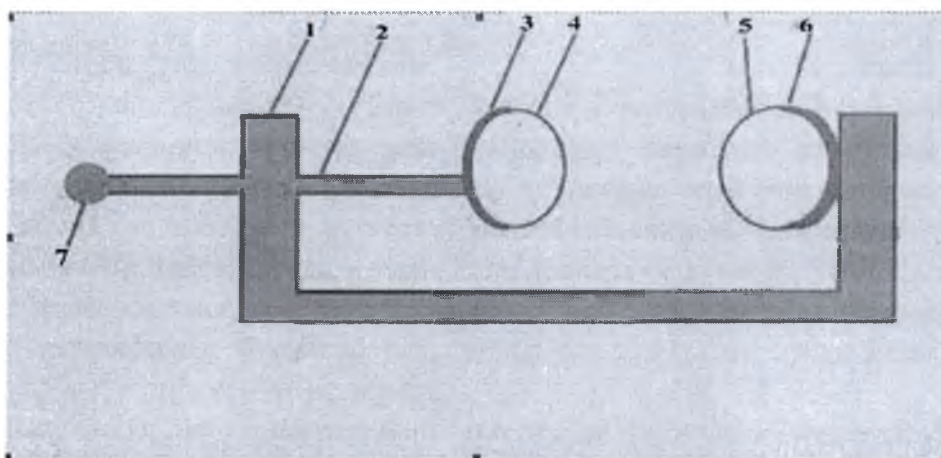
6) МРТ - Магнитно - резонансная томография.

Всем больным сделана функциональная рентгенограмма с применением нами разработанным устройством. Устройство состоит из двух П-образных рамок по внутренней поверхности рамки одной стороны имеются стационарные полукольца. На противоположной стороне имеются мобильные полукольца на шарнире, которые с помощью резьбовых стержней прикреплены на рамке. Концы полукольцах имеется ремни для фиксации бедра и голени (Рис. №2).

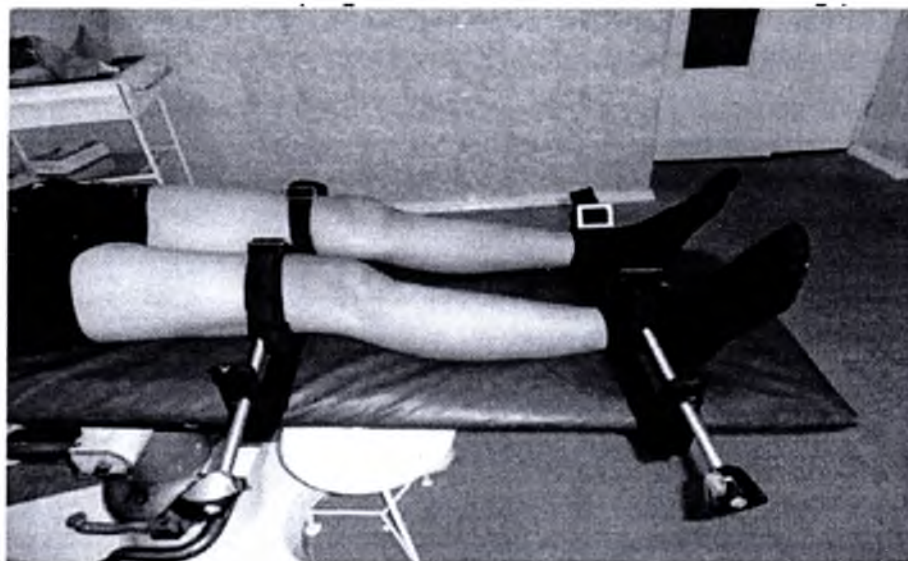
Функциональная рентгенография устройством осуществляется следующим образом. Положение пациента на рентген столе на спине, накладывается устройство на н/з бедра и на н/з голени. Накладывания устройств зависит от повреждений связок (внутренней боковой или наружно боковой).

При повреждении внутренней боковой связки фиксируются устройства н/з бедра и н/з голени в положении приведения конечностей. Начинается равномерная, дозированная дистракция устройств в области н/з голени до появления неприятных ощущений в области повреждения связок. Производится рентгенография коленных суставов в прямой проекции.

При повреждении наружной боковой



- |                                     |                        |
|-------------------------------------|------------------------|
| 1. П-образная рамка;                | 2. резьбовой стержень; |
| 3. мобильные полукольца на шарнире; | 4. ремни для фиксации; |
| 5. стационарные полукольца;         | 6. рукоятка стержня.   |



**Рис. №1**

связки фиксируются устройства в области н/з бедра и н/з голени в положении разведения конечностей. Затем начинается равномерная, дозированная компрессия устройств в области н/з голени до появления неприятных ощущений. Производится рентгенография коленных суставов в прямой проекции (рис. №1).

Всем больным проводилось оперативное лечение разработанным способом. Способ выполняется под спинномозговой или общей анестезией. Положение больного на операционном столе: на спине с раздвижной шиной под оперируемой конечностью, позволяющей согнуть ногу в коленном суставе под углом. Доступ к разорванной связке осуществляется в зависимости от повреждений связок. Слегка дугообразным продольным разрезам по передне-внутренней поверхности для внутренней боковой связки или передне-наружной поверхности для наружной боковой связки коленного сустава, обнажается коленный сустав. Мобилизуется полость коленного сустава от рубцов, при необходимости единым блоком отводится кверху и кнутри связка надколенника и надколенник, сохраняя при этом места прикрепления боковых и крестообразных связок, производят ревизию, и находят место разрыва боковой связки. Затем первоначально восстанавливают боковые части связки путем наложения восьмиобразных швов с двух

сторон, далее по центру разрыва накладывают центральный восьмиобразный шов, создавая тем самым самую прочную и интимную фиксацию боковой связки коленного сустава. Рану промывают, проводят гемостаз и послойные швы на рану. Сустав иммобилизуется гипсовой повязкой от нижней трети голени до верхней трети бедра под углом 150-160 градусов. На 2-ые сутки активизируем больного, разрешая ходьбу на костылях слегка нагружая оперированный сустав. На 10-14 сутки снимаются швы. Через четыре недели снималась иммобилизация и начиналась активно-пассивная разработка движений сустава.

**Результаты лечения и их обсуждения.**

Результаты хирургического лечения были изучены в сроки от 6 месяцев до 1 года. Для оценки результатов хирургического лечения мы применяли СОИ-3 (стандартизированная оценка исходов автор: Миронов С.П. и др. 2008 г.) [5].

Хороший результат – 43 (86%) больных.

Удовлетворительный результат – 7 (14%) больных.

Неудовлетворительный результат – рецидив заболеваний и нестабильность коленных суставов не отмечалась.

Таким образом, ранняя диагностика и проведенное оперативное лечение при повреждениях боковых связок коленного сустава сокращает срок общего лечения. Дает

возможности быстрого восстановления функции коленного сустава.

### Литература:

- 1) Гиршин С.Г. Коленный сустав (повреждения и болевые синдромы) / Гиршин С.Г., Лазишвили Г.Д. // М.: 2007.-353 с.
- 2) Дейкало В.П. Структура травм и заболеваний коленного сустава / Дейкало В.П., Болобошко К.Б. // Новости хирургии.- 2007.- 15, № 1.- С. 26-31.
- 3) Крестьяшин В.М. Повреждения и заболевания коленного сустава у детей (клиника, диагностика, лечение) : авто-реф. дис. .докт.мед. наук / В.М. Крестьяшин М, 2005.
- 4) Кузнецов И.А. Совершенствование методов лечения повреждений коленного сустава с применением эндоскопической техники: автореф. дис. .докт. мед. наук / И.А.Кузнецов.- СПб., 1998. 46с.
- 5) Миронов С.П., Маттис Э.Р., Троценко В.В. Стандартизованные исследования в травматологии и ортопедии. – М.: ОАО «Типография «Новости», 2008. – С.30-32.
- 6) Миронов С.П. Повреждение связок коленного сустава / С.П.Миронов, А.К.Орлецкий М., 1999.-288с.
- 7) Степанченко А.П. Лучевая диагностика травматических повреждений коленного сустава: дис. . канд. мед. наук / А.П. Степанченко- М, 2005. 194 с.
- 8) Callaghan John J. The Adult Knee / John J. Callaghan // Hardcover; 2003. -P.384.
- 9) Park J.Y. The value of ultrasonography in the detection of meniscal tears diagnosed by MRI / Park.J.Y., Kim J.M., Lee S.M., Lee M.Y./ Am.J. Phis.Med.Reh.- 2008.- 87, N 1.- P. 14-20.
- 10) Tanderter H.B. Acute knee injuries: use of decision rules •for selective radiograph ordering / Tanderter H.B., Shvartzman P. // Am. Fam. Physician. 1999. - V.60 - N.9 - P.2599-2608.

## НАРУШЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ПЕЧЕНИ ПРИ ПАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Бейшеналиев А.С., Кочконбаев Ж.А., Кудайбердиев А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Исследовали 105 больных, страдавших эхинококкозом печени (70 женщин и 35 мужчин) в возрасте от 16 до 72 лет методом ультразвуковой доплерографии.

**Ключевые слова:** эхинококкоз, диагностика, ультразвуковая доплерография.

## БООРДУН ПАРАЗИТАРДЫК ООРУЛАРДАГЫ КАИ АЙЛАНУУСУНУН БУЗУЛУУСУ

Бейшеналиев А.С., Кочконбаев Ж.А., Кудайбердиев А.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Боордун эхинококкоз оорусу менен ооруган 105 бейтапты изилдоо(70 аялдар жана 35 эркектер). Бейтаптардын жашы 16-дан 72 жашка чейинки(72,3%), бирок эн кобу 21 жаштан 50 жашка чейин 76 киши(72,5%).

**Негизги создор:** эхинококкоз, диагностика, ультраундор доплерографиясы.

## LIVER HAEMODYNAMICS DISTURBANCES IN PARASITIC DISEASES

Beyshenaliev A.S., Kochkonbaev J.A., Kudayberdiev A.A.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** Abstract: 105 patients with liver echinococcosis (70 females and 35 males) were observed. The age range of these patients was between 16 to 72 years, by ultrasound dopplerography.

**Keywords:** echinococcosis, diagnosis, ultrasound dopplerography.

Эхинококкоз - относят к одному из наиболее тяжёлых паразитарных заболеваний организма человека и животных, развивающиеся при внедрении и росте в различных органах личинки ленточного глиста — эхинококка *Echinococcus granulosus*. Первичным хозяином его являются собаки, волки, шакалы, лисы и др. О географической распространённости заболевания может говорить тот факт, что оно не выявлено только в Антарктиде. Кыргызстан является эндемичным очагом эхинококкоза в связи развитием животноводства. Заболеваемость эхинококкозом печени в последнее время возрастает, что возможно связано с ухудшением санитарно-ветеринарной службы, улучшением диагностики и т.д. Основной проблемой выявления эхинококкоза остаётся факт длительного бессимптомного течения. Молодое население, страдающее данной патологией, редко обращается к врачу. Анамнестически трудно выявить факт контакта

с больным животным в течение последних 5 лет. Нередко пациенты указывают на контакты подобного рода более 10 лет назад, либо вспомнить о них не могут вообще. Размеры кист для пациента при их обнаружении нередко являются неожиданностью. Поэтому ранняя диагностика играет большую роль в течении и исходе заболевания (1) В последние годы появились сообщения о цветовом доплеровском исследовании, характеризующем состояние венозного и артериального кровообращения, и этот метод позволяет провести дифференциальную диагностику очаговых процессов в печени (2,3,4). Некоторые авторы выполнили цветовое доплеровское исследование у больных с очаговыми образованиями печени (гемангиома, метастатический, гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак печени), при которых наблюдается усиление кровоснабжения патологического очага и в перинодулярной зоне, а также изменяется количественная оценка

скоростных и спектральных характеристик кровотока в опухоли (5). Что же касается других видов поражения ткани печени (кисты, гематома, абсцесс), то они аваскулярные.. На основании полученных результатов авторы рекомендуют на этапе дооперационной диагностики ультразвуковое исследование дополнить цветовым доплеровским картированием и исследованием портальной гемодинамики, способствующих установлению правильного диагноза, а изучение васкуляризации очаговых образований дополнено оценкой гемодинамики как портального, так и артериального кровотока позволяет повысить диагностическую ценность метода.

### Материал и методы исследования:

Под наблюдением находилось 105 больных, страдавших эхинококкозом печени, из них 70 женщин и 35 мужчин. Возраст их колебался от 16 до 72 лет, но наибольшее число больных было в возрасте от 21 до 50 лет - 76 чел. (72,5%).

Наиболее часто кисты локализовались в правой доле печени (69,52%), реже в левой (19,05%), а обе доли были поражены у 7 больных (6,67%), сочетанное поражение с органами брюшной и грудной полости было выявлено у 5 (4,76%) пациентов.

При поступлении больных в стационар сразу же выполнялось УЗИ, которое позволяло выявить очаговое поражение печени и среди наших больных у 94% были обнаружены признаки, указывающие на паразитарную природу заболевания. Для оценки функционального состояния печени определяли биохимические показатели: уровень билирубина, трансаминаз (АЛТ, АСТ), общий белок, тимоловую пробу по общепринятым методикам.

Для уточнения характера очагового поражения печени и определения состояния гемодинамики мы применили ультразвуковую доплерографию. Эта методика выполнена у 70 больных эхинококкозом печени. Абдоминальное исследование было выполнено на диагностическом сканере «Acuson Sequoia 512»

абдоминальным конвексным датчиком с частотой 5МГц. Исследование сосудов печени проводилось в режиме УЗ-ангиографии, включавшей цветное доплеровское и энергетическое картирование (ЦДК и ЭД), импульсно-волновой доплер (ИД). У всех обследованных были проанализированы значения основных ультразвуковых параметров, отражающих структурные и гемодинамические изменения при эхинококкозе печени (печеночной артерии, воротной вены и печеночных вен).

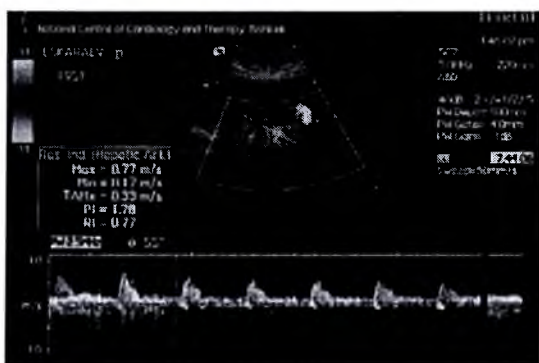
После применения режимов доплеровского картирования, позволяющих определить наличие, направление и характер кровотока в различных сосудах, использовался режим импульсно-волновой доплерографии для получения количественных характеристик кровотока. Данные параметры определялись автоматически с помощью специальных курсоров диагностической системы, когда угол коррекции не превышал 60°.

**Результаты исследования.** Применение УЗ доплерографии показало, что при наличии паразитарной кисты в печени выявляется бессосудистая зона с четко очерченными контурами. А изменения гемодинамики зависели от размеров кист.

Так, при малых кистах существенных изменений гемодинамики не выявлено независимо от локализации, диаметр вены ( $d - 1,01 \pm 0,04$  см.), средняя скорость кровотока ( $V_{cp} - 17,14 \pm 1,33$  см/сек.) не отличались от нормы.

Для средних кист характерен артериальный прирост кровотока, за счет увеличения скорости кровотока печеночной артерии ( $TAMX - 47,20 \pm 1,07$  см/сек.), а венозный кровоток уменьшается ( $V_{cp} - 15,13 \pm 0,46$  см/сек.), отмечается умеренное расширение диаметра вен.

При больших кистах отмечена зависимость состояния гемодинамики от локализации. Здесь объемный кровоток увеличивался, особенно венозный, отмечалось уравнивание показателей в правой ( $V_{vol} - 417,86 \pm 35,99$  мл/мин.) и левой ( $V_{vol} - 411,21 \pm 102,84$  мл/мин.) ветвях воротной



**Рис. 1. УЗДГ печеночной артерии и вен при малых кистах**



**Рис. 2. УЗДГ печеночной вены при больших кистах**

вены, но всегда с экстравазальной компрессией.

**Заключение**

1. Ультразвуковая доплерография является высокоинформативным методом диагностики поражений печени, позволяющим наиболее точно оценить не только характер и размер кисты, но и функциональные нарушения печени.

2. Ультразвуковая доплерография дает возможность получить полное представление о степени нарушения печеночной гемодинамики.

3. Нарушения портоспеченочной гемодинамики зависят от размера, состояния и локализации эхинококковой кисты. Наиболее выраженные изменения гемодинамики наблюдаются при эхинококковой кисте более 10 см. с центральной локализацией.

**Литература:**

1. Абдол-Рахман Хаиль Саид, В.В.Митьков.

Ультразвуковая диагностика эхинококкоза печени //Ультразвуковая диагностика.– 1999.– №4.– С. 5-8.

2. Donoso L., Parellada A., Martinez-Noguera A. Flow reversal in the right anterior branche of the portal vein: “Bicolor portal vein” color Doppler analysis // J. Clin. Ultrasound. – 1995. – N 23. – P.429-434.

3. Killi R.M. Doppler sonography of the native liver // Eur. J. Radiol. – 1999. – Vol.32, N 1. – P.21-35.

4. Golli M., Kriaa S., Said M. Intrahepatic spontaneous portosystemic venous shunt: value of color and power Doppler sonography // J. Clin. Ultrasound. – 2000. – Vol.28, N 1. – P.47-50.

5. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г. Ультразвуковая доплеровская оценка функционального резерва печени //Хирургия.- 1992.– №1.– С. 18-22.

## **ИЗУЧЕНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА И РЕЗУЛЬТАТОВ КОРОНАРОАНГИОГРАФИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ КБС**

**Дуйшеева Г., Леонтьева Н.С., Саткыналиева З.Т., Калиев Р.Р.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Для изучения гипопункции щитовидной железы и результатов коронароангиографии (КАГ) у больных с коронарной болезнью сердца нами был проведен ретроспективный анализ данных историй болезней 34 пациентов. У всех пациентов был определен уровень тиреотропного гормона и проведена КАГ. Выявлено, что у пациентов с худшими результатами КАГ чаще отмечалось снижение функции щитовидной железы, что не отрицает роль ее гормонов в процессе атерогенеза.

**Ключевые слова:** коронарная болезнь сердца, факторы риска коронарной болезни сердца, щитовидная железа, субклинический гипотиреоз, коронароангиография.

## **ЖҮРӨКТҮН КОРОНАРДЫК ООРУСУ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН ТИРЕОИДИК СТАТУСУН ЖАҢА КОРОНАРОАНГИОГРАФИЯНЫН ЖҮЙЫНТЫГЫН ИЗИЛДӨӨ**

**Дуйшеева Г., Леонтьева Н.С., Саткыналиева З.Т., Калиев Р.Р.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Коронароангиографиянын жыйынтыгы менен калкан безинин гипопункциясын изилдөө үчүн 34 бейтаптын оорусунун тарыхына ретроспективдуу анализ жүргүзүлгөн. Бардык бейтаптардын тиреотроптук гормондору изилденген. Калкан безинин кызматы сакталган бейтаптарга караганда, субклиникалык гипотиреоз менен ооругандардын КАГнын жыйынтыгы начар чыккан.

**Негизги сөздөр:** жүрөктүн коронардык оорусу, жүрөктүн коронардык оорусунун фактору риска, калкан без, субклиникалык гипотиреоз, коронароангиография.

## **THE RESEARCH ON THYROID STATUS AND CORONARY ANGIOGRAPHY RESULTS IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE**

**Duisheeva G., Leontieva N., Satkynaliev Z.T., Kaliev R.R.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** For thyroid hypofunction studying and coronary angiography results in patients with coronary heart disease we conducted a retrospective study. We analyzed patients histories. In all patients thyroid stimulating hormone examination and coronary angiography was provided. We defined a correlation between the worse results of coronary angiography and low function of thyroid gland. Hence, these is an opportunity of participation of hypothyroidism in atherogenesis development.

**Key words:** coronary heart disease, the risk factors of coronary heart disease, thyroid, subclinical hypothyroidism, coronary angiography.

В последние годы в медицинской литературе большое внимание уделяется дисфункции щитовидной железы (ЩЖ) у больных коронарной болезнью сердца (КБС) [1].

Хорошо изучены эффекты гормонов ЩЖ в клетках миокарда и сосудистой стенке [2-4]. Так, в 2000 г. Роттердамское исследование

показало, что субклинический гипотиреоз (СТ) – это независимый фактор риска (ФР) инфаркта миокарда (ИМ) у пожилых женщин [5].

Как правило, при СТ выявляют снижение сердечного выброса, диастолическую дисфункцию миокарда левого желудочка, повышение общего периферического сосудистого

сопротивления и дисфункцию эндотелия [6-8].

Особенно много работ и дискуссий посвящено влиянию гипотиреоза на липидный обмен и кардиологические параметры [8, 9]. У больных СГ отмечено повышение уровня эндотелиальной дисфункции (маркера раннего развития атеросклероза), которая подвергается обратному развитию на фоне заместительной терапии левотироксином [9].

Следует отметить, что задача клинициста состоит в том, чтобы разумно соотнести возможную пользу и риск терапии препаратами тиреоидных гормонов, поскольку передозировки препарата трудно избежать [10, 11].

Данные коронароангиографии (КАГ) надежно отражают характер поражения коронарного русла [12]. Оценивая результаты КАГ, обычно учитывают количество пораженных коронарных артерий (КА) и наличие гемодинамически значимого стеноза (или процент сужения сосуда). К тяжелым поражениям относят стеноз основного ствола левой коронарной артерии, трехсосудистое поражение венечных артерий и наличие стенозов в них более 50% [13].

Как правило, тяжесть атеросклеротических изменений коррелирует с такими ФР КБС, как гиперлипидемия (ГЛ), наследственность, курение, избыточный вес [14]. Наличие у больного артериальной гипертензии (АГ), сахарного диабета (СД) и перенесенный ИМ в анамнезе усугубляет патологический процесс [15].

**Целью** нашего исследования явилось изучение показателей функции щитовидной железы и результатов коронароангиографии у больных с коронарной болезнью сердца.

### Материалы и методы исследования

В ретроспективный анализ были включены истории болезней 34 больных, средний возраст которых составил  $55,94 \pm 9,52$  лет. Все пациенты находились на стационарном обследовании и лечении в отделении острого инфаркта миокарда НЦКТ имени Академика Мирсаида Миррахимова в период с января по декабрь 2012 года.

У пациентов было учтено наличие следующих ФР КБС: пол, возраст, ГЛ, нарушение жирового обмена, а также изучен анамнез в отношении АГ, СД, курения и наследственность, а также был отмечен ранее перенесенный ИМ.

Также у всех больных была взята кровь из локтевой вены для определения общего холестерина (ОХ) и тиреотропного гормона (ТТГ) сыворотки крови.

Всем больным проводилась КАГ по методике Ch. Dotter и M. Judkins (1964) [12, 13]. Контрастное вещество (омнипак/ультравист) в КА вводили в количестве 5 мл.

Характеристика обследуемых больных представлена в табл. 1.

Статистическая обработка полученных данных была проведена с использованием программного обеспечения «Statistica 8». Признаки были подвергнуты статистической обработке путем подсчета среднего арифметического, стандартного отклонения. Достоверность различий определяли с помощью парного t-критерия Стьюдента. В качестве достоверных различий между независимыми группами использовали уровень значимости  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от атеросклеротического поражения коронарного русла все обследуемые нами больные были разделены на три группы:

- I группу составили 9 пациентов без поражений КА;
- во II группу вошли 9 больных с однодвухсосудистым поражением КА;
- III группа – 16 пациентов с поражением трех и более сосудов.

Все исследуемые в группах были распределены также в зависимости от гендерной принадлежности (диаграмма 1):

Из диаграммы 1 следует, что как среди мужчин, так и среди женщин около 50% имели многососудистое поражение КА.

Далее в группах исследования проводилось сравнение по ряду клинических признаков, результаты отражены в табл. 2:

Как видно из табл. 2, у пациентов в группе III отмечался достоверно более высокий уровень ОХ, чем у больных без поражения КА и с одно-/двухсосудистым поражением коронарного русла ( $5,34 \pm 1,33$  против  $3,99 \pm 1,0$  и  $5,29 \pm 0,94$  соответственно,  $p < 0,03$ ).

Уровень ТТГ у больных III группы был значительно выше, чем в группах I и II ( $4,8 \pm 1,07$  против  $3,53 \pm 1,37$  и  $2,91 \pm 1,35$  соответственно,  $p < 0,05$ ). Аналогичные результаты о взаимосвязи

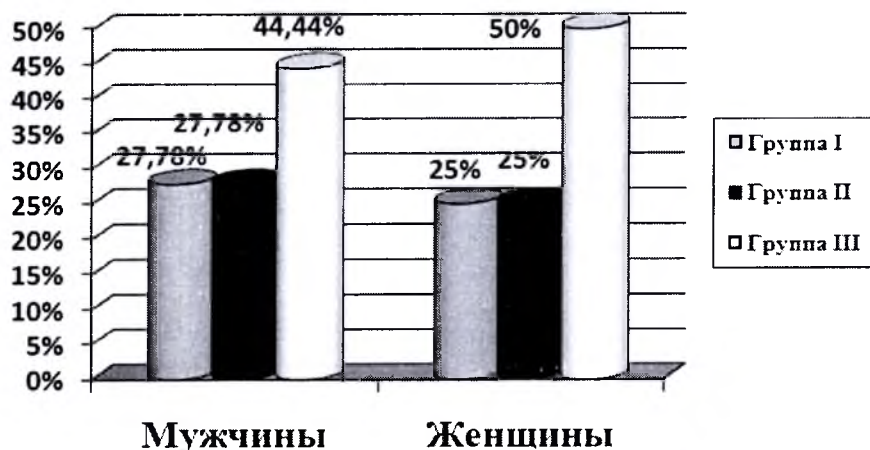


**Характеристика обследованных больных**

Параметр	Число больных	
	абс.	%
Распределение по полу:		
мужчины	18	52,95
женщины	16	47,05
Возраст, годы	55,94±9,52	
ФР КБС:		
курение	8	23,53
АГ	26	76,47
гиперхолестеринемия	17	50
СД	6	17,65
отягощенная наследственность	3	8,82
ИМ в анамнезе	8	23,53
Локализация пораженных КА:		
ствол	2	5,88
ПНА	13	38,24
ДВ	6	17,65
ОВ	10	29,41
ПКА	10	29,41

*Примечание:* ПНА – передняя нисходящая артерия, ДВ – диагональная ветвь, ОВ – огибающая ветвь, ПКА – правая коронарная артерия.

**Диаграмма 1. Распределение пациентов в группах I и II по половой принадлежности**



*Примечание:* при сравнении групп данные оказались недостоверными ( $p > 0,05$ ).

**Возрастная и клиническая характеристика исследуемых пациентов**

Признак	Группа I, n=9	Группа II, n=9	Группа III, n=16	P
ОХ	3,99±1,0	5,29±0,94	5,34±1,33	0,02* и 0,03**
ТТГ	3,53±1,37	2,91±1,35	4,8±1,07	0,05** и 0,003***

\* –  $p < 0,05$  при сравнении с групп I и II

\*\* –  $p < 0,05$  при сравнении с групп I и III

\*\*\* –  $p < 0,05$  при сравнении с групп II и III

между уровнем ТТГ и гиперхолестеринемией были получены и во многих других исследованиях [16]. Возможно, это связано с тем, что у обследованных нами пациентов отмечалось тяжелое течение КБС. За последние несколько лет в ряде работ было показано, что у больных гипотиреозом достоверно чаще встречается многососудистое поражение венечных артерий [17, 18]. Вероятно, снижение функции ЩЖ способствует индукции и прогрессированию КБС и определяют плохой прогноз.

Важно отметить, что у 1/3 обследуемых нами пациентов отмечалось повышение уровня ТТГ сыворотки крови. Аналогичные результаты представлены также в некоторых зарубежных работах последних лет. Так, в Роттердамском исследовании СГ выявлен у 11% больных с коронарной патологией, ассоциированной с перенесенным ИМ и атеросклерозом КА [5]. Возможно высокий показатель встречаемости СГ в Кыргызстане связан с эндемичностью нашего района. Еще исследованиями, проведенными более 50 лет назад Ахунбаевым И.К., установлена значительная распространенность эндемического зоба среди населения Кыргызской Республики [19].

Таким образом, по результатам обследования больных нами сделаны следующие выводы:

1. У больных с тяжелым поражением коронарных артерий по данным коронарографического исследования достоверно чаще встречается снижение функции щитовидной железы.

2. Результаты работы показывают необходимость определения уровня ТТГ у всех больных с коронарной патологией в Кыргызской республике.

**Литература:**

1. Воронцов В. Л., Смирнова О. И. Особенности течения атеросклероза у больных, страдающих гипотиреозом // Клинический вестник 1997; 2: 64–67.
2. Браверман Л.И. Болезни щитовидной железы// М.: Медицина, 2000.
3. Cooper D.S. Subclinical hypothyroidism// Clin. Pract. 2001; 345: 260-265.
4. Kahaly G.J., Dillmann W.H. Thyroid hormone action in the heart// Endocr. Rev. 2005; 26 (5): 704-728.
5. Hak A. E., Pols H. A. P., Visser T. J. et al. Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam study// Ann. Intern. Med. 2000; 132: 270–278.
6. Rodondi N., Newman A.B., Vittinghoff E. et al. Subclinical hypothyroidism and risk of heart failure, other cardiovascular events, and death// Arch. Intern. Med. 2005; 165 (21): 2460-2466.
7. Rodondi N., Aujesky D., Vittinghoff E. et al. Subclinical hypothyroidism and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis// Amer. J. Med. 2006; 119 (7): 541-551.
8. Walsh J.P., Bremner A.P., Bulsara M.K. et al. Subclinical thyroid dysfunction as a risk factor for cardiovascular disease// Arch. Intern. Med. 2005; 165 (21): 2467-2472.
9. Michalaki M.A., Vagenakis A.G., Leonardou A.S. Thyroid function in humans with morbid obesity// Thyroid. 2006; 16 (1): 73-78.
10. Surks M.I., Ortiz E., Daniels G.H. et al. Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management// JAMA 2004; 291 (2): 228-238.
11. Bastenie P. A., Vanhaelst L., Bonnyns M. et al. Preclinical hypothyroidism: a risk factor for coronary heart-disease// Lancet 1971; 30 (1): 205–

- 206.
12. Scanlon P.J., Faxon D.P., Audet A.M. et al. ACC/AHA guidelines for coronary angiography// J. Amer. Coll. Cardiol. 1999; 33: 1756-1824.
13. Weissman N.J., Adelman G.A. Cardiac Imaging secrets// Philadelphia: Hanley and Belfus, 2003.
14. Muller B., Zulewski H., Huber P. et al. Impaired action of thyroid hormone associated with smoking in women with hypothyroidism// N. Engl. J. Med. 1995; 333: 964-969.
15. Perk M., O'Neill B. J. The effect of thyroid hormone therapy on angiographic coronary artery disease progression// Can. J. Cardiol. 1997; 13: 273-276.
16. Ito M., Arishima T., Kudo T. et al. Effect of Levo-Thyroxine Replacement on Non-High-Density Lipoprotein Cholesterol in Hypothyroid Patients// Clin. Endocrinol. Metab. 2007; 92 (2): 608-611.
17. Волкова А.Р., Дора С.В., Бадмаева М.И. и др. Выраженность коронарного атеросклероза у больных ишемической болезнью сердца с различными функциональными состояниями щитовидной железы// Вестник Санкт-Петербургского университета 2008; 3: 7-13.
18. Kahaly G.J., Dillmann W.H. Thyroid hormone action in the heart// Endocr. Rev. 2005; 26 (5): 704-728.
19. Ахунбаев И.К. Изученность эндемического зоба в Киргизии и пути его ликвидации// Тр. КГМИ (I съезд хирургов). Фрунзе, 1969; 57: 27-31.

## **ДИАГНОСТИКА И НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АДЕНОМ ГИПОФИЗА**

**КАРИМОВ С.К., ЫРЫСОВ К.Б., МАМЫТОВ М.М.**

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

**Резюме:** Авторами представлены результаты обследования и хирургического лечения 63 больных с аденомами гипофиза. Отмечается эффективность использования компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга у данной категории больных. 52 больным было проведено хирургическое лечение. Показаны методика и результаты хирургических вмешательств.

**Ключевые слова:** аденома гипофиза, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, хирургическое лечение.

## **ГИПОФИЗ АДЕНОМАЛАРЫН АНЫКТОО ЖАНА НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫК ЖОЛ МЕНЕН ДАРЫЛОО**

**КАРИМОВ С.К., ЫРЫСОВ К.Б., МАМЫТОВ М.М.**

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

**Корутунду:** Авторлор тарабынан гипофиз аденомаларынан жабыркаган 63 бейтаптын компьютердик жана магниттик резонанстык томографиялык изилдөө жыйынтыктары көрсөтүлгөн. Бейтаптардын ичинен 52си хирургиялык ыкма менен дарыланылган. Хирургиялык ыкмалар жана хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары сүрөттөлгөн.

**Негизги сөздөр:** гипофиз аденомалары, компьютердик томография, магниттик резонанстык томография, хирургиялык дарылоо.

## **DIAGNOSIS AND NEUROSURGICAL TREATMENT OF PITUITARY ADENOMAS**

**KARIMOV S.K., YRYSOV K.B., MAMYTOV M.M.**

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

**Resume:** Results of diagnostics with the use of CT-scan and MRI in 63 patients with pituitary adenoma were presented. We detected the high efficacy of brain CT-scan and MRI use in this category of patients. 52 patients were operated surgically. Methods and results of surgical treatment were discussed in given paper.

**Key words:** pituitary adenomas, computed tomography, magnetic resonance imaging, surgical excision.

**Актуальность проблемы.** В связи с развитием методов хирургического, консервативной и лучевой терапии, проблема точной диагностики опухолей гипофиза приобретает особую актуальность. Новообразования гипофиза по частоте занимают третье место среди всех опухолей центральной нервной системы и составляют от 5 до 17%. Результаты оперативного лечения опухолей гипофиза зависят от многих факторов, прежде всего, от стадии развития опухоли и объема проведенной операции [1 - 12].

Применение компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга коренным образом изменило возможности топической диагностики опухолей гипофиза, особенно на ранних стадиях заболевания. В связи с развитием компьютерных технологий в медицине, в том числе в области диагностики заболеваний

головного мозга, появились новые возможности прямой неинвазивной визуализации головного мозга и мониторинга его функций, как в диагностических, так и в исследовательских целях. Также значительно расширились знания по патогенезу и саногенезу многих заболеваний центральной нервной системы, в том числе и опухолей гипофиза. КТ и МРТ позволяют получать более полное представление о величине, функциональной характеристике и распространенности опухоли. МРТ существенно дополняет данные КТ, являясь неинвазивным и безопасным методом, исключая воздействие на организм больного ионизирующей радиации. МРТ позволяет получать томограммы с высокой контрастностью изображения магистральных сосудов на основании мозга. Она предусматривает сканирование в 3-х взаимно перпендикулярных плоскостях без изменения положения больного или перемещения томографа. В нем отсутствуют

артефакты от костей основания черепа, которые наблюдаются при КТ [4,5,6].

Однако на сегодняшний день среди различных авторов нет единого мнения относительно характеристики аденом гипофиза. В том числе по вопросу семиотики аденом гипофиза при КТ, проявляются ли они в виде зоны пониженной плотности и/или же в виде зоны повышенной. Некоторые вопросы, связанные с томографической диагностикой опухолей гипофиза, как нам представляется, ждет своего толкования и решения, тем самым подлежит уточнению сравнительная ценность традиционных рентгенологических методов - краниографии, ангиографии и др. Также несомненный клинический интерес представляет вопрос о существовании зависимости КТ-характеристики опухолей гипофиза и гормональной активности гипофиза, а также иммунологической активности организма. Эти вопросы практически не отражены в литературе. Следует отметить, что от данных КТ и МРТ напрямую зависят показания к проведению и результаты хирургического лечения аденом гипофиза [1- 12].

**Целью работы** было изучение результатов диагностики и хирургического лечения больных с аденомами гипофиза.

**Материал и методы исследования.** Авторами данной работы были анализированы результаты клинико-инструментальных исследований у 63 больных с аденомами гипофиза. Возраст больных варьировал от 19 до 65 лет. Мужчин было 27 (42,9%), а женщин - 36 (57,1%).

Диагнозаденомыгипофизаверифицирован на операции у 52 (82,5%). В остальных 11 (17,5%) случаях больные по разным причинам не были оперированы, и у них окончательный диагноз ставился на основании клинического и инструментального обследований.

**Результаты и обсуждение.** В большинстве случаев (82,5%) у больных с аденомы гипофиза были гормонально-активными, при этом уровень пролактина в крови был в 2,5-3 раза выше, чем в норме.

Эндокринные симптомы соответствовали гормональному профилю опухоли и проявлялись либо синдромом галактореи, аменореи, дисменореи (у женщин), импотенцией (у мужчин), а также акромегалией.

У 51 (81,0%) больного имелись различные

офтальмологические расстройства, в том числе: 28 (44,4%) больных отмечалось снижение зрения на оба глаза, у 20 (31,7%) больных - одностороннее расстройство зрения, а также у 3 (4,8%) больных был амавроз (слепота) на один глаз при низком зрении другого глаза. В остальных 12 (19,0%) случаях снижение остроты зрения не было отмечено, хотя имело место нарушение полей зрения.

У 43 (68,3%) больных установлена битемпоральная гемианопсия. У 6 (9,5%) больных наблюдалось явление гемианопсии с одной стороны. Также отмечались различной степени выраженности концентрическое сужение полей зрения, наличие скотом в центре полей зрения. У 37 (58,7%) больных выявлена атрофия зрительных: у 26 - с обеих сторон, у 11 - с одной стороны. У 7 (11,1%) больных были начальные признаки застойных сосочков зрительных нервов. У остальных 19 (30,1%) больных глазное дно оставалось интактным.

Следует отметить, что почти у всех больных установлено изменение параметров турецкого седла, которые выражались в атрофичности спинки турецкого седла - 56 (88,9%) случаев, расширение входа в седло - 49 (77,8%) случаев, увеличение размеров турецкого седла - 57 (90,5%) случаев, двухконтрастность и разрушение дна турецкого седла - 22 (34,9%) случаев.

КТ выполнена всем 63 (100%) больным с аденомами гипофиза. Полученные КТ-изображения аденом гипофиза анализировались по следующим признакам: турецкое седло нормальное, незначительное увеличение и значительное увеличение размеров турецкого седла, т.е. характер роста по отношению к турецкому седлу. При этом были получены следующие данные: эндоселлярное без увеличения размеров турецкого седла - 8 (12,7%) случаев; эндоселлярное с увеличением размеров турецкого седла - 39 (61,9%) случаев, экстраселлярное - 16 (25,4%) случаев.

Опухоли растущие экстраселлярно характеризовались следующим направлением роста: супраселлярный рост с умеренным распространением за пределы седла и опухоли, достигающие до дна III-желудочка и деформирующие его, вызвавшие даже гидроцефалию боковых желудочков из-за окклюзии III-желудочка - 3 (18,8%) случая; параселлярный рост в обе или в одну сторону от турецкого седла

– 4 (25,0%) случая; инфраселлярный рост с прорастанием в основание черепа и кавернозный синус, клиновидный синус и клетки пазухи решетчатой кости – 7 (43,7%) случаев. Кроме того в 2 (12,5%) случаях опухоли распространялись во многие направления – эндо- супра- параретроселлярно одновременно.

Плотность аденомы гипофиза на компьютерограммах оценена как пониженной плотности по сравнению с нормальной мозговой тканью у 8 (12,7%) больных, т.е. аденома имела кистозный компонент. У 9 (14,3%) больных плотность опухоли значительно выше, чем плотность мозга, в таких случаях опухоль, как правило, кист не имеет, а состоит из однородной массы как солидные опухоли, которые затем верифицировались при оперативном вмешательстве.

У 27 (42,9%) больных с аденомами гипофиза произведен анализ визуализации на МРТ в режимах  $T_1$  и  $T_2$ . При эндо- и экстраселлярном росте опухоли преимущество МРТ заключалось в более точном определении верхних и боковых контуров опухоли, степени инвазии в пазуху основной кости при инфраселлярном росте опухоли, а также лучше определялись взаимоотношение опухоли структурами мозга и черепа (зрительные нервы, сонные, дна III желудочка, кавернозный синус, клиновидная пазуха и др.), когда опухоль имела супра-пара-ретроселлярный рост. Возможность применения МРТ в определении размеров, локализации, конфигурации и возможность визуализации таких тончайших деталей гипофиза, как воронка, передние и задние доли гипофиза, чрезвычайно велика.

Вместе с тем все же возникают трудности, когда вопрос касается диагностики аденомы гипофиза при неизменном турецком седле, при так называемых микроаденомах, и когда имеет место синдром пустого турецкого седла. В этих случаях решающую роль играла клиническая картина заболевания.

Из 63 обследованных больных 52 (82,5%) больных с аденомами были гипофиза подвергнуты оперативному лечению. Все больные до операции прошли гормональную терапию. С этой целью назначали гидрокортизон начиная с 20 мг внутрь, по возрастающей с дозой по 20 мг ежедневно, в день операции 80 или 100 мг. После операции также больные продолжали получать препарат в течение 3-4 дней, но по

сниженной дозировке.

Оперативное вмешательство производили под общим интубационным наркозом на фоне нейрорелептанальгезии.

Во всех 52 (100%) случаях был использован биаурикулярный разрез кожи по краю волосистой части головы. Доступ к опухоли осуществляли с помощью односторонней костно-пластической трепанацией черепа классическим субфронтальным подходом. Почти во всех случаях производили коагулирование выбухающей диафрагмы турецкого седла, после чего перфорировали диафрагму и брали биопсию содержимого турецкого седла.

Затем производили отсасывание содержимого турецкого седла, если опухоль кистозного характера. Если аденома имела солидное строение, тогда производили удаление опухолевой массы. Все манипуляции на гипофизе производили с применением волоконно-оптической увеличительной и осветительной системы, а также микронейрохирургического инструментария.

Следует отметить, что с целью предупреждения интра- и послеоперационных осложнений хирургические манипуляции на гипофизе должны проводиться под постоянным контролем интактности зрительных нервов, хиазмы и сонных артерий, а также кавернозного синуса, которые часто имеют непосредственное взаимоотношение с опухолью, иногда даже аденомы прорастают в указанные структуры.

После проведенного хирургического лечения у 37 (71,2%) больных из 52 оперированных отмечено улучшение зрительных функций уже до выписки из стационара. В 5 (9,6%) случаях значительно регрессировали акромегалоидные проявления. Также у 6 (20,0%) женщин через 3-4 месяца после операции появились менструации, у 3 (50,0%) из них восстановилась детородная функция. Данные результаты мы оценили как положительные.

У 3 (5,8%) больных послеоперационная рана осложнилась нагноением, с последующим благоприятным исходом. Данный результат мы оценили как удовлетворительный.

У 1 (1,9%) больной наступила полная слепота на оба глаза сразу после операции, хотя у нее не было никаких других нарушений в неврологическом статусе. Данный результат мы оценили как неудовлетворительный.

В раннем послеоперационном периоде

летальных исходов из 52 оперированных пациентов – не было ни в одном случае.

В отдаленном послеоперационном периоде 7 (13,5%) больных оперированы повторно по поводу рецидива опухоли в разные сроки после первичной операции.

**Заключение.** Лишь комплексное клиническое, лабораторное, рентгенологическое исследование, включающие КТ и МРТ головного мозга, может дать полное представление о характере и распространенности аденом гипофиза и вполне позволяет определить тактику лечения, в том числе и хирургическую. Хирургическое вмешательство при опухолях гипофиза позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата.

### Литература:

1. Опухоли гипофиза и хиазмально-селлярной области / Под ред. Б. А. Самотокина, В. А. Хилько. – Л.: Медицина, 1985. – 303с.

2. Попугаев К.А. Синдром артериальной гипотензии у больных с опухолями хиазмально-селлярной области в раннем послеоперационном периоде и алгоритм выбора терапии: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 25с.

3. Фомичев Д.В. Эндоскопическое эндоназальное удаление аденом гипофиза: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Москва, 2007. – 24с.

4. Graham S.M., Iseli T.A., Greenlee J.D. Endoscopic approach for pituitary surgery improves

rhinologic outcomes. // *Ann Otol Rhinol Laryngol.*, 2009. - Vol. 118 (9). -- P. 630-5.

5. Kassis S., De Battista J.C., Jouanneau E. Endoscopy versus microsurgery: Results in a consecutive series of nonfunctioning pituitary adenomas. // *Neurochirurgie*, 2009.

6. Sabin H.I. Endoscopic transphenoidal hypophysectomy - personal experience of the development of a new surgical technique. // *Clin Med.*, 2009. - Vol. 9 (4). – P. 365.

7. Gandhi C.D., Christiano L.D., Post K.D. The historical evolution of transsphenoidal surgery: facilitation by technological advances. // *Neurosurg Focus*, 2009. - Vol. 27(3). - E8.

8. Krysiak R., Okopień B., Szkróbka W. Prolactinoma. // *Przegl Lek.*, 2009. - Vol. 66 (4). – P. 198-205.

9. Kim D.J., Song Y.J., Kim K.U. Pituitary hemorrhage : classification and related factors. // *J Korean Neurosurg Soc.*, 2009. - Vol. 46 (1). - P. 23-30.

10. Matsuno A. Recent trend of the pathophysiology and treatment of pituitary adenomas. // *Brain Nerve*, 2009. - Vol. 61 (8). – P. 957-62.

11. Hori T., Kawamata T., Amano K. Extracapsular removal of pituitary adenomas. // *No Shinkei Geka*, 2009. - Vol. 37 (8). – P. 743-54.

12. Kurosaki M., Tabuchi S., Watanabe T. Application of phase sensitive imaging (PSI) for hemorrhage diagnosis in pituitary adenomas. // *Neurol Res.*, 2009.

## **ОСОБЕННОСТИ МЕХАНИЗМА ОБРАЗОВАНИЯ РАЗРЫВОВ ПРИ РАЗРЫВНО-ГЕМОРАГИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ (СИНДРОМЕ МЕЛЛОРИ-ВЕЙССА)**

**Кудайбердиев А.Т.**

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

**Резюме:** В статье приводятся биофизические, топографо-анатомические, клинические и физиологические особенности механизма образования кровотокающих разрывов при синдроме Меллори-Вейсса. Прослежены закономерности между пространственной топографией абдоминального отдела пищевода и желудка, посекторальной толщиной футляров эзофагокардиального отдела пищеварительного тракта и разрывами пищеводно-желудочного перехода у больных различного пола и возраста.

**Ключевые слова:** синдром Меллори-Вейсса, кровотечение, пищевод, желудок.

## **МЕЛЛОРИ-ВЕЙСС СИНДРОМУНДА АЙРЫЛЫП КАН АГУУ МЕХАНИЗМИНИН ПАЙДА БОЛУУ ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ**

**Кудайбердиев А.Т.**

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

**Корутунду:** Бул макалада Меллори-Вейсс синдромунда айрылып кан агууда биофизикалык, топографо-анатомиялык жана физиологиялык механизмдердин өзгөчөлүгү камтылды. Ашказандын жана кызыл өңгөчтүн курсак бөлүгүнүн тамырлары жана ашказан кызыл өңгөч бөлүгүнүн калыңдыгы менен кызыл өңгөч-ашказан өтмөгүндөгү айрылуунун бири-бири менен байланыш закон ченемдүүлүгү ар кандай жаштагы жана жыныстагы оорууларда изилденди

**Өзөкчө сөздөр:** Меллори-Вейсс синдрому, кан агуу, кызыл өңгөч, ашказан.

## **THE PECULIARITIES OF RUPTURES FORMATION IN RUPTURE HAEMORRAGIC SYNDROME (MALLORY-WEISS SYNDROME)**

**Kudaiberdiev A.T.**

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

**Resume:** Biophysical, topographical, clinical and physiological peculiarities of mechanism of bleeding ruptures formation in Mallory-Weiss syndrome are discussing in given paper. The consistent pattern between spatial topography of abdominal part of esophagus and stomach; sectoral thickness of covers of esophagocardial part of digestive tract and ruptures of esophageal-stomach transition is detected in patients of different age and gender.

**Key words:** Mallory-Weiss syndrome, bleeding, esophagus, stomach.

**Введение.** Возрастающая актуальность проблемы желудочно-кишечных кровотечений объясняется увеличением общего числа больных с кровотечением из желудочно-кишечного тракта. В последние годы благодаря более широкому применению в клинической практике неотложной эзофагогастродуоденоскопии число случаев диагностики синдрома Меллори-Вейсса увеличилось и достигает 6-13% от всех причин кровотечений из верхних отделов ЖКТ [4,6].

**Цель** данного исследования – выявление особенностей механизма образования разрывов и рецидивного кровотечения при синдроме Меллори-Вейсса.

**Материалы и методы.** В основу настоящего исследования были положены

результаты обследования и лечения 237-ми больных с кровотечениями при синдроме Меллори-Вейсса, находившихся на стационарном лечении в НХЦ МЗ КР в период с 2006 по 2012 годы. В нашем материале мужчин было 208 (87,8%), женщин - 29 (12,2%), что свидетельствует о том, что лица мужского пола страдают данной патологией в 7,2 раза чаще, чем лица женского пола. Возраст мужчин варьировал от 17 до 80 лет (в среднем -  $42,4 \pm 0,9$  лет), женщин - от 20 до 88 лет (в среднем -  $50,2 \pm 3,6$  года).

Данные анамнеза указывают на приоритетность фактора злоупотребления алкоголем у лиц обоего пола в полиэтиологическом механизме возникновения



разрывно-геморрагического синдрома в возрастном интервале от 31 до 40 - 50 лет (78%). Второй пик частоты встречаемости заболевания у женщин в возрастном периоде 61 - 70 лет объясняется наличием тяжелой сопутствующей патологии у данной группы больных.

С диагностической целью применяли фиброгастроскоп Olympus.

**Результаты исследования.** Всего выявлено 306 разрывов у 237 больных. У мужчин выявлена 271 трещина, а у женщин - 35. Чаще всего наблюдался одиночный дефект как у мужчин (76,4%), так и у женщин (82,8%). Два разрыва у мужчин наблюдалось в 4,5 раза реже, чем одиночный разрыв, а у женщин, соответственно в 6 раз. В незначительном количестве случаев у лиц обоего пола выявлялись три разрыва (табл. 1).

Таким образом, у лиц обоего пола одиночные дефекты встречались в 3,4 раза чаще, чем множественные (два и три разрыва), в связи с чем можно сделать вывод о преобладании возникновения одиночных разрывов при синдроме Меллори-Вейсса у лиц обоего пола.

При фиброгастроскопическом исследовании у всех больных дефекты имели вертикальное расположение. Выявлено, что у лиц обоего пола наиболее часто верхняя точка разрыва находится в абдоминальной части пищевода, а нижняя - в желудке, то есть в месте перехода пищевода в желудок. Так, у мужчин данный показатель составляет 68%, а у женщин - 63%. Локализация дефекта только лишь в пределах абдоминальной части пищевода составила у мужчин 29%, а у женщин - 37%.

Трещины местоположением только в желудке у женщин не встретились ни разу, а у мужчин - лишь в 3% случаев.

У лиц обоего пола разрывы, как в правом, так и в заднем секторах выявлялись в 2 раза чаще, чем в переднем и в 3 раза чаще, чем в левом. При этом локализация дефекта в задне-правой полуокружности пищеводно-желудочной зоны составила  $71,6 \pm 4,5\%$  наблюдений, а в передне-левой -  $28,4 \pm 5,0\%$ , то есть в 2,5 раза чаще (табл. 2).

Проведенное исследование позволяет констатировать следующие закономерности: преимущественное расположение разрыва находится в месте перехода пищевода в желудок в вертикальном направлении, а в горизонтальной плоскости - в правом и заднем секторах изучаемой зоны.

В 227 (74,2%) всех исследуемых разрывов дефект находился в пределах слизистой оболочки, а в 79 (25,8%) случаях - в слизисто-подслизистом слое.

У всех исследуемых лиц продолжающееся кровотечение наблюдалось наиболее часто при локализации разрывов в правом секторе (в 4,3 раза чаще, чем в заднем и в 3,3 раза чаще, чем в переднем). Угроза возникновения кровотечения отмечалась в 50,1% всех наблюдений справа, а стабильно остановившееся кровотечение - чаще всего сзади (45,9% случаев). Таким образом, наиболее нестабильным сектором в плане локализации рецидивов кровотечения является правый.

При проведении топографо-анатомических исследований были

**Таблица 1 - Частота возникновения разрывов у больных различного пола при синдроме Меллори-Вейсса (абс./%)**

Пол	Одиночный разрыв	Два разрыва	Три разрыва	Итого	Общее количество разрывов
Мужчины	159/76,44	35/16,83	14/6,73	208/100	271
Женщины	24/82,8	4/13,8	1/3,4	29/100	35
Итого	183/77,2	39/16,5	15/6,3	237	306

**Таблица 2 - Расположение разрыва по секторам (абс./%)**

Пол	Сектор локализации разрывов				Итого
	передний	правый	задний	левый	
Мужской	47/17,34%	98/36,16%	96/35,42%	30/11,07%	271/100%
Женский	7/20%	17/48,57%	8/22,86%	3/8,57%	35/100%
У лиц обоего пола	54/17,65	115/37,58	104/33,99	33/10,78	306/100

выявлены некоторые закономерности. Так, показатели поперечного размера и длины окружности абдоминального отдела пищевода взаимосвязаны и имеют большую величину вверху, чем соответствующие показатели внизу. Наибольшая равная длина абдоминальной части пищевода - спереди и справа, наименьшая - слева. Толщина внутреннего футляра стенки желудка в области его дна равна 1/2 общей толщины стенки желудка в той же точке. Толщина внутреннего футляра и общая толщина стенки пищевода и кардиального отдела желудка наибольшая в переднем секторе, а наименьшая - в левом, причём уменьшение толщины футляров пищеварительной трубки происходит строго по часовой стрелке. Наиболее прочный (толстый) передний сектор эзофагокардиальной зоны соседствует с наиболее слабым (тонким) левым.

Постоянство толщины слизисто-подслизистого слоя (внутреннего футляра) и общей толщины стенки пищевода и кардиального отдела желудка отмечено во фронтальной плоскости (сверху вниз). В левом секторе по сравнению с другими отмечалась наиболее плотная связь внутреннего слизисто-подслизистого футляра с наружным мышечно-серозным футляром как в абдоминальном отделе пищевода, так и в кардиальном отделе желудка.

Данные особенности морфологического строения эзофагокардиальной зоны являются предрасполагающими анатомическими факторами для образования линейных разрывов в определенных сегментах пищеварительного тракта.

Проведенные нами топографо-анатомические и клинические исследования позволили подойти к следующему пониманию закономерности образования вертикальных трещин в зоне перехода пищевода в желудок с преимущественной локализацией на правой и задней стенках.

Повышение внутрижелудочного и внутрибрюшного давления (например, при рвоте) является основным фактором в развитии заболевания. При этом в основе биомеханики образования разрывов лежит физический закон распространения давления жидкостей и газов в замкнутом объеме [3].

Содержимое желудка представляет собой достаточно однородную кашицеобразную массу с постоянной плотностью, основу которой составляет вода. При этом в области дна

желудка всегда находится некоторое количество газов. Сжимаемость газа во много раз больше, чем сжимаемость жидкости. Вода считается несжимаемой [2].

При резком сокращении сфинктера пилорической части желудка, прилежащей к нему области и последующем повышении внутрижелудочного давления, характерном для разрывно-геморрагического синдрома, в полости желудка возникает избыточное давление, распределяющееся во всех направлениях. Сила, стремящаяся растянуть стенки желудка, составляет  $F = p \cdot S$  [3], где  $p$  - давление в полости желудка,  $S$  - площадь его поверхности.

Площадь поверхности желудка,  $S = S_1 + S_2$ , где  $S_1$  - площадь поверхности периметра желудка в наиболее широкой его части, а  $S_2$  - площадь поверхности полусферы (кардиальный отдел в области газового пузыря).

$S = 4\pi R_1^2 + 2\pi R_2^2$ , где  $R_1$  - радиус сферы  $S_1$ ,  $R_2$  - радиус полусферы  $S_2$ .

Учитывая, что в среднем длина желудка равна 65 мм, а ширина в самом широком месте - 75 мм,  $R_1 = 75/2 = 37,5$  мм,  $R_2 = 65/2 = 32,5$  мм. Следовательно, при давлении 200 мм рт. ст., что соответствует 26664,4 Па, приводящем к разрыву слизистой оболочки у трупов [5], на стенки желудка в среднем действует сила  $F = p \cdot S = 26664,4 \text{ Па} \cdot 0,024296 \text{ м}^2 = 647,8 \text{ Н}$ , что эквивалентно 64,8 кг.

Гипотетически рассчитаем действие данных сил на различные точки абдоминального отдела пищевода, кардиального отдела желудка с учетом собственных данных об особенностях секторального строения футляров данного отдела пищеварительного тракта.

Передний и левый секторы представляют собой соответственно самый толстый и самый тонкий участки внутреннего и наружного футляров эзофагокардиального отдела ЖКТ, в то время как правый и задний его секторы имеют промежуточные значения толщины обеих футляров; более прочная межфутлярная связь была выявлена в левом секторе.

В биомеханике возникновения разрывов при синдроме Меллори-Вейсса имеет значение как различная толщина стенок пищевода и желудка в данном отделе ЖКТ, так и характер их фиксации, что и определяет в итоге различную величину упругих свойств рассматриваемых секторов пищеводно-желудочного перехода.

Передний и левый секторы

эзофагокардиальной зоны являются свободными, так как они в отличие от правого и заднего не закреплены связочным аппаратом. Предположительно, сила, возникающая под влиянием избыточного давления в направлении передне-левой полуокружности места перехода пищевода в желудок, компенсируется квазиупругой силой  $F' = a \cdot AS$ , где  $F'$  - сила, с которой стенка желудка стремится вернуться в первоначальное положение.  $AS$  - изменение площади поверхности желудка, обусловленное его растяжением,  $a$  - коэффициент пропорциональности, характеризующий способность тканей желудка растягиваться в передне-заднем направлении. Наличие газов в области левого сектора и дна желудка приводит к уменьшению растягивающей силы  $F$ , обусловленной избыточным давлением (200 мм рт. ст.), действующей на стенки желудка в передне-левом направлении, так как часть силы идёт на сжатие газов.

Существует критическое значение квазиупругой силы  $F'^{\wedge}$ , равное значению растягивающей силы  $F$ , при действии которой происходит разрыв различных слоев стенки эзофагокардиального отдела ЖКТ в данном направлении, когда дальнейшее возрастание  $F'$  невозможно, ибо эластичность тканей ограничена. При этом разрыв в левом секторе (с более тонкой стенкой) происходит при давлениях меньших, чем разрывы в переднем, где футлярные слои пищеварительного тракта более массивны.

Совершенно другие закономерности, так же гипотетично, наблюдаются в правом и заднем секторах, которые фиксированы связками. По данным Гайена [1], область входа в желудок и часть его дна своей задней поверхностью сливаются с диафрагмой, и ограничивают упругие свойства тканей стенки ЖКТ и потенциальную способность их к растяжению в рассматриваемых секторах. Поэтому критическое значение квазиупругой

силы в направлении правого и заднего секторах меньше, чем в направлении переднего и левого:  $F'^{\wedge}$  (правый - задний) <  $F'^{\wedge}$  (передний - левый). Данному факту способствует также одинаковая длина абдоминальной части пищевода спереди и справа, превышающая длину этой части пищевода слева.

Так как давление в направлении правого и заднего секторов больше, чем в направлении переднего и левого, а способность тканей растягиваться в право-заднем направлении ослаблена из-за наличия связочного аппарата, то разрыв тканей происходит именно в право-заднем секторе эзофагокардиальной области.

Таким образом, при последовательном повышении давления в желудке с наибольшей вероятностью происходит разрыв тканей в правом и заднем секторах, затем - в левом (более подвижном и мобильном вследствие наличия газового пузыря) и, с наименьшей вероятностью, в переднем секторе пищеварительного тракта как наиболее прочном и малофиксированном.

### Литература:

1. Елизаровский С.И. К хирургической анатомии полости малого сальника / С.И. Елизаровский. - Архангельск, 1948. - 156 с.
2. Физические величины: справочник / А.П. Бабичев [и др.]. - М.: Энергоатомиздат, 1991.
3. Яровский Б. М. Справочник по физике / Б.М. Яровский, А.А. Детлаф. - М.: Наука, 1968.
4. Michel L. Mallory-Weiss syndrome. Evolution of diagnostic and therapeutic patterns over two decades / L. Michel // Ann.Surg. - 1980. - Vol.192, N6. - P. 289 - 292.
5. Mucosal tears of the esophagogastric junction / M. Atkinson, M.B. Botrill, A.T. Edwards // GUT. - 1961. - Vol. 2. - P. 1 - 11.
6. Shi-Bin Guo, Ai-Xia Gong, Jing Leng et al. Application of endoscopic hemoclips for nonvariceal bleeding in the upper gastrointestinal tract // World J. Gastroenterol. - 2009. - №14; 15(34). - P.4322-4326. Таблица № 1

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОТИВОСПАЕЧНЫХ СРЕДСТВ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Маматов Н.Н.**

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

**Резюме.** В рандомизированном параллельно контролируемом исследовании дано экспериментальное обоснование применения многокомпонентной мази Левомеколь для интраоперационной профилактики спаечного процесса брюшной полости. Экспериментальное исследование проведено на 60 крысах линии «Вистар». В контрольных группах сравнения были использованы смесь Женчевского и физиологический раствор NaCl. Доказана высокая эффективность мази Левомеколь при интраоперационной профилактике спаечного процесса брюшной полости.

**Ключевые слова:** Левомеколь, спаечная болезнь брюшной полости.

## **ТАЖРЫЙБАДА ЖАБАШУУГА КАРШЫ КАРАЖАТТАРДЫ КОЛДОНУУНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО**

**Маматов Н.Н.**

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

**Кортунду.** Рандомизировалык параллелдик көзөмөлдөнгөн изилдөөдө курсак көңдөйүндө операция убагында жабышууну алдып алуу үчүн көп компоненттүү Левомеколь майын колдонуунун тажрыйбалык тактоосу жүргүзүлдү. Тажрыйбалык изилдөө «Вистар» тобуна кирген 60 келемишке жүргүзүлдү. Көзөмөл тобунда салыштыруу үчүн Женчевский аралашмасы жана NaCl физиологиялык суюктугу колдонулду. Курсак көңдөйүндө операция убагында жабышууну алдып алуу үчүн Левомеколь майын колдонуу жогорку натыйжалуу экендиги далилденди.

**Өзөктүү сөздөр:** Левомеколь, курсак көңдөйүнүн жабышгаак оорусу.

## **ESTIMATION OF EFFICIENCY OF ANTIADHESIVE PREPARATIONS APPLICATIONS IN EXPERIMENT**

**Mamatov N.N.**

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

**Resume.** In randomize parallel controllable clinical trial the experimental substantiation of application of multicomponent ointment Levomekol for intraoperative preventive maintenance of adhesive process of abdomen cavity is given. For experimental research we use the 60 rats of "Vistar" line. In control groups we used a mixture of Zhenchevsky and physiological solution NaCl. High efficiency of ointment of Levomekol in intraoperative preventive maintenance of adhesive process of abdomen of cavity is proved.

**Keywords:** Levomekol, adhesive disease of abdominal cavity.

**Введение.** Сложный патогенез спаечного процесса брюшной полости определяет ряд требований к лекарственным препаратам для профилактики и лечения брюшинных сращений [2]. Прежде всего, эти препараты должны обладать одновременным многонаправленным действием (разобщающим, противовоспалительным, сорбирующим и т.п.). Применяемые во время операции препараты должны быть удобными в применении, не требовать фиксации шовным материалом, обладать физическими свойствами, необходимыми для наилучшего нанесения на серозные поверхности. Антиадгезивные препараты должны быть эффективными в присутствии крови и экссудата и не должны препятствовать физиологическому

функционированию внутренних органов и репаративных процессов [8,9,10]. Подобным препаратам необходимо иметь адсорбирующие свойства, что способствует выведению из брюшной полости воспалительного экссудата.

**Целью** нашего исследования явилась экспериментальная оценка антиадгезивной эффективности многокомпонентной мази Левомеколь при профилактике внутрибрюшного спайкообразования.

**Материал и методы.** В условиях эксперимента нами было проведено рандомизированное параллельное, контролируемое исследование по комплексной оценке антиадгезивной эффективности противоспаечной смеси Женчевского, физиологического раствора

NaCl и мази Левомеколь.

В экспериментальных группах использовались крысы линии Vistar, обоюго пола, массой  $180 \pm 15,8$  г и возрастом  $70 \pm 14$  дней. Для проведения эксперимента использовалась усовершенствованная нами модель получения спаечного процесса путем комбинированного, последовательного травмирования париетальных и висцеральных листков брюшины термодесикаризацией (при помощи пневмотермодрайера Phillips HP-4829, мощностью 2000 Вт), механическим повреждением (производились 4-5 насечек на париетальной брюшине длиной 1,0-1,5 см с каждой стороны) и ишемией кишечника (на брыжейку кишечника в течение 15-ти минут накладывался зажим с мягкими браншами) [3]. В каждую из трех экспериментальных групп было включено по 25 животных. Перед ушиванием лапаротомной раны, в брюшную полость животных каждой из групп вводилось соответствующее противовоспалительное средство по методике G.S. Dizerega [3].

В I экспериментальной группе использовалась противовоспалительная смесь по Р.А. Женчевскому в состав которой входят 20-30 мг трипсина и 60 мг преднизолона, разведенные в 400 мл гемодеза. [1]. Преднизолон - тормозит фибропластические процессы на поверхности органов брюшной полости, задерживает осаждение фибрина, пролиферацию капилляров и базоидальных клеток, а также осаждение коллагена. Фермент трипсин - растворяет фибрин, который образуется вследствие фибропластических процессов на висцеральной и париетальной брюшине. Гемодез (6% раствор низкомолекулярного поливинилпирролидона) обладает абсорбционными свойствами, нормализует проницаемость клеточных мем-

бран, в результате чего восстанавливается электролитный состав и нормализуются функции органов брюшной полости.

Во II группе экспериментов использовался физиологический раствор хлорида натрия (0,9%), предложенное как эффективное противовоспалительное средство Н. Reich в 1996 году [7]. Его антиадгезивные свойства объясняются тем, что попавший на поврежденную брюшинную поверхность физиологический раствор хлорида натрия смывает и одновременно уменьшает концентрацию веществ, которые поступают в очаг воспаления и являются субстратом для образования послеоперационных сращений.

В III экспериментальной группе использовалась мазь Левомеколь, содержащая следующие компоненты: левомицетин - антибиотик широкого спектра действия; тримикаин - местный анестетик; метилурацил - применяется для ускорения процессов регенерации, стимуляции клеточных и гуморальных факторов защиты, оказывает противовоспалительное действие. Внутривнутрибрюшное применение метилурацила в мази способствует отторжению некротических тканей и уменьшению гнойно-воспалительных явлений [6]. Полиэтиленоксидный гель, используемый в качестве носителя мази, растворяет гидрофильные и гидрофобные вещества, хорошо адсорбирует раневой экссудат, легко наносится на серозную поверхность, равномерно по ним распределяясь, не препятствует физиологической функции этих образований [цит. из 5].

На 14-й день после операции животные всех трех групп выводились из эксперимента методом передозировки кетаминном (80 мг/100 гр. массы тела).

Выраженность спаечного процесса оценивалась модифицированной нами балльной

**Таблица 1. Таблица оценки спаечного процесса брюшной полости**

В пределах одного этажа	В пределах двух этажей	СП в виде конгломерата органов
1 балл	3 балла	5 баллов
Спаечный процесс без сужения просвета кишки	Спаечный процесс с сужением просвета кишки	Обтурация или странгуляция кишечной трубки
1 балл	3 балла	5 баллов
До 5	От 5 до 10	От 10 и более
1 балл	3 балла	5 баллов
Шнуровидные	Мембранозные	Плоскостные
1 балл	3 балла	5 балла

системой, разработанной при моделировании спаечного процесса брюшной полости (Таб. 1), учитывающей распространенность спаек, изменения со стороны диаметра кишечной трубки, количество спаек, морфологический вид сращений [5].

Результаты и обсуждение. При аутопсии у экспериментальных животных I группы (противоспаечная смесь Женчевского) внутрибрюшные спайки выявлены у 19-ти животных, т.е. в 84% случаев. Визуально спаечный процесс имел различные варианты, чаще всего представляя собой висцеро-висцеральные сращения. По распространенности спаечного процесса у 9-ти животных зона спайкообразования занимала около двух этажей брюшной полости, в 6-ти случаях спаечный процесс занимал один этаж, конгломератные формы встречались в 4-х случаях. При бальной оценке этого критерия среднее количество баллов в этой группе животных составило  $2,12 \pm 0,21$  балла.

При визуальной оценке изменений со стороны диаметра кишечной трубки в этой группе обнаружено сужение просвета кишки у 11-ти животных, в 8-ми случаях сужение просвета кишки не наблюдалось, что соответствовало  $1,64 \pm 0,1$  баллам. Расчет среднего количества спаек у животных этой группы составил в среднем  $8,36 \pm 0,78$  спаек, что соответствовало  $3,08 \pm 0,21$  баллам. Образовавшиеся спайки имели умеренно плотную консистенцию, при попытке их отделения растягивались, а затем разрывались, повреждая серозный покров париетальной и висцеральной брюшины. По морфологическому виду образовавшиеся сращения были достаточно васкуляризованы, преобладали мембранозные спайки, встречались и плоскостные, редко - шнуровидные. Среднее количество баллов по этому критерию составило  $24,2 \pm 2,91$  (Таб. 2).

Во II экспериментальной группе животных (физиологический раствор NaCl). На секции у 23 животных обнаружен спаечный процесс (92%). При ревизии у животных второй группы спаечный процесс брюшной полости встречался во всех отделах. По распространенности спаечный процесс занимающий один этаж брюшной полости обнаружен у 4-х особей, у 14-ти животных спаечный процесс занимал два этажа брюшной полости, сплошной процесс в

виде конгломерата обнаружен у 5-ти особей, что соответствовало в среднем  $2,84 \pm 0,21$  баллам. Сужение кишечной трубки вследствие спаечного процесса наблюдалось у 20-ти животных, у 3-х животных сужений не отмечалось, что составило в среднем  $2,52 \pm 0,1$  баллов. Бальная оценка количества спаек составила в среднем  $3,88 \pm 0,1$  балла. Сращения в основном имели мембранозный характер, реже плоскостной, значительно меньше встречался шнуровидный вид спаек. По этому критерию расчеты составили в среднем  $25,76 \pm 2,08$  балла (Таб. 2). Спайки были достаточно васкуляризованы, при попытке отделить их разделяются с трудом, имеет место дессерозация брюшины и вскрытие просвета тонкой кишки.

У экспериментальных животных III группы спаечный процесс выявлен только у 10 животных, то есть в 40% случаев. Изменения брюшной полости носили очаговый характер и наблюдались чаще всего в области послеоперационного рубца. В большинстве случаев спайки представляли собой висцеро-париетальные сращения без участия сальника. Лишь у 2-х животных сальник был подпаян отдельно от кишечника к брюшной стенке в области послеоперационного рубца рыхлыми спайками, которые разъединялись тупым путем без травматизации сальника и париетальной брюшины. У 2-х животных отмечались сращения между нисходящим отделом толстой кишки и париетальной брюшины. Спайки в основном имели мембранозный рыхлый характер, при попытке отделить их легко разрывались, не повреждая стенку кишечника или париетальную брюшину. Следов скарификации париетальной брюшины ни в одном случае не обнаружено. При оценке распространенности спаечного процесса, сращения в пределах двух этажей брюшной полости обнаружены у 3-х животных, в остальных 7-ми случаях распространение спаек занимало только один этаж брюшной полости. Расчет балльной оценки распространенности спаечного процесса составил  $0,72 \pm 0,1$  балла. Спаечного сужения полых органов (второй критерий) в этой группе не наблюдали, что соответствовало в среднем  $0,4 \pm 0,052$  баллам. Далее производилась оценка спаечного процесса по среднему количеству спаек, которое соответствовало в среднем  $0,56 \pm 0,1$  баллам. Морфологически сращения были в основном

**Таблица 2. Оценка СПБП в экспериментальных группах животных (M±m)**

№	Критерии оценки	I группа	II группа	III группа	P
1	Распространенность СП в брюшной полости	2,12±0,21 (1,69ч2,55)	2,84±0,21 (2,41ч3,27)	0,72±0,1 (0,51ч0,93)	$P_1 \geq 0,05;$ $P_2 \leq 0,05;$ $P_3 < 0,05$
2	Изменения со стороны кишечной трубки	1,64±0,1 (1,94ч2,36)	2,52±0,1 (2,31ч2,73)	0,4±0,052 (0,3ч0,45)	$P_1 \geq 0,05;$ $P_2 \leq 0,05;$ $P_3 < 0,05$
3	Количество спаек	3,08±0,21 (2,87ч3,29)	3,88±0,1 (3,67ч4,09)	0,56±0, (0,35ч0,77)	$P_1 < 0,05;$ $P_2 \leq 0,05;$ $P_3 < 0,05$
4	Морфологический вид спаек	24,2±2,91 (18,2ч30,2)	25,76±2,08 (21,48ч30,0)	5,44±0,9 (3,6ч9,04)	$P_1 \geq 0,05;$ $P_2 \leq 0,05;$ $P_3 < 0,05$
5	M±m	31,04±3,41 (27,14ч34,94)	35±4,02 (32,5ч37,5)	7,12±1,17 (6,23ч8,01)	$P_1 \geq 0,05;$ $P_2 \leq 0,05;$ $P_3 < 0,05$

$P_1$  - достоверность между I и II экспериментальными группами;  
 $P_2$  - достоверность между I и III экспериментальными группами;  
 $P_3$  - достоверность между II и III экспериментальными группами;

мембранозные, плоскостные спайки встречались реже. шнуровидных тяжей не обнаружено. Среднее количество баллов по этому критерию составило 5,44±0,9 балла (Таб. 2).

Гистологическая картина спаек во всех группах соответствовала срокам созревания соединительной ткани. При исследовании внутренних органов животных всех групп патологических изменений не выявлено.

Таким образом, анализ результатов экспериментального рандомизированного параллельного контролируемого исследования показал, что применение смеси Женчевского, изотонического раствора NaCl 0,9% и мази Левомеколь с целью профилактики спайкообразования в брюшной полости имели в той или иной степени положительный эффект, что выразилось в уменьшении интенсивности спаечного процесса во всех экспериментальных группах животных. Однако между собой степень эффективности изучаемых препаратов статистически достоверно отличалась по всем выделенным критериям объективизации оценки спаечного процесса (Табл. 2). Так, математический анализ распространенности СП в брюшной полости, изменений со стороны кишечной трубки, количеству спаек и их морфологическому виду статистически достоверно показал, что наиболее выраженным противоспаечным эффектом обладает многокомпонентная мазь Левомеколь за счет своего разобщающего, противовоспалительного, ранозаживляющего,

сорбционного и антибактериального действия.

**Литература:**

1. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. - М.: Медицина. - 1989. - 191с.
2. Кира Е.Ф., Левчук А.Л., Вязьмина К.Ю. Применение противоспаечных барьеров при миомэктомии у женщин репродуктивного возраста. // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2009. - т. 4 - № 2. – С.28-30.
3. Липатов В.А. Обоснование применения геля метилцеллюлозы для профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости: Дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – Курск. - 2004. - 148с.
4. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г. и др. Спаечная болезнь как проблема репродукции и методы ее профилактики. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - №4. – С.41-44.
5. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Овчаренко К.Е. и др. Оценка эффективности различных вариантов моделирования спаечного процесса брюшной полости. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2011. - №3. - С.327-332.
6. Струков А.И. Острый разлитой перитонит. М: Медицина. - 1987. - 288с.
7. Хусаинова В.Х., Федорова Т.А., Волков Н.И. Диагностика, лечение и профилактика спаечного процесса в малом тазе у женщин с

трубно- перитонеальной формой бесплодия. // Гинекология журнал для практических врачей. – 2003. - №2. – С.22-25.

8. Gaertner W.B., Hagerman G.F., Felemovicus I. et al. Two Experimental Models for Generating Abdominal Adhesions. // J. Surg. Res. – 2007. - № 14. – P.31-34.

9. Harris D.A., Topley N. Peritoneal adhesions. // Br. J. Surg. – 2008. - №3. - P.271-272.

10. Whitfield R.R., Stills H.F., Huls H.R. et. al. Effects of peritoneal closure and suture material on adhesion formation in a rabbit model. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. - №. – P.66-69.



**Дни науки**



**КГМА**

**2014**

**Научно-практическая конференция посвященная  
75-летию КГМА им. И.К. Ахунбаева**

**16-18 апреля 2014 года**



## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ДЕФЕКТОМ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА**

**Есиркепов А.А., Габит Айдана, Мамеков А.С.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

**Резюме:** Было обследовано 84 больных проходивших лечение в стоматологической клинике КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова. Целью исследования было определение качества жизни больных с дефектом средней зоны лица до оказания ортопедической стоматологической помощи. В зависимости от характера дефекта челюстно-лицевой области больные были распределены на 3 клинические группы. Исследование с использованием функциональных проб и карты обследования больных с дефектом средней зоны лица позволило определить степень функциональных, анатомических нарушений и показало, что качество жизни больных в значительной степени ухудшается. Деформация лицевого скелета, обезображивание лица и нарушения жизненно важных функции отрицательно сказывается на психическом состоянии человека и приводит к социальной дезадаптации. Предложенные авторами карта обследования и функциональные пробы могут быть использованы для определения качества жизни больных с челюстно-лицевым дефектом до и после ортопедического лечения.

**Ключевые слова:** ортопедическая стоматология, стоматологическое здоровье, качество жизни, дефекты средней зоны лица, челюстно-лицевые дефекты.

## **THE ASSESSMENT OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH THE DEFECT OF MIDDLE ZONE OF THE FACE**

**Esirkepov A.A., Gabit Aidana, Mamekov A.S.**

Kazakh National Medical University named after S.D Asfendiakov

Alma Ata, Kazakh Republic

**Resume:** 84 patients were examined and treated at stomatological clinic of Kaz A.M.U named after S.D Asfendiakov. The purpose of this study was the assessment of life quality of patients with the defect of middle zone of the face before rendering orthopedic stomatological aid. The patients were divided into 3 clinical groups depending on the character of the defect of maxillo-facial region. The study used functional tests and cards of disturbances, determined the rate of functional, anatomical disturbances and showed that life quality was considerably impaired. Deformation of facial skeleton, disfiguration of face and disturbances of vitally important functions negatively influences on human psychic state and leads to social desadaptation. Cards of examination and functional tests may be used for the assessment of life quality of patients with maxillo-facial defect before and after orthopedic treatment.

**Key-words:** orthopedic stomatology, dental health, life quality, defect of middle zone of the face, maxillo-facial defect.

**Введение:** Здоровье - это одна из важнейших жизненных ценностей человека, залог его благополучия и долголетия, дающий людям ощущение полноты жизни, возможность совершать действия, вызывающие удовлетворение, ощущение контроля над собственной жизнью и ее условиями.

Стоматологическое здоровье - это состояние, которое позволяет человеку функционально питаться и улучшить коммуникативные функции, восстановить эстетическую функцию полости рта и лица, повысить самооценку. На современном этапе развития общества оказание стоматологической помощи населению должно иметь конечной целью достижение и поддержание функционирующей, безболезненной, эстетичной и социально приемлемой ситуации в полости рта в течение всей жизни у большинства людей [1].

**Актуальность:** Хирургическое лечение ЧЛЮ часто сопровождается резекцией значительного объема тканей средней зоны лица и приводит к тяжелым анатомо-функциональным и эстетическим нарушениям. Использование стоматологических критериев качества жизни в практике стоматолога особенно важно, т.к. позволяет комплексно оценить не только степень утраты собственно стоматологического здоровья, но и позволяет оценить адекватность проводимого стоматологического лечения [1, 2, 3].

Поиск и разработка методик определения качества жизни пациентов с челюстно-лицевыми дефектами до и после лечения составляет актуальную проблему ортопедической стоматологии.

**Цель исследования:** Определение качества жизни больных с дефектом средней

зоны лица до оказания ортопедической стоматологической помощи.

## Материалы и методы исследования.

Нами было обследовано 84 больных проходивших лечение в стоматологической клинике КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова.

Клиническое обследование мы проводили методом общестоматологического обследования. Выявили сроки и обстоятельства получения дефекта, характер и объем повреждения мягких и костных тканей, время и место проведения операции. Во время беседы обращали внимание и оценивали дыхание и речь (чистота, произношение отдельных звуков, равномерность дыхания). Во время осмотра определяли объем эстетических нарушений, размер дефекта, тип лица и его симметричность. Подробно осматривали и описывали рубцовую деформацию мягких тканей, ограничивающих дефект, выявили нарушение иннервации, степень открывания рта. При интраоральном исследовании определили подвижность мягких тканей, в том числе и губ. Оценивали правильность смыкания зубных рядов. При визуальном осмотре дефектов выявили наличие рубцов и тяжей, их консистенцию и направления, их влияние на степень открывания рта. Охарактеризовали границы дефекта относительно анатомических образований полости рта. Оценивали состояние языка, дна полости рта, мягкого неба, наличие сообщения с полостью носа и верхнечелюстной пазухой. Определяли и уточняли границы дефекта, обращая внимание на нарушения носового дыхания, глотания и речеобразования.

В специальных методах исследования особое место занимает антропометрия диагностических моделей и масок лица. При анализе диагностических моделей мы

оценивали состояние зубных рядов, выявляли окклюзионные контакты, определяли объем дефекта альвеолярного отростка, наличие анатомических образований челюстей, а при анализе масок лица оценивали размеры дефекта, тип и симметричность лица.

Для выяснения степени сообщения полости рта с полостью носа провели функциональные методы обследования. Конечно, при объективном осмотре видны эти сообщения, но все же важным является степень их выраженности. Общеизвестные пробы (проба с жидкостью, проба со вздутием щеки) [4] определяют только степень сообщения полости рта с полостью носа и верхнечелюстной пазухой, но не определяют степень восстановления функции. Нами предложены: проба с шаром и проба с трубочкой. Для проведения пробы с шаром просим больного надуть шар. Если это не возможно, то проба отрицательна. Для проведения пробы с трубочкой больному дается стакан с жидкостью, с которого он должен пить с помощью коктейльной трубочки. При наличии сообщения проба отрицательна.

В результате этих проб устанавливается степень сообщения с полостью носа, а также возможно определить качество восстановленной функции после ортопедического лечения больных.

В зависимости от характера дефекта челюстно-лицевой области больные были нами распределены на 3 клинические группы (Табл 1).

Все данные обследования пациентов заносились в специально разработанную нами карту обследования. (Табл 2)

## Результаты и обсуждения.

После обработки «Специальной

Таблица 1

Группа больных	Количество человек	%
1 группа. Больные с дефектами и деформациями верхней челюсти	72	85,7 %
2 группа. Больные с дефектами лица и орбиты глаза	3	3,6 %
3 группа. Больные с сочетанными дефектами и деформациями челюстно-лицевой области	9	10,7 %
Всего:	84	100%

Наименования		Данные до ортопедического лечения
Ф.И.О.		
год рождения		
место жительства		
профессия		
локализация дефекта		
рентгеновский снимок до операции		
диагноз		
дата операции		
рентгеновский снимок после операции		
местные осложнения	деформирующие рубцы мягких тканей	
	ограничение открывания рта	
	воспаление слизистой полости рта	
выявленные функциональные нарушения	речеобразование	
	дыхание	
	жевание	
	формирование пищевого комка	
	глотание	
	нарушение зрения	
	нарушение ориентации	
	депрессия	
косметический дефект		
выявленные анатомические нарушения	отсутствие глазного яблока	
	деформация мягких тканей	
	дефект костных тканей	
	патологическая подвижность зубов	
	дефект альвеолярного отростка	

карты обследования больных с ЧЛД» были установлены особенности функциональных и анатомических нарушений в трех клинических группах. Первая группа представлена больными с дефектами и деформациями верхней челюстей. У этих больных наблюдается выраженные нарушения речеобразования, жевания, образования пищевого комка, глотания, наличие рубцовой деформации мягких тканей, дефекты альвеолярного отростка, подвижность зубов

ограничивающих дефект. У больных второй клинической группы, с дефектами лица и орбиты глаза имеются выраженные нарушения зрения, наблюдались грубые обезображивания внешнего вида, в значительной степени усугубившиеся отсутствием содержимого глазного яблока, дефекты мягких и костных тканей. У больных третьей группы, с сочетанными дефектами, наряду с выраженными косметическими нарушениями выявились тяжелые функциональные

нарушения.

**I группа - Функциональные и анатомические нарушения больных с дефектами верхней челюсти.**

**I Функциональные нарушения**

- 1) Речеобразование
- 2) Дыхание
- 3) Жевание
- 4) Формирование пищевого комка
- 5) Глотание

**II Анатомические нарушения**

ограничивающих дефект

- 1) Рубцовая деформация мягких тканей
- 2) Патологическая подвижность зубов,

- 3) Дефекты альвеолярного отростка
- 4) Нарушение клапанной зоны

**2 группа - Функциональные и анатомические нарушения больных с дефектами лица и орбиты глаза.**

**I Функциональные нарушения**

- 1) Нарушение зрения
- 2) Нарушение ориентации
- 3) Депрессии психогении
- 4) Косметический дефект

**II Анатомические нарушения**

- 1) Отсутствие глазного яблока
- 2) Деформация мягких тканей
- 3) Дефект костных тканей

**3 группа - Функциональные и анатомические нарушения при сочетанных дефектах средней зоны лица.**

**I Функциональные нарушения**

- 1) Нарушение зрения
- 2) Нарушение ориентации
- 3) Депрессии психогении
- 4) Косметический дефект
- 5) Речеобразование
- 6) Дыхание
- 7) Жевание
- 8) Формирование пищевого комка
- 9) Глотание

**II Анатомические нарушения**

- 1) Отсутствие глазного яблока
- 2) Деформация мягких тканей
- 3) Дефект костных тканей
- 4) Патологическая подвижность ~~зубов~~

ограничивающих дефект

- 5) Дефекты альвеолярного отростка
- 6) Нарушение клапанной зоны

**Заключение.**

Таким образом, наше исследование с использованием функциональных проб и карты обследования больных с дефектом средней зоны лица показало, что качество жизни больных в значительной степени ухудшается. Деформация лицевого скелета, обезображивание лица и нарушения жизненно важных функции отрицательно сказывается на психическом состоянии человека и приводит к социальной дезадаптации. Такие люди становятся робкими, безвольными, иногда замкнутыми, озлобленными. Чувство неполноценности угнетает их и нарушает взаимоотношения с окружающими.

Определение качества жизни с помощью функциональных проб и карты обследования позволяет определить степень функциональных и анатомических нарушений, а также определить стратегию лечения и индивидуальную реабилитацию больного с челюстно-лицевыми дефектами. Предложенные нами карта обследования и функциональные пробы могут быть использованы для определения качества жизни больных с дефектом средней зоны лица до и после ортопедического лечения.

**Литература:**

1. «Качество жизни пациентов с заболеваниями полости рта» Гажва С.И., Гулуев Р.С., Гажва Ю.В. журнал Медицинские науки № 4, 2012г.

2. «Качество жизни челюстно-лицевых онкологических больных ортопедической стоматологической реабилитации» автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, автор Макаревич, А. А., 2009.

3. «Пилотное исследование качества жизни пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области» Н.М. Тризна, С.А. Иванов, Д.В. Угольник. Журнал «Медицинские новости» №8, 2007г.

4. «Изготовление резекционных протезов верхней челюсти», Есиркепов А.А., Рузуддинов С.Р., Хисамудинова А., «Экспериментальные и клинические проблемы в стоматологии», г. Алматы, 1989г., с.103-109

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**А.Ж. Мамышов**

Национальный госпиталь Министерства Здравоохранения КР,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Анализированы результаты оперативного лечения хронического остеомиелита у 106 больных сахарным диабетом. Комплексный метод лечения хронического остеомиелита у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить рецидивы и средние сроки лечения в 2,5 раза.

**Ключевые слова:** хронический остеомиелит, сахарный диабет, оперативное лечение.

## **КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАНДАРДЫН ӨНӨКӨТ ОСТЕОМИЕЛИТИН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫНА ТАЛДОО ЖҮРГҮЗҮҮ**

**А.Ж Мамышов**

КР Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук госпиталы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюме:** кант диабетине чалдыккан 106 оорулуунун өнөкөт остеомиелитин оперативдүү дарылоонун натыйжалары талданган.

Кант диабетине чалдыккан оорулуулардын өнөкөт остеомиелитин дарылоонун комплекстүү ыкмасы дарылоонун салттуу ыкмаларына салыштырганда кыйла натыйжалуу болуп чыкты, бул ыкма рецидивдерди жана дарылоонун орточо мөөнөттөрүн 2,5 эсе кыскартууга мүмкүнчүлүк берген.

**Негизги сөздөр:** өнөкөт остеомиелит, кант диабет, оперативдүү дарылоо.

## **CHRONIC OSTEOMYELITIS SURGICAL TREATMENT RESULT, ANALYSIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELITTUS.**

**Mamyshov A. J.**

National hospital of the Ministry of Health,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** The results of surgical treatment of chronic osteomyelitis in 106 patients with diabetes mellitus were analyzed. A complex method of therapy of chronic osteomyelitis in patients with diabetes mellitus proved to be more effective in comparison with the traditional one, in 2,5 times the relapses and average treatment terms.

**Key words:** chronic osteomyelitis, diabetes, operative therapy.

**Введение.** Проблема лечения хронического остеомиелита на сегодняшний день далека от своего решения. В зарубежной и отечественной литературе опубликовано множество работ, посвященных лечению этого заболевания. Продолжается поиск новых методов лечения, модифицируются различные вопросы обработки остеомиелитической полости и ее наполнения [3,8].

В связи с тем, что хроническим остеомиелитом чаще всего болеют сравнительно молодые люди в трудоспособном возрасте, проблема реабилитации этих больных является весьма актуальной [1,6].

Неудовлетворенность результатами лечения, высокий процент рецидивов при

использовании традиционных методов лечения, а также повышение резистентности микрофлоры к антибиотикам создало значительные трудности в лечении хронических остеомиелитов.

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения. Количество больных сахарным диабетом, по данным ВОЗ, в настоящее время в мире составляет более 150 млн. человек. Сахарный диабет - заболевание, характеризующееся значительными нарушениями обмена веществ, клинически проявляющееся в виде хронической гипергликемии, макро- и микроангиопатии, нейропатии, нефропатии [7].

В настоящее время проблема лечения хронического гематогенного остеомиелита у

лиц, страдающих сахарным диабетом, остается сложной и актуальной [7].

Развивающиеся на фоне сахарного диабета очаги остеомиелита часто существуют длительно, имеют склонность к прогрессированию и возникновению новых очагов [5].

Большая подверженность к инфекционно-воспалительным заболеваниям при сахарном диабете связана с поражением микроциркуляторного русла, нервов, снижением местного и общего иммунитета [6,9]. Развитие макро- и микроангиопатий, атония сосудов сопровождаются снижением объема кровотока в ткани, повышением вязкости крови, приводят к усилению агрегации эритроцитов, развитию тканевой гипоксии.

Очевидно, что трудности связанные с лечением хронического гематогенного остеомиелита обусловлены растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов, изменением видового состава микрофлоры [2,3,6]. Кроме того, меняется иммунный статус населения [8], в том числе под влиянием самих микроорганизмов, что приводит к увеличению частоты генерализованных, хронических форм и рецидивов хронического гематогенного остеомиелита [4,8].

**Целью настоящего исследования является анализ результатов лечения больных хроническим гематогенным остеомиелитом у больных сахарным диабетом.**

### **Материал и методы исследования.**

С 1997 по 2012 годы в отделении гнойной хирургии клиники им.И.К.Ахунбаева НГ МЗ КР прооперировано 106 больных с хроническими остеомиелитами длинных трубчатых костей, у которых сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет. В нашем исследовании преобладали больные сахарным диабетом 2-го типа - 93 человека (87,7%), тогда как сахарный диабет 1-го типа наблюдался у 13-ти (12,3%) больных.

Наиболее часто остеомиелитический очаг локализовался в бедренной кости (45,2%) и большеберцовой кости (23,5%).

При поступлении больным проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови) и специальные методы обследования: рентгенография длинных трубчатых костей,

фистулография в двух проекциях, при необходимости - рентген томографии костей, кроме того, обязательное микробиологическое исследование отделяемого из свищей. С помощью рентгенологического исследования выявили наличие в костной ткани репаративных процессов в виде периостальной реакции, проявляющейся утолщением и отслойкой надкостницы, изменение конфигурации и диаметра пораженных костей, деструктивных изменений, а также наличие секвестров в остеомиелитической полости. Рентгенконтрастные методы исследования позволили уточнить распространенность свищевых ходов в мягких тканях, в костях и объем патологической полости для рационального выбора оперативного доступа. Введенное контрастное вещество (йодолипол) позволяет точно определить размеры и форму полости, взаимное расположение свищевых ходов и выявить их связь с костным очагом.

### **Результаты и обсуждение**

У всех больных отделяемое свищевых ходов было подвергнуто микробиологическому исследованию. Производился посев гноя на микрофлору и определялась чувствительность микробов к антибиотикам.

Примерно в 75% случаев выявлен золотистый стафилококк, который чувствителен к линкомицину и гентамицину, и практически в 90% случаях устойчив к другим антибиотикам.

С целью предоперационной подготовки все поступившие больные с наличием свищей и обострений после определения чувствительности к антибиотикам получали антибактериальную терапию (линкомицин, гентамицин, ампициллин). Производилась санация свищевых ходов антисептическими растворами (3% перекиси водорода, фурацилин, 0,2% раствор хлоргексидина, трипсин, химотрипсин с 0,25% раствором новокаина). Больным назначался антистафилококковый анатоксин по схеме: метилурацил, оротат калия и витамины группы В, С. Через 5-7 дней после такой подготовки состояние больных заметно улучшалось, боли стихали, снижалась температура, уменьшался отек и гиперемия, значительно уменьшалось, а то и вообще прекращалось, отделяемое из свищей.

После предварительной предоперационной подготовки все больные были оперированы. В предоперационном периоде мы добивались коррекции сахара простым инсулином и диетой.

Все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 34 (48,6%) больных, которым были произведены хирургические вмешательства с использованием оригинальной методики – остеоперфорации с расширенной санацией и дренированием гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала. В контрольную группу вошли 36 (51,4%) больных, которые были оперированы по другим методикам хирургического вмешательства.

У всех 34 (100,0%) больных основной группы метод оперативного лечения заключался в расширенной санации и широком дренировании гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала. На основании данных рентгенологического исследования, широким разрезом по межмышечным фасциальным футлярам обнажается трубчатая кость в зоне поражения, при этом вскрываются межмышечные и параосальные флегмоны. При наличии не вовлеченной в воспалительный процесс надкостницы, крестообразными разрезами длиной 2,5 см, на месте предполагаемой остеоперфорации обнажается участок пораженной кости. Производятся широкие перфорационные отверстия диаметром до 2 см на всём протяжении диафиза в количестве до 6 стандартным набором фрез хирургического коловорота. Тщательно извлекается содержимое костномозгового канала (обычно под большим давлением самостоятельно изливается гной и воспалительный костномозговой детрит). Следует следить, чтобы фрезные отверстия в компактном слое кости не были забитыми сгустками крови и гнойным детритом.

Также следует отметить, что расстояния между отверстиями должны быть не менее 5 см во избежание нарушения кровообращения по Гаверсовым каналам, так как при меньшем промежутке наступает некроз кости в сегменте между перфорационными отверстиями, что увеличивает вероятность патологических переломов, секвестрации и хронизации процесса. На протяжении всего костномозгового канала через крайние остеоперфорационные отверстия проводится дренажная полихлорвиниловая трубка диаметром до 1 см со множественными боковыми отверстиями на ней диаметром до 0,6 см, которые располагаются как внутри костномозгового канала, так и вне его. Санируется пространство межмышечной

флегмоны, проводится некроэктомия и удаление фибрина. Рана зашивается послойно от фасции до кожи наглухо герметизирующими швами. В послеоперационный период осуществляется лаваж костномозгового канала через дренажную трубку, которая выводится через отдельные проколы в коже вне операционной раны, налаживается проточно-промывная система.

Мы пришли к выводу, что данная полихлорвиниловая дренажная трубка одинаково хорошо дренирует как костномозговой канал, так и полость межмышечной флегмоны, так как сама перфорированная кость является элементом дренажа окружающих мягких тканей. Треугольные лоскуты надкостницы над остеоперфорациями самостоятельно вворачиваются внутрь, обеспечивая в последующем быструю репарацию перфорированного участка кости.

Сразу после операции больной орган в обязательном порядке иммобилизуется с захватом двух смежных суставов. При поражении бедра и голени конечность может быть уложена на шину Беллера с фиксацией суставов в физиологическом положении. Верхние конечности чаще всего иммобилизуются гипсовыми лонгетами также с захватом двух смежных суставов. В исключительных случаях при поражении плечевой кости, когда требуются частые перевязки, можно использовать косыночную повязку, но в последующем при улучшении местного процесса, конечность должна быть фиксирована гипсовой повязкой.

Эффективность местного лечения повышается при использовании проточно-промывной методики дренирования, которая способствует созданию в гнойной полости дозируемого разрежения, вызывающего отток тканевой жидкости вместе с токсическими продуктами воспаления и некроза. В качестве диализирующей жидкости использовались изотонические растворы с антибиотиками, раствор гипохлорида натрия, раствор фурацилина. При этом внутрикостный лаваж осуществляется постоянно или фракционно по 4-6 часов с равными интервалами. Показаниями к отмене лаважа являются улучшение общего состояния больного, устранение гипертермии, появление чистой диализирующей жидкости.

### Выводы:

Усовершенствованный метод остеоперфорации позволяет добиться эффективной

санации гнойного очага и адекватного дренирования костномозгового канала. Патологические переломы в основной группе не были отмечены ни в одном случае, наблюдалось уменьшение сроков лечения в стационаре. Разработанный способ остеоперфорации у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

### Литература:

1. Айталиев Д.Э. Хирургическое лечение хронического остеомиелита // Центрально-Азиатский медицинский журнал.- 2003.- Т. IX (прил. 1).- С. 19-21.
2. Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митиш В.А., Борисов И.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 30.
3. Борисов И.В. Антибактериальная терапия при остеомиелите // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. - Т. 48, № 9. - С. 37-40.
4. Дьячкова Г.В. Компьютерно-томографическая семиотика костной деструкции при хроническом остеомиелите, развившемся после гематогенного // Медицинская визуализация. - 2008. - № 5. - С. 104-110.
5. Коваль А.Н. Гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у лиц молодого возраста // Вестник хирургии. - 2008.- Т. 167, № 5. - С. 114-118.
6. Agaja S.B. Chronic osteomyelitis in Ilorin, Nigeria // S. Afr. J. Surg. - 2008. - Vol. 46, N. 4. - P. 116-118.
7. Beslekoev U.S., Fedoseev M.M., Anipchenko A.N Restoration of limb long bone defects after gunshot osteomyelitis. // Voen. Med. Zh. - 2005. - Vol. 326, N. 6. - P. 19-21.
8. Bevin C.R., Inwards C.Y., Keller E.E. Surgical management of primary chronic osteomyelitis: a long-term retrospective analysis // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol. 66, N. 10. - P. 2073-2085.



## СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО БАЛАНСА ПРИ ТОКСОКАРОЗЕ

Мергенов А.Э.

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

**Резюме:** В статье показано, что у больных токсокарозом на этапе развернутых клинических проявлений выявляется дисбаланс цитокинов с провоспалительными (ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6) и противовоспалительными (ИЛ-4) функциями, что может способствовать поддержанию каскада иммуновоспалительных реакций и вызывать тяжелые формы заболевания.

**Ключевые слова:** токсокароз, иммунология, цитокины, интерлейкины.

## ТОКСОКАРОЗ ООРУСУНДАГЫ ЦИТОКИНДИК БАЛАНСТЫН АБАЛЫ

Мергенов А.Э.

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

**Корутунду:** Сунуш кылынган статьяда токсокароздун кең түрдө жайылган кезинде ооруларда цитокидин ар кандай функциялардындагы (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6 жана ИЛ-4) дисбалансы белгиленгендиги көрсөтүлгөн, алар иммундук жана сезгентүүчү реакциялардын каскадына түрткү берип жана оорунун катуу формаларын козготушат.

**Негизги сөздөр:** токсокароз, иммунология, цитокиндер, интерлейкиндер.

## STATE OF THE CYTOKINE BALANCE IN TOXOCARIASIS

Mergenov A.E.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Internal diseases department  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** The paper shows that in patients with toxocariasis during the detailed clinical manifestations of an imbalance is detected with proinflammatory cytokines (TNF- $\alpha$  and IL-6) and anti-inflammatory (IL-4) functions, which can contribute to the immunoinflammatory reactions and cause severe disease.

**Keywords:** toxocariasis, immunology, cytokines, interleukins.

В последние годы в Кыргызской Республике отмечается рост числа регистрируемых паразитарных заболеваний. Ежегодно в среднем по данным официальной статистики Департамента Государственного санитарно-эпидемиологического надзора регистрируется от 35 до 45 тысяч различных паразитарных болезней, что во много раз превышает уровень заболеваемости всеми кишечными инфекциями [1].

Токсокароз – это личиночный, хронически протекающий тканевой геогельминтоз, характеризующееся длительным рецидивирующим течением и полиорганными поражениями. Человек заражается пер орально – через руки, пищевые продукты (овощи, фрукты, зелень), воду, загрязнённые почвой, содержащей яйца токсокар от инвазированных собак. Уровень пораженности населения этой инвазией возрастает ежегодно, что связано как

с совершенствованием методов диагностики, так еще в большей степени, за счет увеличения численности собак в городах, несоблюдения правил их содержания, отсутствия мер деинвазии их экскрементов, что приводит к активной циркуляции возбудителя.

Наиболее общее патологическое воздействие всех гельминтов – аллергизация организма и подавление иммунного ответа. Гельминты, их части, продукты их жизнедеятельности являются аллергенами, вызывают воспалительные изменения, оказывают иммуносупрессивное действие и всегда индуцируют интенсивную продукцию IgE-антител. Конечно, гельминтозы нельзя отнести к истинно аллергическим заболеваниям, но надо помнить, что это болезни, в патогенезе которых аллергия участвует, как обязательный компонент основного патологического процесса [2]. Иммунная система всегда реагирует на

действие паразитарного антигена, и длительное хроническое течение инвазии вызывает ее истощение. Поэтому в докладе ВОЗ (1977) среди причин, способных вызвать вторичное иммунодефицитное состояние (ВИД), на первое место были вынесены протозойные и глистные болезни.

Инвазия *T.canis* является мощным эндогенным фактором формирования у детей стойкого регуляторного дисбаланса иммунной системы, который проявляется снижением показателей фагоцитоза, повышением содержания ЦИК и общего Ig E [3]. Имеющиеся в литературе сведения об изменениях отдельных звеньев иммунитета у больных токсокарозом не дают целостного представления о состоянии системы иммунитета при этом заболевании. Перечисленные обстоятельства обуславливают актуальность проведенных исследований, направленных на выявление маркеров иммунопатологических реакций, лежащих в основе развития инфекционных заболеваний.

Целью настоящей работы явилось изучение содержания про- и противовоспалительных цитокинов у больных токсокарозом.

#### **Материал и методы исследования**

Материал исследования – сыворотка венозной крови 27 больных токсокарозом, верифицированный методом ИФА-диагностики.

Метод исследования – определение количественного содержания провоспалительных (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6) и противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4) с использованием твердофазного иммуноферментного анализа. Для постановки анализа использовалось оборудование «Multiskan» и наборы реактивов ЗАО «Вектор-Бест» (Новосибирск, Россия).

Статистическую обработку результатов вели по критерию Стьюдента по программе Microsoft Statistica, Statson, версия 6.0, с расчетами средней и ошибки средней ( $M+m$ ), критерия Пирсона и др. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Результаты, полученные при изучении продукции цитокинов у больных токсокарозом, сопоставлены с соответствующими показателями здоровых доноров.

#### **Результаты и обсуждение**

Диагноз токсокароза у 27 обследованных больных верифицирован выявлением антител к токсокарам в сыворотке крови в титрах: 1:400 –

1:800. Среди больных лиц мужского пола было – 12 человек, женского – 15 человек. Возрастной состав больных представлен следующими группами: дети от 1 года до 15 лет – 13 человек, 16 – 20 лет – 3, 21 – 30 лет – 6, 31 – 40 лет – 5 человек. Следовательно, среди больных почти по 50% приходится на долю детей и взрослых, и в эпидемиологическом анамнезе у них получены сведения о геофагии и наличии в доме собаки. Контрольную группу составили 27 человек в возрасте 22- 30 лет.

При токсокарозе миграция личинок сопровождается повреждением тканей и, как следствие, воспалениями геморрагического и некротического характера. Характеризуется полиморфизмом клинической картины от бессимптомных до молниеносных, внезапно и быстро развивающихся форм. У обследованных больных клиническими проявлениями токсокароза были лихорадка в  $27,5 \pm 4,5\%$  случаях, явления бронхита – в  $20,1 \pm 4\%$ , полиморфная сыпь –  $56,6 \pm 5\%$ , боли в животе, снижение аппетита и веса – в  $23,8 \pm 4,3\%$  случаях. Увеличение печени было отмечено у  $4,7 \pm 2,1\%$  больных. В общем клиническом анализе крови эозинофилия выявлялась с частотой от  $29,6\%$  до  $76\%$ .

Известно, что в формировании патогенеза аллергических, инфекционных, паразитарных и других заболеваний определенную роль играет нарушение баланса цитокинов про- и противовоспалительного ряда [4]. Система цитокинов является регуляторной сетью медиаторов и контролирует процессы реализации иммунной и воспалительной активности [5, 6].

Результаты наших исследований показали, что у больных токсокарозом в крови отмечается значительное повышение уровня провоспалительных (ФНО- $\alpha$ , ИЛ-6) и противовоспалительного (ИЛ-4) цитокинов. Анализируя спектр цитокинов у обследованных больных нами обнаружено, что уровень ФНО- $\alpha$  превышал значения у здоровых лиц более, чем в 20 раз и составил  $10,9 \pm 1,6$  пг/мл (у здоровых лиц –  $0,50 \pm 0,15$  пг/мл). Выявленное повышение данного показателя у пациентов, вероятно, свидетельствует о высокой активности текущего у них патологического процесса. ФНО- $\alpha$  подобно ИЛ-6, является мощным стимулятором такой системной реакции организма, как синтез белков острой фазы, возникающей в ответ на тканевое

повреждение [7]. Показатель ИЛ-6 составил  $14,1 \pm 1,68$  пг/мл (у здоровых лиц –  $2,0 \pm 0,26$  пг/мл), такое повышение продукции ИЛ-6 связано с повреждением тканей при токсокарозе. Более того, ИЛ-6 является одним из главных медиаторов таких клинических проявлений повреждения тканей, как лихорадка. Полученные данные свидетельствуют, что выраженность и прогрессирование токсокароза могут быть тесно связаны с концентрацией в плазме крови ФНО- $\alpha$  и ИЛ-6, поскольку при тяжелых формах заболевания изучаемые показатели оказались наиболее высокими ( $r = 0,41$ ;  $p < 0,01$ ). Так, у больной Ч., 2008 года рождения, диагностирована тяжелая форма токсокароза, при этом показатели провоспалительных цитокинов составили: ФНО- $\alpha$  – 24,1 пг/мл и ИЛ-6 – 38 пг/мл, причем противовоспалительный цитокин ИЛ-4 также был наиболее высоким (13 пг/мл). Тогда как у обследованных больных средний показатель ИЛ-4 составил  $5,93 \pm 0,69$  пг/мл (у здоровых лиц –  $0,2 \pm 0,1$  пг/мл). Ключевую роль в формировании аллергического состояния при токсокарозе играет ИЛ-4. Повышение уровня ИЛ-4, по-видимому, носит компенсаторный характер, так как он угнетает продукцию макрофагами провоспалительных цитокинов ФНО- $\alpha$  и ИЛ-1 $\beta$ .

Нами проведено определение цитокинового баланса как соотношение провоспалительных цитокинов к

противовоспалительным. Величина цитокинового баланса у обследованных больных статистически значимо превышает аналогичный показатель здоровых доноров (4,2 и 1,25, соответственно,  $p < 0,001$ ), что показывает смещение цитокинового баланса в сторону провоспалительных цитокинов, которые являются необходимыми медиаторами эффективного противоинфекционного ответа, однако, наряду с защитным эффектом, могут оказывать повреждающее действие на организм, обуславливая развитие геморрагического и некротического воспаления в тканях.

Таким образом, у больных токсокарозом на этапе развернутых клинических проявлений выявляется дисбаланс цитокинов с провоспалительными и противовоспалительными функциями, что может способствовать поддержанию каскада иммуновоспалительных реакций и вызывать тяжелые формы заболевания. Следовательно, можно предположить, что анализ динамики про- и противовоспалительных цитокинов является важным направлением в изучении патогенетических особенностей токсокароза, а разработка схем медикаментозного воздействия на цитокиновый баланс представляется перспективным компонентом патогенетической терапии.

### Литература:

1. Томбаева В.С. Паразитарные болезни Кыргызстана (эпидемиологические, клинико-диагностические и реабилитационные аспекты). Автореф. дис... док. мед. наук, Бишкек, 2010, 41 с.

2. Астафьев Б.А. Иммунологические проявления и осложнения гельминтозов. – М., 1987. – 124 с.

3. Холодняк Г.Е. Клинико-эпидемиологические особенности, диагностика и новые подходы к терапии токсокароза у детей. Автореф. дис... канд. мед. наук, Москва, 2009, 17 с.

4. Миропольская Н.Ю. Научное обоснование профилактики бронхообструктивных состояний у детей, инвазированными токсокарами. Автореф. дис... канд. мед. наук, 2008, 22 с.

5. Маркелова Е.В., Костюшко А.В., Красников В.Е. Патогенетическая роль нарушений в системе цитокинов при инфекционно-воспалительных заболеваниях. // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2008. – №3. – С. 24-29.

6. Balkwill F. Cytokine cell biology. // Oxford university press., 2001. – P. 272.

7. Кевра М.К. Фактор некроза опухолей: изучение роли в организме. // Медицинские новости. – 1995. – №8. – С. 3-22.

## **КРИТЕРИИ ВЫБОРА ОБЪЕМА ПЛАСТИКИ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ**

**А.И.Мусаев, О.Ж.Токтогулов**

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

**Резюме:** Представлены критерии выбора способа пластики при больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж у 82 больных. Критериями служили показатели внешнего дыхания, данные сонографии грыжи и антропометрии брюшной стенки.

**Ключевые слова:** вентральные грыжи, выбор способа пластики, оперативное лечение, осложнения.

## **ЧОҢ ЖАНА ИРИ ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ВЕНТРАЛДЫК ЧУРКУГА ПЛАСТИКАНЫН КӨЛӨМҮН ТАНДООНУН КРИТЕРИЙЛЕРИ**

**А.И.Мусаев, О.Ж.Токтогулов**

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

**Резюме:** 82 оорулуунун чоң жана ири операциядан кийинки вентралдык чуркусуну пластиканы тандоонун критерийлери көрсөтүлдү. Критерий катары сырткы дем алуунун көрсөткүчтөрү, чуркунун сонографиясынын маалыматтары жана ич көңдөйүнүн антропотриясы колдонулду.

**Негизги сөздөр:** вентралдык чуркулар, пластиканы тандоо ыкмасы, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо.

## **THE CHOICE CRITERIONS OF THE PLASTY VOLUME IN BIG AND GIGANTIC VENTRAL HERNIAS**

**A.I. Musaev, O.J. Toktogulov**

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

**Resume:** The choice criterions of the plasty methods in 82 patients with big and and gigantic postoperative ventral hernias are presented. External respiration indexes, hernias sonography data and abdominal wall anthropometry have been these criterions.

**Key words:** ventral hernias, choice method, plasty, surgical treatment, complications.

**Введение.** Увеличение числа и расширение объема хирургических вмешательств на органах брюшной полости, развитие послеоперационных раневых осложнений нередко ведет к возникновению больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж, лечение которых представляет одну из первостепенных проблем хирургии. Это обусловлено не только частотой заболеваемости, но и неудовлетворительными результатами оперативного лечения. В лечении этой тяжелой группы больных для ликвидации грыжевых ворот используются собственные ткани различными методами (способ Мейо, Санежко, Троянова и др.), а в последние годы предложены сетки, изготовленные из полипропилена, пролена, при применении которых рецидив болезни возникает редко [1,4,9].

Однако при использовании неадекватного

выбора пластики после операции может развиваться синдром интраабдоминальной гипертензии вследствие натяжения тканей брюшной стенки и перемещения в брюшную полость больших объемов грыжевого содержимого [3,5,6]. Следовательно, одной из задач при оперативном лечении вентральных грыж является определение оптимального объема пластики. В этом плане ряд исследователей ориентируются на показатели внешнего дыхания [2,3].

Г.И. Лукомский и соавт. [5] разработали специальную предоперационную подготовку с применением дозированной пневмокомпресси с помощью противогрузочного костюма. Эффективность определяли по результатам теста на переносимость повышения внутрибрюшного давления. А.С.Ермолов и соавт. [4] разработали метод рентгенокомпьютерной герниоабдоминометрии, но метод дорогос-

тоящий. Ряд исследователей [1,6] для профилактики повышения внутрибрюшного давления в момент операции определяли ширину грыжевых ворот, силу натяжения тканей и внутрибрюшное давление и на их основании судили о степени тяжести и определяли выбор пластики.

Однако, перечисленные методы довольно сложны, идут поиски более совершенных подходов к выбору пластики при больших и гигантских вентральных грыжах.

**Цель работы** – представить результаты послеоперационного лечения больных с большими и гигантскими вентральными грыжами, у которых были использованы критерии выбора пластики.

### **Материалы и методы исследования.**

В данном сообщении мы не излагали технику оперативного лечения вентральных грыж, а основное внимание уделяли выбору объема пластики. Под наблюдением находилось 82 больных с вентральными грыжами, из них у 18 были гигантские грыжи, а у остальных – большие. При малых и средних размерах выполняли пластику собственными тканями и их в это сообщение не включали. По определению размера грыж мы пользовались классификацией, предложенной В.Н. Яновым [8]. К средним размерам относили грыжи с длиной грыжевого выпячивания от 5 до 10 см, к большим – от 11 до 30 см и гигантским – свыше 30 см, но мы еще учитывали и размеры дефекта брюшной стенки.

Возраст наблюдаемых нами больных колебался от 26 до 72 лет, женщин было 56 и мужчин – 26. Давность существования грыжи была от 6 месяцев до 6 лет. В прошлом перенесли операции по поводу аппендицита 21, холецистита – 18, эхинококкоза – 2, кишечной непроходимости – 4, перфоративной язвы желудка – 4, операции по поводу заболеваний женской половой сферы – 33.

При этом было установлено, что у большинства (56 чел.) из них послеоперационный период протекал с осложнениями (парез кишечника, пневмония, нагноение раны, инфильтрат), а у остальных – заболевание связано с ранним выполнением тяжелого физического труда.

Для выбора объема операции были выполнены следующие исследования:

1. Показатели внешнего дыхания – исследовались в покое и после вправления грыжевого содержимого при наличии вправимых

грыж, а при невправимых исследование выполнялось только в покое спирометром ССП.

2. УЗИ – определяли размер дефекта в мышечно-апоневротическом слое, длину грыжевого мешка, размер грыжевого мешка и характер содержимого.

3. Вычисляли коэффициент интенсивности напряжения брюшной стенки по А.Г. Хитарьяну и соавт. [7] путем сонографии и антропометрии брюшной стенки: радиус живота, радиус грыжевого выпячивания, толщину брюшной стенки и степень дистрофических изменений (УЗИ). Коэффициент вычисляли по формуле:

$$K = \frac{(R/A-h)^2 - 1}{2.24((R/A-h)^2)} \times P \sqrt{\pi A}$$

P – константа внутрибрюшного давления, она зависит от этажа брюшной полости ( $\pi A$ ). Если грыжа в эпигастрии, то P составляет 98, если в мезогастррии, то 245  $\pi A$ , а если в гипогастрии, то 392  $\pi A$ ; R – внешний радиус живота; A – радиус грыжевого выпячивания; h – средняя толщина брюшной стенки.

При коэффициенте до 2,09 считали возможным пластику местными тканями, а при K выше 2,10 необходима пластика с полным замещением грыжевых ворот и сохранением объема брюшной полости.

**Результаты и их обсуждение.** На основании выполненных исследований нами было установлено, что у 26 больных коэффициент интенсивности напряжения был выше 2,10, что явилось показанием для полного замещения дефекта брюшной стенки с сохранением объема брюшной полости. Им была выполнена пластика полипропиленовой сеткой (гигантская грыжа у 18 и большая у 16).

У 28 пациентов коэффициент напряжения не превышал 2,09, но в связи с дистрофическими изменениями тканей брюшной стенки выполнена пластика местными тканями с дополнительным укреплением полипропиленовой сеткой, которую фиксировали над апоневрозом, но с охватом ткани не менее 3 см с каждой стороны шва. У 30 больных при обследовании коэффициент интенсивности напряжения был меньше 2,09, ткани брюшной стенки без дистрофических изменений, им выполнена пластика местными тканями.

При пластике грыжевых ворот любым методом осматривали грыжевое содержимое и в большинстве случаев это был большой сальник.

либо часть его. Мы стремились частично резецировать сальник, чтобы уменьшить вправление грыжевого содержимого и при этом выполняли тщательный гемостаз.

После операции назначали дыхательную гимнастику и ее осуществляли под контролем врача. Стремилась к ранней активизации больных и назначали медикаментозное лечение сопутствующих заболеваний. Придавали значение положению больных в кровати.

Предоперационный период протекал, в основном, благоприятно, но у 2 больных с пластикой грыжевых ворот собственными тканями возник легкий парез кишечника. Его удалось быстро ликвидировать (назогастральный зонд с активной аспирацией, прозерин, ингаляции кислорода), а у остальных больных осложнений не наблюдали. Ни у одного не возникло дыхательной, либо сердечно-сосудистой недостаточности. Все выписаны на 8-10 сутки после операции, среднее пребывание в стационаре составило  $8,4 \pm 0,91$  койкодень.

Таким образом, наши исследования показали возможность снижения осложнений после операций, выполненных во поводу больших и гигантских вентральных грыж с учетом критериев выбора объема пластики. Используя тесты на переносимость повышения внутрибрюшного давления, можно осуществить адекватный объем пластики (с сохранением объема брюшной полости или ее уменьшением). Методика А.Г. Хитарьяна и соавт. [7] в этом плане более проста, доступна и в то же время высокоинформативна.

## Литература

1. Ботабаев С.И. Способ герниопластики при рецидивных вентральных грыжах [Текст] / С.И. Ботабаев, Б.Н. Нурғалиев, Б.М. Гаулеулов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец.

вып. № 1. – С. 229-230.

2. Борисов А.Е. Применение полипропиленовой сетки при больших и гигантских грыжах передней брюшной стенки [Текст] / А.Е. Борисов, С.К. Малкова, В.В. Тоидзе // Вестник хирургии. – 2002. – № 1. – С. 76-78.

3. Григорьев Т.С. Способ пластики послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Григорьев Т.С., Григорьев С.Л., Кривошеков Е.В. // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С. 250-251.

4. Ермолов А.С. Выбор способа пластики послеоперационных грыж живота полипропиленовыми протезами [Текст] / А.С. Ермолов, А.К. Алексеев, А.В. Упырев // Хирургия. – 2005. – № 8. – С. 16-21.

5. Лукомский Г.И. Частные аспекты хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж [Текст] / Г.И. Лукомский, А.М. Шулуток, Н.В. Антропова // Хирургия. – 1995. – № 2. – С. 51-53.

6. Миронюк Н.В. Профилактика развития синдрома интраабдоминальной гипертензии в хирургическом лечении больных с послеоперационными вентральными грыжами [Текст] / Н.В. Миронюк, А.А. Кононенко, М.К. Джакипов // Вестник хирургии Казахстана. – 2012. – Спец. вып. № 1. – С. 206-207.

7. Хитарьян А.Г., Мишоян М.Р., Эль-Сахли Х.И., Ковалев С.А., Гущина Е.В. // Патент, 2001. RU A62 B 17/00 № 2199271.

8. Янов В.Н. Аутодермальная пластика брюшной стенки при больших послеоперационных грыжах [Текст] / В.Н. Янов // Хирургия. – 1975. – № 7. – С. 78-81.

9. Feifel G. Tradicion und Forschrift in der Korrektur von grossen Nargenbruchen [Next] / G. Feifel // Langenbecks Arch. Chir. – 2005. – Bd. 380, # 5. – S. 247-249.

## **ЭТИОСТРУКТУРА ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**С. Дж. Боконбаева, С. Т. Нуржанова, А. А. Какеева.**

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

**Резюме:** Изучена этиология острых пневмоний у детей раннего возраста. Освещены результаты бактериологического исследования мокроты и исследования на внутриутробное инфицирование при помощи иммуноферментного анализа крови у больных детей.

**Ключевые слова:** острая пневмония, этиология, внутриутробная инфекция, дети раннего возраста, новорожденные.

## **ЭРТЕ ЖАШТАГЫ БАЛДАРДЫН КУРЧ ПНЕВМОНИЯНЫН ЭТИОЛОГИЯСЫ**

**С. Дж. Боконбаева, С. Т. Нуржанова, А. А. Какеева.**

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

**Корутунду:** Эрте жаштагы балдарда курч пневмониянын этиологиясы изилденди. Какырыктын бактериологиялык изилдөөнүн жыйынтыктары жана оорулуу балдарда курсактагы кезинде жугузулган инфекцияны кандын иммуноферменттик анализдери чагылдырылды.

**Өзөктүү сөздөр:** курч пневмония, этиология, курсактагы баланын инфекциясы, эрте жаштагы балдар, ымыркайлар.

## **THE ETIOLOGICAL STRUCTURE OF PNEUMONIAS IN EARLY AGE CHILDREN**

**S. Dzh. Bokonbaeva, S. T. Nurzhanova, A. A. Kakeeva.**

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

**Resume:** Etiology of acute pneumonia was investigated young children. The results of bacteriological examination of sputum and examination of intrauterine infection with the help in of immunological and enzyme blood test of sick children were reflected as well.

**Key words:** acute pneumonia, etiology, intrauterine infection, infants, newborns.

**Введение.** Пневмония является одной из актуальных проблем современной медицины. Парадокс этого заболевания заключается в том, что, с одной стороны, достигнуты впечатляющие результаты в понимании патогенеза инфекционного процесса, повышении эффективности химио-терапии, а, с другой стороны, происходит увеличение числа больных с тяжелым течением болезни и возрастает смертность, особенно у новорожденных и детей раннего возраста [1,3-6]. Так, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, смертность детей первых 5 лет жизни до 20–25% обусловлена пневмонией (WHO, 2005).

Совершенствование методов антибактериальной терапии тяжелых форм пневмоний у детей за счет использования новых поколений антибиотиков не всегда дает ожидаемый положительный результат по причине полиэтиологичности заболевания, периодической смены этиоструктуры и быстрого развития поливалентной устойчивости

возбудителей инфекции к антибактериальным препаратам [2]. В связи с этим проблема изучения этиоструктуры пневмоний, особенно у детей раннего возраста, остается актуальной и требует постоянного динамического исследования с уточнением антибиотикочувствительности и антибиотикорезистентности микроорганизмов. Однако в Кыргызской республике исследований по установлению этиологии пневмоний у детей не проводились в течение последних 40 лет. Лечение проводится эмпирически, методом «проб и ошибок», со сменой множества антибиотиков, что экономически затратно, вызывает аллергизацию детей, дисбактериозы, снижение иммунитета и реактивности.

Как известно, этиология пневмоний у детей полиморфна и зависит от времени, путей инфицирования, возраста, преморбидного фона. Так, в подавляющем большинстве случаев, внутриутробные пневмонии являются одним из проявлений специфических внутриутробных инфекций (цитомегаловирусной, герпетической,

микоплазменной и др.), то есть относятся по патогенезу к вторичным пневмониям. Наличие чисто вирусных пневмоний признается не всеми авторами. Считают, что вирусы являются кондукторами, которые готовят почву для присоединения внутриклеточных возбудителей. [7]

Указывается на то, что у детей первых месяцев жизни, родившихся от матерей с урогенитальной инфекцией, инфицирование может произойти в интранатальном периоде и нередко выявляется пневмония хламидийной, микоплазменной др. этиологии. А манифестация заболевания происходит через 1,5-2 месяца. [3].

Как известно, у детей раннего возраста имеются признаки «физиологического иммунного дефицита». Общая система специфической защиты у детей данной возрастной группы характеризуется пассивным характером иммунитета против ряда инфекций, обеспечиваемого материнским антителами. Полупериод циркуляции материнских антител класса IgG составляет в среднем 21 день. Катаболизм иммуноглобулинов и ограниченный их синтез приводят к тому, что между 2 и 3 месяцами жизни концентрация IgG в крови ребенка снижается более чем в 2 раза, хотя на этом фоне постепенно нарастает синтез IgA и IgM [8]. Синтез IgA плодом начинается на 13-14 неделе, однако уровень его в крови остается вплоть до рождения ребенка чрезвычайно низким и увеличивается после 3-4 месяца жизни, достигая значений, доступных измерению. Отсутствие в плазме и секретах ребенка IgA указывает на врожденную патологию системы местного иммунитета. Антитела, относящиеся к классу IgM, через плаценту не проникают. Обнаружение специфических IgM у ребенка первой недели жизни свидетельствует как о внутриутробном инфицировании, так и о раннем постнатальном инфицировании [10]. Контакт детей первых месяцев жизни с различными антигенами проявляется как первичный иммунный ответ через увеличение синтеза IgM. При первичном иммунном ответе В-клетки, несущие иммунологическую память не дифференцируются. Такой тип иммунного ответа доминирует на протяжении первых 2 лет. [9]. У детей с отягощенным преморбидным фоном (недоношенность, иммунодефицитное состояние) могут развиваться пневмоцистные пневмонии.

По данным Самсыгиной Г.А. внебольничные пневмонии (ВП) развиваются, начиная со 2-4 недели жизни ребенка. В этот период и на втором месяце жизни причинами ВП становятся респираторные вирусы (РС вирус, аденовирус, вирусы парагриппа) и бактерии (*S. aureus*, пиогенный стрептококк и грамотрицательные энтеробактерии).

**Цель работы:** Изучить этиоструктуру острых пневмоний у детей раннего возраста для направленной этиотропной терапии.

### Материалы и методы.

Нами проведено изучение динамики заболеваемости пневмониями новорожденных детей по данным отделения патологии новорожденных и отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей на базе городской клинической детской больницы скорой медицинской помощи.

Кроме того, обследовано 145 детей больных пневмониями детей раннего возраста (с рождения до 3-х месячного возраста). Бактериологические исследования проведены у 83 детей. Материалом для бактериологического исследования были мокрота и смывы с трахеи. Бактериологический посев проводился при поступлении ребенка в стационар до назначения антибиотиков в асептических условиях в заранее подготовленные стерильные пробирки и флаконы. Забор мокроты производился после очистки полости рта стерильной марлевой салфеткой, пропитанной 0,9% раствором NaCl, при надавливании на корень языка, после кашлевого толчка. Смывы с трахеи забирались при лаваже трахеобронхиального дерева стерильным аспирационным катетером.

Бактериологическое исследование проводилось в бактериологической лаборатории Республиканской клинической инфекционной больницы. Идентификацию микроорганизмов проводили по общепринятым схемам с использованием типоспецифических сывороток.

Исследование на внутриутробное инфицирование (ВУИ) проводилось при помощи иммуноферментного анализа (ИФА) крови на такие инфекции как: микоплазма, хламидии, цитомегаловирус (ЦМВ), вирус простого герпеса (ВПГ), токсоплазма, уреоплазма, вирус краснухи. Результат ИФА считался положительным при титре антител выше 1:200.

**Результаты и обсуждение.** В двух неонатологических отделениях проведен анализ



заболеваемости пневмонией (табл.1)

Как видно из таблицы, частота пневмоний колеблется по годам, однако имеется достоверное повышение ( $p < 0,05$ ) заболеваемости в последний год

В отделении реанимации новорожденных детей за 5 лет динамика заболеваемости так же колеблется по годам, наибольший уровень отмечен в 2010 году (табл.2.)

Таким образом, на фоне роста заболеваемости пневмонией новорожденных детей отмечается снижение частоты тяжелых пневмоний, требующих реанимационных мероприятий.

Нами проведено полное клинико-лабораторное обследование 145 больных пневмонией детей первых 3-х месяцев жизни.

Наиболее часто пневмонии отмечаются у детей первых 2 месяцев жизни (83,7%). Однако достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) пневмония диагностировалась у детей с 1мес. до 2 мес. жизни (табл.3).

Только у небольшого процента детей отмечалась пневмония в раннем неонатальном периоде. Достоверный рост заболеваемости наблюдается у новорожденных детей в позднем неонатальном периоде ( $p < 0,05$ ). Следовательно, мы можем предположить, что инфицирование произошло в позднем антенатальном или интранатальном периоде с манифестацией через 1 – 2 месяца. Об этом свидетельствует и рост заболеваемости детей с 1-го до 2-х месяцев жизни. К аналогичному выводу пришел и профессор Таточенко В.К. (2006). В то же время

Таблица 1.

Заболеваемости пневмонией в отделении патологии новорожденных.

№	Год	Всего с бронхолегочной патологией	Пневмонии	
			Абс.	%
1.	2007	443(100%)	105	23,7
2.	2008	381	94	24,7
3.	2009	382	111	29,05
4.	2010	593	132	22,3
5.	2011	430	130	30,2*

Таблица 2.

Заболеваемости пневмонией в ОРИТ новорожденных.

№	Год	Всего госпитализированных больных в отделение реанимации новорожденных.	Пневмонии	
			Абс.	%
1.	2007	350	56	16,0
2.	2008	398	70	18,6
3.	2009	404	44	13,0
4.	2010	472	80	20,0
5.	2011	533	84	16,0

Таблица 3.

Частота пневмоний у детей различных возрастных периодов.

Возраст	Количество	%
Ранний неонатальный период	13	8,9
Поздний неонатальный период	39	26,9
С 1 мес. до 2 мес.	69	47,6
С 2 мес. до 3 мес.	20	13,8
С 3 мес. до 4 мес.	4	2,8
Итого	145	100%

**Результаты бактериологического исследования.**

№	Возбудители	Абс.	%
1.	Streptococcus: Из них -haemoliticus -pneumoniae -pyogenes -viridans	35 27 6 1 1	42,16% 77,14% 17,14% 2,85% 2,85%
2.	Staphylococcus Из них: - aureus -epidermidis	25 21 4	30,12% 84,0% 16,0%
3.	Грамм-отрицательная флора: Из них: -Pseudomonas aeruginosae -enterobacter -citrobacter	8 4 2 2	9,6% 50% 25% 25%
4.	Сочетанные: Из них: -Str. Haemoliticus+Staph. Aureus -Staph. Aureus+грибы рода Candida -Str.viridans+Str.haemoliticus	4 1 2 1	4,8% 25% 50% 25%
5.	Грибы рода Candida	1	1,2%
6.	Малодифференцированная грамм «+» палочка	8	9,6%
7.	Посев отрицательный	2	2,6%
	Итого	83	100

не исключается и постнатальное, внебольничное инфицирование. Так, после неонатального периода заболеваемость детей возрастает (64,2%).

У 83 детей было произведено бактериологическое исследование мок-роты и смывов трахеи. Положительный бактери-ологический посев был получен в 97,6% случаев (табл.4).

В этиоструктуре пневмоний детей раннего возраста преобладает стрептококк (42,16%), причем гемолитический (77,14%). Высев пневмококка (*Streptococcus pneumoniae*) был достоверно в малом проценте случаев ( $p < 0,005$ ). Это подтверждает внутриутробное или интранатальное инфицирование новорожденного, так как при внебольничных пневмониях лидирующим возбудителем, по данным большинства исследователей, является пневмококк [7,12].

В этиоструктуре неонатальных пневмоний 2-ое место занимают стафилококки (30,12%). Из них наибольший процент приходится на *Staphylococcus aureus* (84,0%), что также позволяет предполагать анте-, интранатальное

или нозокамеальное инфицирование. Остальная флора встречается в очень небольшом количестве случаев. Так грамм отрицательная флора выявлена в 9,6%, и преобладает *Pseudomonas aeruginosae*. Микст-инфекция выявлена в два раза реже. Надо отметить, что дети, у которых установлен сочетанные инфекции с кандидами до поступления в стационар, в раннем неонатальном периоде, получали антибактериальную терапию.

Иммунологическое исследование на выявление специфических антител к возбудителям пневмонии проведено методом ИФА. Определялись IgM и IgG. Иммуноглобулины G в высоком титре (1:200) выявлены к ряду инфекций. Из 62 исследований первое место по частоте выявления специфических IgG занимает микст-инфекция (82,25%). Выявлялось сочетание 2-х, 3-х и 4-х инфекций. Чаще всего (59,67%) встречалось сочетание вируса простого герпеса (ВПГ) с цитомегаловирусом (ЦМВ). Из инфекций чаще отмечен ВПГ в виде моноинфекции (9,6%) или в сочетании с другими микроорганизмами (90,3%). Далее следует ЦМВ в виде моноинфекции (6,6%) или в сочетании с

другими микроорганизмами (93,4%).

Остальные инфекции, в виде моноинфекции или в сочетанном виде, встречались в единичных случаях (хламидии, микоплазмы, токсоплазмы, уреоплазмы). И даже в 2-х случаях (3,2%) в сочетанном виде выявлен IgG к коревой краснухе, хотя и считалось, что женщины фертильного возраста в нашей стране вакцинированы против этой инфекции.

IgM, свидетельствующий об остром инфицировании, выявлен в 34,3% случаев. Чаще выявлялся специфический IgM к ЦМВ (41,6%) в виде моноинфекции (60%), или в сочетании (40%) и IgM к ВПГ (41,6%) в виде моноинфекции (20%), или в сочетании (80%). И в сочетании с ВПГ в одном случае (8,3%) выявлены IgM к краснухе. В виде моноинфекции отмечались IgM к хламидиям (25%), микоплазме (8,3%).

Резюмируя вышеизложенное, следует заключить, что отмечается достоверный рост заболеваемости детей раннего возраста острыми пневмониями. В этиоструктуре преобладают ВУИ (ЦМВ и ВПГ). Причем в 34,3% случаев наблюдается острое инфицирование детей. В остальных случаях отмечаются ВП, вызванные разнообразными микроорганизмами, чаще всего сочетанные инфекции.

#### Выводы

1. За последние 5 лет отмечается стабильный рост пневмоний у новорожденных детей (с 23,7% до 30,2%).

2. Рост заболеваемости пневмонией наблюдается у новорожденных детей в позднем неонатальном периоде ( $p < 0,05$ ) и до 2-х месяцев жизни ( $p < 0,05$ ).

3. В этиологической структуре пневмоний у детей раннего возраста, преобладают сочетанные инфекции, приобретенные в антенатальном и интранатальном периоде (ЦМВ, ВПГ, хламидии, микоплазмы, *Str. Haemolyticus*)

4. Высокие титры IgM в крови детей свидетельствуют об остром инфицировании.

#### Литература:

1. Казанцев В.А. Современные представления о лечении пневмонии / В.А. Казанцев // ФАРМиндекс-Практик. – 2003. – Вып. 5. – С. 33-84.

2. Ветрова Е.В. Антибактериальное лечение госпитальной пневмонии у недоношенных новорожденных детей / Е.В. Ветрова, Г.М. Дементьева, М.В. Кушнарера // Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии. – 2006. – Т. 3, № 5. – С. 38-42.

3. Практическая пульмонология детского возраста (справочник, 3е изд.). Под ред. Таточенко В.К. М., 2006.

4. MeiXGas A., ChryvezXBueno S., Jafri H.S., et al. Respiratory syncytial virus infections: old Challenges and new opportunities. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2005; 24: 189–196.

5. Michel N., Watson M., Baumann F., et al. Distribution of *Streptococcus pneumoniae* serotypes responsible for penicillin resistance and the potential role of new conjugate vaccines in New Caledonia. *J. Clin. Microbiol.* 2005; 43(12): 6060–6063.

6. Almuneef M.A., Memish Z.A., Balkhy H.H., et al. Rate, risk factors and outcomes of catheterrelated bloodstream infection in a paediatric intensive care unit in Saudi Arabia. *J. Hosp. Infect.* 2006; 62(2): 207–213.

7. Этиопатогенез и иммунологические изменения у новорожденных и детей раннего возраста, больных пневмонией./ Зуева О.С./ Вестник ВГМУ, Том5, №4, 2006.

8. Возрастные особенности иммунитета у детей: Лекция для врачей / Л.А. Щеплягина, В.М. Чернов, И.В. Круглова, В.М. Делягин. М.: ООО «Анита-пресс».-2008.—36с.

9. Караулов, А. В. Клиническая иммунология и аллергология: учеб. пособие / А. В. Караулов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 651 с.

10. Шабалов Н.П. Неонатология. 2004

11. Национальное руководство по неонатологии. М.2009

12. Шабалов Н.П. Детские болезни. 2011

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Омуркулова Б.И.

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

**Резюме:** В статье рассмотрены некоторые эпидемиологические аспекты клещевого энцефалита (КЭ) в Кыргызской Республике на современном этапе. Уровень заболеваемости КЭ остается стабильным на фоне сохранения активности природных очагов. Годовая динамика характеризуется весенне-летней сезонностью. Клиническое проявление заболевания на современном этапе характеризуется нарастанием тяжести течения за счет преобладания нервных форм. Группой риска является активный работоспособный возраст. Для предупреждения случаев заболевания КЭ необходима широкая санитарно-просветительская работа среди населения.

**Ключевые слова:** вирусология, эпидемиология, арбовирусы, клещевой энцефалит.

## КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ КЕНЕ ЭНЦЕФАЛИТИНИН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК АСПЕКТЕРИ

Омуркулова Б.И.

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

**Корутунду:** Сунуш кылынган статьяда Кыргыз Республикасындагы азыркы замандагы кене энцефалитинин (КЭ) кээбир эпидемиологиялык аспектери каралган. Жаратылыштагы очокторунун активдүүлүгүнүн сакталгандыгына байланыштуу КЭ менен ооруп калуучулуктардын деңгээли бир калыпта калууда. Жылдык жүрүүсү жазгы-жайкы сезондуулугу менен мүнөздөлөт. Азыркы мезгилде оорунун клиникалык көрүнүшү анын нервдер формасы көбүрөөк кездешкендигине байланыштуу оорунун жүрүүсүнүн оордошу менен мүнөздөлөт. Тобокелдик топко активдүү эмгек жөндөмдүү жаштагылар киришет. КЭ оорусунун алдын алуу үчүн эл арасында кеңири санитарды-агартуу иштерин жүргүзүү зарыл.

**Негизги сөздөр:** вирусология, эпидемиология, арбовирустар, кене энцефалити.

## EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF TICK-BORN ENCEPHALITIS IN KYRGYZ REPUBLIC

Omurkulova B.I.

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

**Resume:** Some epidemiological aspects of tick-born encephalitis (TBE) in Kyrgyz Republic are discussed in given paper. Morbidity of tick-born encephalitis is remaining stable in the condition of presence of the natural foci of the infection. The annual dynamics is characterized by spring-summer seasonality.

The clinical manifestation of the disease in modern time is characterizing by worsening of condition of patients because of nervous forms prevalence. The active people who are able to work are in risk group. To prevent clinical cases and new cases of TBE, education of population is necessary.

**Keywords:** virology, epidemiology, arboviruses, tick-borne encephalitis.

В настоящее время из 534 вирусов, зарегистрированных в Международном каталоге арбовирусов, установлено, что 134 (25%) являются патогенными для человека [1]. Наибольшее значение в патологии человека имеют вирусы клещевого энцефалита, японского энцефалита, омской и крымской геморрагической лихорадки, желтой лихорадки, лихорадки денге, москитной (флеботомной) лихорадки. За последние десятилетия прошлого столетия данные экологов и паразитологов позволили установить тенденции распространения очагов клещевого энцефалита (КЭ) и прогнозировать

расширение их ареала в будущем [2; 3].

На территории Кыргызской Республики выявлены природные очаги 12 арбовирусов. Периодическая изоляция вируса в одних и тех же регионах на протяжении ряда лет говорит об относительной напряженности природных очагов инфекции, расположенных в долинных зонах Чуйской и Таласской областей, Тонского, Тюпского и Иссык-Кульского районов, Приферганья. Изучение природных очагов арбовирусов в республике проводится сотрудниками РЦКиООИ, начиная с 1969 года. За этот период из природных источников – клещей,

комаров, птиц, млекопитающих и летучих мышей изолировано более 100 штаммов вируса КЭ, чем подтверждается активная циркуляция данного вируса на территории республики. Классическим переносчиком и резервуаром вируса КЭ являются клещи *Ix.persulcatus*. При их исследовании были установлены высокие показатели инфицированности в Аламудунском, Жеты-Огузском и Ак-Суйском районах – 1:63, 1:23, 1:222, соответственно, что определяет наибольшую эпизоотическую напряженность очагов. Причем, на территории этих районов выявлены реликтовые природные очаги КЭ, приуроченные к зонам еловых лесов, которые представляют наибольшую опасность для заражения человека в нашей стране. Но в силу, очевидно, низкой патогенности местных штаммов вируса заболеваемость в республике низкая – от 1 до 6 случаев в год с преобладанием легких форм течения заболевания [4].

Широкое распространение вирусов КЭ установленное сотрудниками РЦКиООИ в 1979 году, благоприятные природные условия для циркуляции арбовирусов, возрастающая хозяйственная и миграционная активность населения реально могут вызвать обострение эпидемиологической ситуации по КЭ, что послужило основанием для наших исследований.

### Материал и методы исследования

В работе использованы данные официальной статистики заболеваемости КЭ за 2008–2012 гг ДГСЭН и РЦКиООИ (форма 1) и данные эпидемиологического анамнеза больных, госпитализированных в РКИБ с диагнозом клещевой энцефалит за 2012 год, которые были подвергнуты ретроспективному и эпидемиологическому анализу для выявления годовой динамики заболеваемости КЭ с установлением территориального и возрастного распределения. Для диагностики заболевания использованы общеклинические методы, серологические методы со специфическим антигеном (РСК и РТГА). Полученные данные подвергнуты статистической обработке, которая проводилась с помощью компьютерных программ Biostat и Microsoft Excel. Рассчитывались общепринятые статистические показатели: средняя арифметическая (M), средние ошибки средней арифметической и относительной величины (m).

### Результаты и обсуждение

По данным ДГСЭН за период с 2008

по 2011 годы зарегистрировано лабораторно подтвержденных 71 случаев КЭ. Заболеваемость по годам практически сохраняется на одном уровне, так, в 2008 году зарегистрирован 21 случай КЭ (0,4 на 100 тыс. населения), в 2009 году – 16 (0,3 на 100 тыс. населения), в 2010 году – 18 (0,33 на 100 тыс. населения), в 2011 году – 16 (0,3 на 100 тыс. населения). Территориально больные КЭ в основном оказались жителями Чуйской области (37 человек или 52,1±5,9%) и г. Бишкек (33 человека или 46,4±5,9%), 1 (1,4±1,3%) больной проживал в Нарынской области. Развитие заболевания связано с укусом клещей во время отдыха на природе или пребывания в походах. Наиболее часто люди инфицировались в Ала-Арчинском ущелье, затем следуют местности в порядке убывания Чон-Кемин и Кичи-Кемин, Кегети, горы Сокулукского района. За анализируемый период пик регистрации заболеваемости КЭ отмечалась в июне месяце.

Детальное изучение эпидемиологических особенностей проведено у 41 больного, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) в 2012 году с подозрением на КЭ. Наибольшая заболеваемость зарегистрирована в мае месяце – 27 случаев (65,8±7,6%), причем сезонный подъем инфекции отмечен с 20 апреля, всего в этом месяце выявлено 6 больных. Конец сезонного подъема КЭ наблюдался в июне месяце (6 случаев). При этом внутри календарного года общая продолжительность времени регистрации КЭ составила 11 недель. Следовательно, в 2012 году в КР произошел сдвиг сезонного повышения заболеваемости КЭ на май месяц.

По литературным данным, сезонный характер заболеваемости КЭ был установлен уже в первые годы изучения эпидемии на Дальнем Востоке. Максимальное число заболеваний КЭ регистрируется в третьей декаде мая и первой декаде июня. При этом возможны сдвиги максимума заболеваний на более ранний или на более поздний периоды, что объясняется биологической активностью клещей связанное либо ранним началом весны, либо холодной весной. На человека нападают чаще всего взрослые иксодовые клещи, активность которых зависит от климатических и метеорологических условий [5].

Среди наблюдаемых больных КЭ территориальное распределение показало, что, проживающих в г. Бишкек было 25 человек

(60,9±7,6%), Чуйской области – 16 (39,0±7,6%) и 1 больной (2,4±2,3%) – из Иссык-Кульской области. Инфицирование чаще всего происходило во время отдыха на природе. В Ала-Арчинском ущелье были инфицированы через укус клещей 17 больных (41,4±7,6%), Иссык-Атинском ущелье – 4 (9,7±6,4%), в горах Сокулука – 4 (9,7±6,4%), Кемина – 3 (7,3±4,1%), Кегеты – 2 (4,8±3,3%), возле дома в новостройке Ак-Орго – 3 (7,3±4,1%). По одному случаю укуса клещей зарегистрировано в ущельях Семеновское и Мин-Токой, Кочкорке, Токмоке, Чуй. Таким образом, представленные данные свидетельствуют о сохранении активности очагов КЭ в последние годы в КР.

Необходимо отметить, несмотря на активность очагов КЭ отсутствует настороженность к этой инфекции как со стороны населения, так и медицинских работников. Так, при опросе 41 больного только в 5 случаях клещи были доставлены в лабораторию для исследования, а в остальных случаях после самостоятельного удаления клещей с тела они были выброшены. Лабораторно во всех пяти случаях был идентифицирован клещ *Ixodes persulcatus*. И только один пациент после обращения к докторам после укуса клеща в первые 3-е суток получил иммуноглобулин с профилактической целью.

Заболевание регистрируется среди лиц различного возраста, но чаще болеет возрастная группа от 20 до 40 лет [5]. Наши данные согласуются с литературными, и показывают преобладание взрослого населения (31 больной или 75,6±1,7%) среди заболевших лиц. Наибольшую группу составили лица от 15 до 40 лет (25 случаев или 60,9±7,6%), среди лиц старше 40 лет заболеваемость КЭ регистрировалась в единичных случаях, в целом диагностировано у 6 человек (14,6±5,5%), что объясняется их ограниченной мобильностью. Что касается детей до 14 лет, то заболеваемость была в 3 раза ниже (10 случаев или 24,3±6,6%) в сравнении с взрослыми, причем диапазон заболеваемости был от 1 года до 10 лет. КЭ болеют как мужчины, так и женщины, заболеваемость не зависит от полового признака. По нашим данным, среди больных КЭ было 26 мужчин и 15 женщин, т.е. соотношение мужчин и женщин соответствовало 1,7:1. При распределении больных по контингентам, было установлено, что наибольший удельный

вес приходился на неработающее население, что, по-видимому, обусловлено изменением социально-экономической ситуации в стране и ростом безработицы.

Для подтверждения диагноза КЭ использованы серологические реакции (РСК и РТГА) со специфическим антигеном. Положительные результаты серологических реакций были получены у 19 больных (46,3±7,7%). Клинически у 10 больных из них была диагностирована лихорадочная форма КЭ, у 9 – менингеальная. Эти данные свидетельствуют о нарастании тяжести случаев заболевания и клинического течения КЭ на современном этапе.

Таким образом, уровень заболеваемости клещевым энцефалитом в Кыргызской Республике остается стабильным на фоне сохранения активности природных очагов. Годовая динамика характеризуется весенне-летней сезонностью. Клиническое проявление заболевания на современном этапе характеризуется нарастанием тяжести течения за счет преобладания нервных форм. Группой риска является активный работоспособный возраст. Для предупреждения случаев заболевания КЭ необходима широкая санитарно-просветительская работа среди населения.

#### Литература:

1. Karabatsos N. International Catalogue of Arbovirus, including certain other viruses of vertebrates. — American Society of Tropical Medicine and Hygiene, San Antonio, TX, 2001 update.
2. Randolph S.E., Green R.M., Hoodless A.N., Peacey M.F. An empirical quantitative framework for the seasonal population dynamics of the tick *Ixodes ricinus* // Intern. J. Parasitol. 2002. Vol.32. P.979 – 989.
3. Randolph S.E. Evidence that climate change has caused «emergence» of tick-borne diseases in Europe // VII Intern. Potsdam Symp. On tick-borne diseases. Berlin (Germany), 2003. P.13.
4. Брейнингер И.Г. Очаги клещевого энцефалита Кыргызской Республики // Мат. IV съезда гигиенистов, эпидемиологов, микробиологов, паразитологов и инфекционистов КР. – Бишкек, 2002. – С. 131-132.
5. Смородинцев А.А., Дубов А.В. Клещевой энцефалит и его вакцинопрофилактика. – Л.: Медицина, 1986. – 232 с. (p<0,05)

# **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕТЕНЦИЕЙ КЛЫКОВ И РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Мамеков А.Д., Рузденова А.С., Мамекова Д.А.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Алматы, Республика Казахстан

**Резюме.** Проведено изучение особенностей диагностики и лечения больных с ретенцией клыков и резцов верхней челюстей у 24 больных в возрасте 14-24 лет, а также проанализированы 45 рентгенограмм больных, обратившихся по поводу не прорезывания постоянных зубов верхней челюсти. Установлено, что ортопантомограмма позволяет распознать только мезиодистальный наклон клыка. Прицельные периапикальные снимки позволяют получить наиболее важную информацию о ретинированных зубах. Метод Кларка наиболее точно выявляет место залегания ретинированного клыка, поэтому врач-ортодонт, направляя пациента к хирургу-стоматологу, может указать место хирургическое обнажение ретинированного клыка с той стороны, ближе к которой он залегает.

Прогноз ортодонтического лечения ретинированных зубов с хорошо выраженной периодонтальной щелью благоприятен. При применении комплексного лечения особую трудность представляет фиксация лигатуры на ретинированном зубе. Надежные результаты дает применение металлического колпачка с крючками или петлей, фиксируемый на коронке ретинированного зуба.

**Ключевые слова:** ретенция, периапикальная рентгенография, правила «щечного объекта», анализ условия прорезывания, комплексное лечение.

# **PECULIARITIES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CANINES AND INCISORS RETENTION OF MAXILLA**

**Mamekov A.D., Ruzdenova A.S., Mamekova D.A.**

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiakov

Alma Ata, Kazakh Republic

**Resume:** The study of peculiarities of diagnostics and treatment of patients with canines and incisors retention of maxilla, done. The sample size was 24 patient of 14-24 years old. Also, 45 X-rays of patients were analyzed. This patients were admitted with complains of not eruption of constant teeth of maxilla. The X-ray permits to detect only mesiodistal slope of canine. The periapical sighting shots permit to receive the most important information about impacted teeth. The Clarks method permits the most precisely to detect the canine location. Hence, the orthodontist, who is sending the patient to dentist surgeon, can demonstrate the location for surgical denudation of impacted canine from the side, where it presents.

The prognosis of orthodontic treatment of impacted teeth with expressed periodontal fissure is good. In the complex treatment the most difficulty is the fixation of ligature on impacted teeth. The usage of metallic cap with hooks or loop, which is fixed on the root of impacted tooth, gives the best results.

**Key words:** retention, periapical X-ray-graphy, the rules of "buccal object", the analysis of enduring condition.

**Актуальность темы:** Аномалии положения и нарушения сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области и отражаются на деятельности других органов и систем организма [1,2]. По данным литературы ретенция зубов составляет от 4 до 17% от общего числа. Чаще всего наблюдается ретенция клыков 30,7% [3], реже — ретенция центральных резцов 12,6% [3]. Наиболее часто это встречается при прорезывании клыков 13,1% [4] над боковыми резцами у тех пациентов, у которых имеется узкая полость носа. Ретинированные зубы могут быть полностью или частично сформированными,

комплектными и сверхкомплектными; залегают в самых различных положениях и на разной глубине. Чаще авторы определяют их косое направление под углом 70° [4] к альвеолярному гребню под углом 55° [3] со смещением в вестибулярную или оральную сторону под углом 65° [3]. В 80% случаев верхние клыки занимают свое место в зубном ряду к 12 годам у девочек и 13 годам у мальчиков. Учитывая риск нарушения прорезывания этих зубов, диагностическое обследование следует проводить значительно раньше [5].

**Цель исследования.** Мы задались целью изучить особенности диагностики и лечения больных с ретенцией клыков и резцов верхней

**Таблица №1  
Распределение пациентов по возрастам**

Возраст пациентов	Ретенция клыков	Ретенция резцов	Ретенция зуба мудрости
I группа 14-18 лет	4	3	3
II группа 19-24 лет	3	2	9

**Таблица №2  
Распределение по причинам ретенции зубов верхней челюсти.**

Виды причин	Кол-во больных	Ретенция клыков	Кол-во больных	Ретенция резцов	Кол-во больных	Ретенция зуба мудрости
Преждевременное удаление молочных зубов.	1	45%	1	22%	-	0%
Воспалительные заболевания молочных зубов	1	16,8%	1	10%	-	0%
Дефицит пространства (рядом стоящие зубы расположены друг к другу слишком близко)	2	14,7%	1	5,6%	3	27%
Неправильно расположен зачаток постоянного зуба	1	7,6%	1	2,5%	9	86,4%
Сверхкомплектные зубы	2	38,7%	1	14,9%	-	0%-

челюстей.

**Материалы и методы исследования:**

На модуле пропедевтики стоматологии детского возраста и ортодонтии и в ортодонтическом кабинете ТОО «Аялау» были обследованы 24 больных в возрасте 14-24 лет, а также проанализированы 45 рентгенограмм больных, обратившихся по поводу не прорезывания постоянных зубов верхней челюсти.

Для диагностики были использованы следующие методы:

1. Клиническое обследование с особым упором на оценку окклюзии и состояния пародонта.
2. Изучение диагностической модели и проведение биометрия.
3. Ортопантограмма
4. Прицельные периапикальные

рентгенограммы.

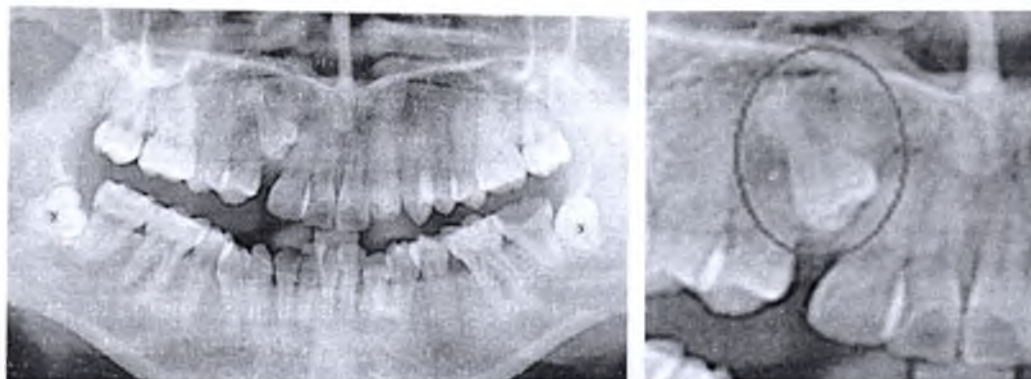
**5. 3Д-снимок.**

1. Клиническое исследование проводилось согласно схемы.

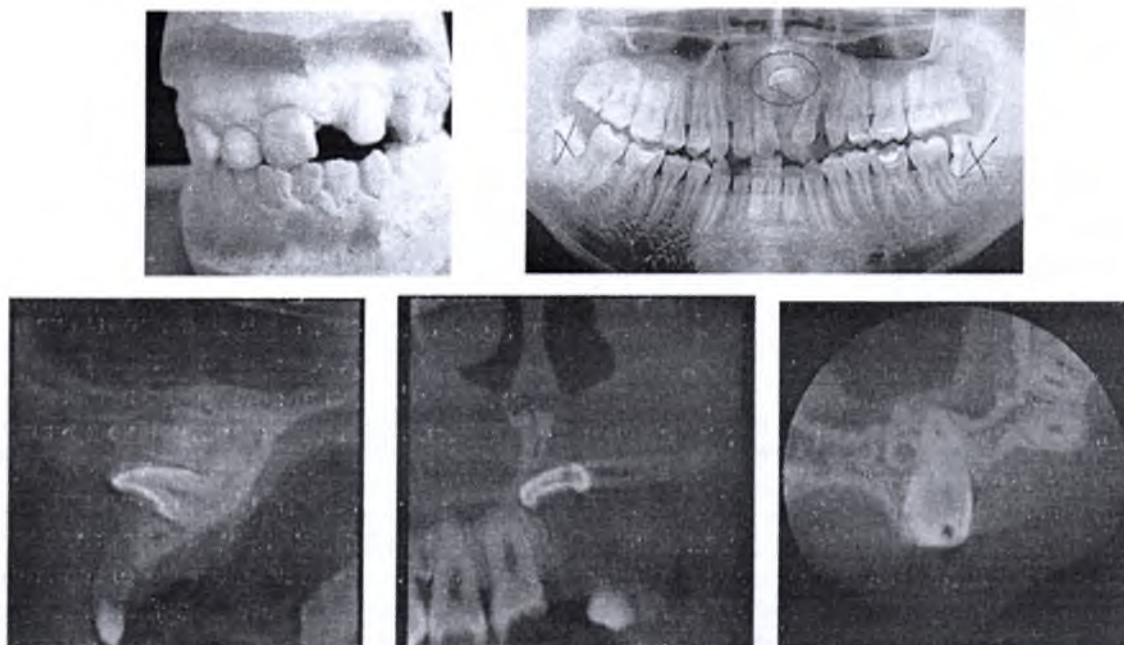
Оценка окклюзии. Врачи-ортодонты должны уметь не только выявлять имеющуюся местную патологию, но и определять вероятность развития аномалии окклюзии. До создания хирургического доступа к ретинированному зубу и его ортодонтического перемещения для него должно быть создано достаточное пространство в зубной дуге, если оно исходно отсутствовало.

Оценка состояния пародонта: кератинизированная прикрепленная десна: состояние, толщина, ширина зоны. Участок адентии: мезиодистальное расстояние. Слизистая альвеолярного гребня: локализация и морфология слизисто-десневого соединения, а также его отношение к ретинированному зубу.

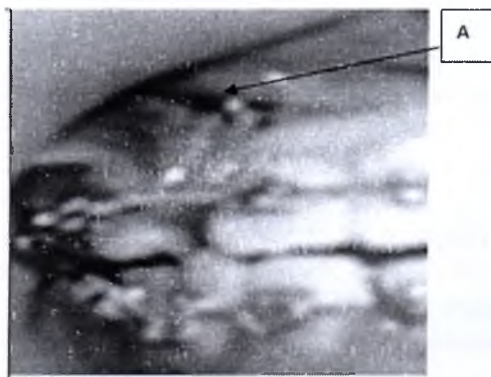




**Рис.1 Ортопантомограмма пац И.Г., 17 лет. Диагноз Ретенция 1.3 зуба**



**Рис.2 Пац Ж.А. 1994 г.р. Диагноз Ретенированный 2.1 зуб. Диагностическая модель, ортопананограмма, а также диагностика на 3Д снимке.**



**Рис 3. Пац. И.Г., 17 лет. Диагноз: Ретенция 1.3 зуба. Вид примененного аппарата на этапе комплексного лечения. А-лигатура закреплена на ретинированном клыке**

Уздечка губы: размер и глубина вплетения в подлежащую кость.

Контур кости: форма и толщина кости, наличие и отсутствия возвышения клыка при пальпации вестибулярной стороны.

2. Биометрию диагностической модели по методике Пона, Коркхауза, Герлаху проводили согласно таблицы измерений.

3. Ортопантограмма является обязательной при выявлении ретинированных зубов. Изучение рентгенограмм показало, что на ОПТГ определяется только мезиодистальный наклон клыка, однако невозможно распознать небное или вестибулярное положение клыка (рис 1).

4. Прицельные периапикальные снимки позволяют получить наиболее важную информацию о ретинированных зубах. Один из способов обнаружить и определить локализацию ретинированных клыков – по правилу «щёчного объекта» (метод Кларка). Правило гласит: изображение любого щёчно-ориентированного объекта двигается в сторону, противоположенную движению источника излучения. Для проведения этой методики последовательно делают 2 снимка: первый прицельный снимок делают с помощью длинноконусного держателя пленки под прямым углом к касательной зубной дуги внутриротовой контактный снимок. Следующий снимок делают в той же горизонтальной плоскости, но сместив трубку дистально приблизительно на 20°. Интерпретация метода Кларка: - если объект сместился в сторону смещения трубки, то он расположен небно; - если смещение произошло в противоположную сторону, то объект расположен щёчно; - если положение объекта не менялся, то он лежит в середине альвеолярного отростка.

Это методика упрощает совместную работу ортодонт и хирургов. При выявлении места залегания ретинированного клыка, ортодонт направляя пациента к хирургу, указывает место хирургического доступа к зубу, что уменьшает время оперативного вмешательства, а также появляется возможность проводить хирургическое обнажение ретинированного клыка с той стороны, ближе к которой он залегает.

**Результаты исследования.** У больных I группы применяли наиболее распространенный и доступный способ лечения ретинированных зубов - ортодонтический. Лечение зависит от

возраста больного, положения ретинированного зуба в альвеолярном отростке, степени его сформированности, формы, причины, вызвавшей ретенцию, и наличия места в зубной дуге. Ретинированному зубу, как правило, недостаточно места в зубном ряду из-за смещения соседних зубов в сторону дефекта зубного ряда. Создание необходимого места можно достигнуть перемещением сместившихся зубов в противоположном направлении, особенно если есть тремы между зубами. резца.

5. Томографическая лучевая диагностика позволяет провести углубленное исследование ретинированного зуба

Исследуя 45 рентгенограмм, мы обратили внимание на способность к прорезыванию ретинированных зубов с хорошо выраженной периодонтальной щелью; если же она практически отсутствует, зубы не прорезываются.

Выведение в зубную дугу ретинированного зуба даже при благоприятных условиях сопровождается определенными трудностями и требует настойчивости и терпения как со стороны больного, так и со стороны врача.

Чтобы ускорить лечение, придать ему большую эффективность, у больных 2 группы нами использован аппаратно-хирургический метод лечения ретинированных зубов. При этом вытяжение их проводится при помощи лигатуры, укрепленной одним концом на ретинированном зубе, другим - на балке ортодонтического аппарата, закрепленного на зубах (рис 3).

Следует отметить особую трудность фиксации лигатуры на ретинированном зубе, поэтому у 2 больных использовали металлический колпачок с крючком и петлей, фиксируемый на коронке ретинированного зуба.

Таким образом, наши клинические наблюдения дают основание утверждать, что ортопантомограмма позволяет распознать только мезиодистальный наклон клыка. Прицельные периапикальные снимки позволяют получить наиболее важную информацию о ретинированных зубах. Метод Кларка наиболее точно выявляет место залегания ретинированного клыка, поэтому врач-ортодонт, направляя пациента к хирургу-стоматологу, может указать место хирургического обнажения ретинированного клыка с той стороны, ближе к которой он залегает. Прогноз ортодонтического лечения ретинированных зубов с хорошо выраженной периодонтальной щелью

благоприятен. При применении комплексного лечения особую трудность представляет фиксация лигатуры на ретинированном зубе. Надежные результаты дает применение металлического колпачка с крючками или петлей, фиксируемый на коронке ретинированного зуба

### **Литература:**

1. Аболмасов Н.Г., Абалмасов Н.Н, Ортодонтия. Учебное пособие. М., Медпресс-информ, 2008.

2. Флис П.С. с соавт., – Ортодонтия, Киев, Медицина, 2008.

3. Франк Нётцель, Кристиан Шульц. Практическое руководство по ортодонтической диагностике. Анализ и таблицы для использования в практике.- Львов, 2006.

4. Лаура Митчелл. Основы ортодонтии. Перевод с английского. М., 2010.

5. Деклан Миллет, Ричард Уэлбери. Решение проблемы в ортодонтии и детской стоматологии.

Перевод с английского. М., 2009.

## **ФАКТОРЫ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ**

**Сыдыкова С.С., Джаныбекова С.А., Мергенбаева Т.К.,  
Ташева И., Бримкулов Н.Н.**

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

**Резюме.** Цель исследования - изучение распространенности основных факторов риска (ФР) НИЗ среди студентов-медиков. В исследовании приняли участие 643 студента 1-6 курсов КГМА, в том числе 234 юношей и 409 девушек, средний возраст которых составил  $20,1 \pm 2,2$  лет. Оценку поведенческих ФР проводили путем анкетирования с использованием специально разработанной «Карты укрепления здоровья». Биологические ФР изучали с помощью измерения артериального давления крови, индекса массы тела, уровня глюкозы и холестерина. Среди студентов выявлена относительно высокая частота различных ФР НИЗ, в том числе повышение уровня холестерина (11,8%) и сахара (3,2%) крови, курение (10%), избыточная масса тела (7,4%), гиподинамия (6,4%), повышенное систолическое (4,2%) и диастолическое (2,8%) артериальное давление. Высокая частота ФР НИЗ требует улучшить преподавание студентам медикам вопросов профилактики НИЗ и повышения их компетенций в области формирования здорового образа жизни.  
**Ключевые слова:** неинфекционные заболевания, студенты-медики, факторы риска НИЗ.

## **СТУДЕНТ-МЕДИКТЕРДИН АРАСЫНДА ЖУГУШТУ ЭМЕС ООУЛАРДЫН РИСК ФАКТОРЛОРУ**

**Сыдыкова С.С., Джаныбекова С.А., Мергенбаева Т.К.,  
Ташева И., Бримкулов Н.Н.**

И.К.Ахунбаеватындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Бул изилдөөнүн максаты – студент-медиктердин арасында жугушту эмес оорулардын негизги риск факторлорунун кездешүүсүн аныктоо. Изилдөөдө КММАнын 1-6 курсунун 643 студенткатышты, алардын ичинде 234 жигиттер жана 409 кыздар, орточо жашы  $20,1 \pm 2,2$ . Жүрүм-турум риск факторлорун анкета түрүндө атайын иштеп чыгарылган «Ден-соолукту бекемдөө картасы» менен изилденди. Студенттердин канбасымын, дене салмагынын индексин өлчөө, кандагы кант менен холестериндин денгээлин аныктоо менен биологиялык риск факторлору изилденди. Студенттердин арасында жугушту эмес оорулардын риск факторлорунун кездешүүсү өтө бийик эмес аныкталды. Ошону үчүн студент-медиктерди жугуштуу эмес оорулардын алдын-алуу суроолорун окутуусун күчөтүү жана чынден-соолукта жашоого үйрөтүү керек.

**Негизги сөздөр:** жугуштуу эмес оорулар, студент-медиктер, жугуштуу эмес оорулардын риск факторлору.

## **RISK FACTORS OF THE NON-INFECTIOUS DISEASES AMONG MEDICAL STUDENTS**

**Sydykova S.S., Djanybekova S.A.,  
Mergenbaeva T.K., Tasheva I., Brimkulov N.N.**  
Kyrgyz State Medical Academy after name Ahunbaeva I.K.,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The aim of our research was to study the prevalence of main risk factors of non-infectious diseases among medical students in Kyrgyzstan. The participants of the study were 643 students of 1-6 courses of Kyrgyz State Medical Academy, including 234 boys and 409 girls, their middle age was  $20,1 \pm 2,2$  years. Students had to fill out special «health improvement card» to evaluate life style/behavioral risk factors. Biological risk factors were examined by measuring blood pressure, body mass index, glucose and cholesterol. Among the students relatively high frequency of various risk factors of non-infectious diseases, including high cholesterol (11.8%) and sugar (3.2%) of blood, smoking (10%), overweight (7.4%), physical inactivity (6.4%), increased systolic (4.2%) and diastolic (2.8%) blood pressure were identified. The high frequency of risk factors of non-infectious diseases requires to improve the teaching of medical students issues the prophylactic method of prevention of non-infectious diseases and improving their competence in the area of formation healthy lifestyles.

**Keywords:** non-infectious diseases, medical students, risk factors of non-infectious diseases.

**Введение.** Проблема профилактики основных неинфекционных заболеваний (НИЗ) является особо актуальной во всем мире, так как они являются основной причиной нетрудоспособности, заболеваемости и преждевременной смертности населения Земного шара (1, 2). В Кыргызстане НИЗ также являются ведущими причинами смертности (3, 4).

Политическая декларация, принятая на Генеральной Ассамблее ООН в сентябре 2011 года главами и представителями государств и правительств определила НИЗ основной приоритетной проблемой XXI века, которая подрывает социально-экономическое развитие во всём мире и ставит под угрозу достижение международных целей в области развития (5). В соответствии с Глобальной стратегией предупреждения НИЗ, разработан ряд документов, в том числе Европейская стратегия профилактики и борьбы с НИЗ и План действий по ее реализации на 2012-2016 годы (6). В нашей стране также разработан проект «Государственной программы профилактики и контроля неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике на 2013-2020 годы», целью которой является создание национальной системы профилактики и контроля НИЗ.

В рамках указанной Государственной программы в Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева (КГМА) разработана комплексная профилактическая программа «Студенты-медики за здоровый Кыргызстан», целью которой является изучение распространенности факторов риска НИЗ среди студентов КГМА с последующим определением степени индивидуального риска развития НИЗ, проведением образовательного вмешательства и формированием здорового образа жизни. Важнейшей особенностью программы является интегрированный подход: одновременное воздействие на несколько ведущих факторов риска и комплексные вмешательства при основных НИЗ. В соответствии с внедряемыми в КГМА государственными образовательными стандартами 3-го поколения (ГОС-3) выпускники наряду с другими, должны владеть и определенными компетенциями в области научно-исследовательской работы. Предполагается, что участие в данной программе

всех студентов повысит их компетентность в области профилактики НИЗ, а также даст возможность освоить определенные научно-исследовательские компетенции. Все это в дальнейшем окажется полезным в реализации Государственной программы профилактики НИЗ по всей стране.

**Цель данной работы** - изучение распространенности основных факторов риска НИЗ среди студентов-медиков.

**Материал и методы.** Дизайн исследования – одномоментное поперечное исследование. Обследовано 643 студента 1-6 курсов КГМА, в том числе 234 юношей и 409 девушек. Средний возраст студентов составил  $20,1 \pm 2,2$  лет.

Для изучения распространенности основных факторов риска была использована адаптированная «Карта укрепления здоровья», предложенная (7) Всемирным Альянсом работников здравоохранения (Healthim provement card by World Health Professions Alliance (WHPA, 2012). Особенность карты состоит в том, что по ней можно оценить условный индивидуальный риск НИЗ, наметить основные цели и план действий по оздоровлению образа жизни. Для заполнения карты необходимо определение биологических и поведенческих факторов риска НИЗ, таких как повышенная масса тела (на основании измерения роста и веса с расчетом индекса массы тела – ИМТ, а также окружности талии - ОТ), повышенное артериальное давление (систолическое - САД и диастолическое - ДАД), увеличение уровня сахара и холестерина крови. Из поведенческих факторов риска анализировались нерациональный характер питания, недостаточная степень физической активности (ФА), курение и употребление алкоголя. В таблице №1 представлены критерии оценки анализируемых факторов и выделения их степени риска.

Полученные данные обработаны с помощью программы Statistica с расчетом относительных и средних величин.

### **Результаты и их обсуждение.**

Индивидуальные значения основных анализируемых показателей колебались в широких пределах, однако средние значения биологических показателей студентов находились в пределах нормальных величин как у мужчин, так и у женщин (табл.2).

Основная часть студентов (75,7%) имела нормальные величины ИМТ (рис. 1), однако у 44 (6,8%) студентов выявлена избыточная масса тела, а у 4-х (0,6%) – ожирение I степени (ИМТ более 30 кг/м<sup>2</sup>). Окружность талии выше нормы выявлена у 7 студентов (1,1%). Также обнаружены студенты, у которых наблюдался дефицит массы тела, т.е. ИМТ был ниже 18,5 кг/м<sup>2</sup>, что тоже является неблагоприятным фактором. Их число составило 108 человек (16,8%), из них 97 (89,8%) девушек и 11 (10,2%) мужчин.

У большинства обследованных были выявлены нормальные цифры систолического (у 95,8% обследованных) и диастолического (у 97,2%) артериального давления (рис. 1). В тоже время, повышение систолического артериального

давления более 130 мм.рт.ст. обнаружено у 27 студентов (4,2%), из них у 7 (1,1%) – более 140 мм.рт.ст. Повышение диастолического артериального давления более 85 мм.рт.ст. обнаружено у 18 студентов (2,8%), из них у 17 (2,6%) – более 100 мм.рт.ст.

В случайной выборке 186 из 643 студентов (28,9%), были определены уровни сахара и холестерина в крови. Показатели сахара крови колебались от 2,96 до 6,81, в среднем составив 4,2±0,6ммоль/л. Если у основной массы (рис. 2) студентов уровень гликемии натощак был в пределах нормы (165 студентов, или 96,8%), у 21 студента (3,2%) сахар крови составил более 5,6 ммоль/л, но менее 7 ммоль/л.

**Таблица 1. Критерии оценки биологических и поведенческих факторов риска НИЗ.**

Фактор риска	Норма	Средний риск	Высокий риск
<b>Биологические факторы риска</b>			
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	18,5-24,9	25-29,9	≥30
Окружность талии, см	Жен.<88		Жен.>88
	Муж.<102		Муж.>102
САД, мм.рт.ст.	САД≤120	САД=121-139	САД≥140
ДАД, мм.рт.ст.	ДАД≤80	ДАД=81-89	ДАД≥90
Глюкоза крови, ммоль/л	<5,6	5,6-7	≥7
Холестерин, ммоль/л	<5,2	5,2-6,2	≥6,2
<b>Поведенческие факторы риска</b>			
Характер питания	5 порций овощей и фруктов	Менее 5 порций	Я не ем фрукты и овощи
Степень физической активности	Более 30 мин ежедневно	Менее 30 мин ежедневно	Мой обычный день не включает физическую активность
Курение	Я не курю или я бросил курить		Я курю
Употребление алкоголя	Менее 2-х доз алкоголя в день	3-4 доз алкоголя в день	5-6 доз алкоголя в день

**Таблица 2. Сравнительная характеристика биологических данных студентов по полу (M±m).**

Показатель	Колебания показателей	Все студенты, (n=643)	Мужчины, (n=234)	Женщины, (n=409)
Возраст, лет	16-30	20,1±2,2	20,6±2,2	19,9±2,1
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	15,1-34,9	20,9±2,7	22,2±2,9	20,2±2,2
ОТ, см	50-110	71,8±9,3	78,7±9,4	67,8±6,5
САД, мм.рт.ст.	80-140	109,1±11,0	115,7±8,6	105,3±10,5
ДАД, мм.рт.ст.	50-100	70,3±8,5	75,0±7,4	67,6±8,0

Уровни холестерина крови варьировали от 2,31 до 8,4 ммоль/л, в среднем составив  $4,1 \pm 1,0$  ммоль/л. При этом у 55 (8,6%) студентов обнаружено увеличение его уровня больше 5,2 ммоль/л, а у 21 (3,2%) – более 6,2 ммоль/л, отражая высокий риск развития атеросклероза в будущем.

Результаты оценки поведенческих факторов риска (рис. 3) выявили, что у многих студентов преобладало однообразное питание без включения овощей и фруктов. Наряду с этим, 40,9% отметили значительную гиподинамию, в том числе у 6,4% студентов физическая активность была чрезвычайно ограниченной. У 10% обследованных выявлена табачная зави-

симость различной степени, кроме того, 0,9% студентов отметили повышенное употребление алкоголя.

Проведенные нами исследования выявили среди студентов-медиков самые разнообразные факторы риска НИЗ, что можно объяснить рядом причин. Известна большая учебная нагрузка в медицинских ВУЗах, требующая больших интеллектуальных усилий и значительных затрат времени не только во время занятий, но и после них. С этим, в определенной степени связаны гиподинамия, нерегулярное, нерациональное питание. Неправильное питание и гиподинамия могут приводить, в свою очередь, к повышенному весу, гиперхолестеринемии, и другим последствиям.

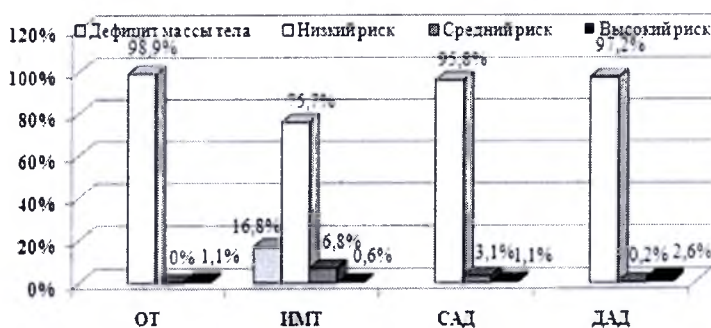


Рисунок 1. Оценка биологических факторов риска среди студентов.

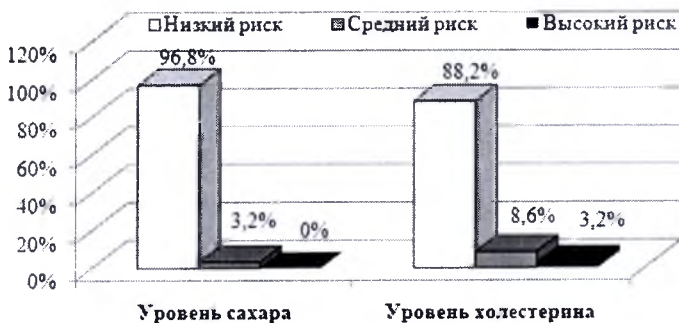


Рисунок 2. Оценка уровня сахара и холестерина у студентов (n=186).

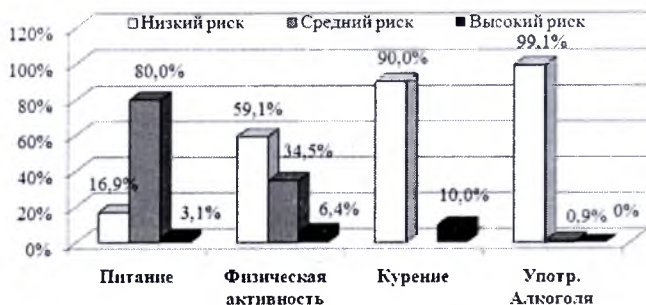


Рисунок 3. Оценка поведенческих факторов риска среди студентов.

Вызывает тревогу и достаточно высокая частота курения.

Наличие факторов риска НИЗ у многих студентов-медиков свидетельствует о низкой их информированности по основным вопросам профилактики НИЗ, об отсутствии необходимых компетенций и низкой приверженности к соблюдению принципов здорового образа жизни. Обнаруженные нами данные требуют обратить серьёзное внимание на оптимизацию учебных программ студентов-медиков по вопросам профилактики неинфекционных заболеваний. Необходимо не только повышать теоретический уровень знаний в этой области, но и обучать профилактическим компетенциям. Для повышения эффективности освоения таких компетенций необходимо также применение новых инновационных методов обучения.

Участие студентов-медиков в выполнении данного исследования, сначала в качестве обследуемого, затем интервьюера, а на старших курсах привлечение их к анализу материалов и подготовке публикаций, может стать эффективным подходом для освоения необходимых компетенций в области профилактики НИЗ.

**Заключение:** таким образом, мы обнаружили, что даже у лиц молодого возраста, тем более у медиков, изучающих неинфекционные заболевания и способы их профилактики, нередко встречаются факторы риска НИЗ, такие как повышение уровня холестерина крови, курение, избыточная масса тела и другие. Это свидетельствует о необходимости более эффективного и интенсивного образовательного

вмешательства среди студентов по вопросам профилактики НИЗ.

#### **Литература:**

1. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 2012; 380(9859):2224-2260.

2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/ru/> / Неинфекционные заболевания. Информационный бюллетень ВОЗ №355. Март 2013 г.

3. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2012 г. // Сборник РМИЦ МЗ КР. – Бишкек, 2013. – 318 стр.

4. Бримкулов Н.Н., Мергенбаева Т.К. и др. Перспективы профилактики неинфекционных заболеваний в Кыргызстане//ЦАМЖ.- 2013.-Том XIX, Приложение 1.-с.16-17.

5. [https://www.un.org/ru/ga/ncdmeeting\\_2011](https://www.un.org/ru/ga/ncdmeeting_2011) // Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям.- 66-я сессия, 19 сентября 2011г.

6. Проект комплексной глобальной системы мониторинга, включая показатели и комплекс добровольных глобальных целей по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. Женева, 5–7 ноября 2012 г. [apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_8-ru.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-ru.pdf)

7. Health improvement card by World Health Professions Alliance (WHPA)—18 с.



## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕПАРИРОВАНИЯ ЗУБОВ БЕЗ УСТУПА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК**

**Исаков Э. О.**

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

**Резюме.** В статье освещены вопросы минимализации травмы тканей пародонта при поддесневом расположении края металлокерамической коронки.

**Ключевые слова:** биологическая ширина зубов, ретракция десны, минимализация травмы мягких тканей.

## **ТИШТЕРДИ УСТУПСУЗ ЖОНУУНУН МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ТИШКАПТАРДЫ ЖАСООДОГУ ӨЗГӨЧӨЛҮКТОРУ**

**Исаков Э. О.**

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

**Корутунду.** Макалада металлокерамикалык тишкаптардын учун тиш бүйлөөсүнүн ичине жайгаштыруудагы пародонттун жабыркылануусун азайтуу чагылдырылган.

**Негизги сөздөр:** тиштердин биологиялык жоондугу, тиш эттерин качыруу, тиш эттеринин жабырлоосун азайтуу.

## **THE PECULIARITIES OF TEETH WITHOUT THE LEDGE PREPARATION DURING THE MAKING CERAMIC-METALLIC CROWNS**

**Isakov E. O.**

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

**Resume.** The questions of minimization of periodontal tissues traumatology are discussed in patients with subgingival location of metallic ceramic crown.

**Keywords:** the biological width of teeth, retraction of gum, the minimum traumas of soft tissues.

**Актуальность.** Препарирование зубов под метал-локерамические конструкции имеет свои особенности, связанные со значительным снятием твердых тканей опорных зубов. Существуют 3 способа подготовки зубов под металлокерамические коронки:

1. С циркулярным уступом (по всему периметру)

2. Уступ подготовлен только с вестибулярной стороны (лабиальный уступ)

3. Без уступа

Создание уступа циркулярного или только с вестибулярной и проксимальной поверхностями улучшает эстетические качества металлокерамических протезов и уменьшает опасность раздражения мягких тканей краем коронки [3; 5; 6; 7].

Но создание уступа при препарировании

зубов под металлокерамические протезы не всегда возможно, связанное с недостаточной толщиной стенок и размерами опорных зубов. В таких случаях препарирование зубов проводится без уступа, предусматривающее щадящее снятие твердых тканей, особенно в придесневом участке [3; 5; 7;].

Среди основных стратегий профилактики осложнений со стороны тканей пародонта важнейшую роль играет минимализация травмы мягких тканей при поддесневом размещении края металлокерамической конструкции.

Многочисленными клиническими исследованиями [1; 2; 8] установлено, что край коронки должен располагаться таким образом, чтобы не нарушать “биологическую ширину” зуба. Такого же мнения придерживаются исследователи, считающие расположение края коронки на

расстоянии 0,5 мм и более от эпителиального прикрепления снижает риск воспалительного ответа со стороны тканей пародонта. [6; 8] Адекватная оценка глубины десневой щели при определении уровня погружения края коронки является важным фактором для врачей – клиницистов [4; 6; 8].

**Цель работы** – определить алгоритм препарирования под металлокерамические конструкции, проводимого без создания уступа с учетом морфометрических данных краевого пародонта. Рис. 1.

Необходимость погружения края коронки в зубодесневую борозду определяется врачом на этапе планирования лечения в зависимости от клинической ситуации (материал реставрации, тип улыбки, изменение цвета зубов, пожелания пациента, улучшение ретенции коронки и т.д.). Проводя оценку морфометрических параметров в аспекте определения уровня погружения края коронки в зубодесневую борозду, необходимо добиться стабилизации состояния тканей пародонта. При наличии воспалительных процессов провести соответствующие тера-

певтические манипуляции с учетом общего состояния здоровья. При наличии сопутствующей патологии тщательно оценить соматический статус пациента.

При препарировании опорных зубов без уступа необходимо учесть, чтобы фарфоровая облицовка была достаточной толщины, чтобы придать требуемый оптимальный цвет и прочность, что, в свою очередь, зависит от морфометрических параметров зубодесневой борозды.

Одним из методов определения глубины десневой щели является зондирование. Методом измерения клинической десневой щели установлена неодинаковая ее глубина у разных зубов и на различных ее участках [3; 5]. По всей вестибулярной поверхности резцов глубина десневой щели находится от 0,25 до 1 мм, клыков – от 0,25 до 1,25 мм, премоляров – от 0,5 до 1,25 мм. Глубина десневой щели области межзубных сосочков наименьшая у премоляров от 0,75 мм, а в области сосочков у резцов и клыков от 1,25 до 1,5 мм. Ширина щели определяется по отведению от тканей зуба десневого края. Десневой край

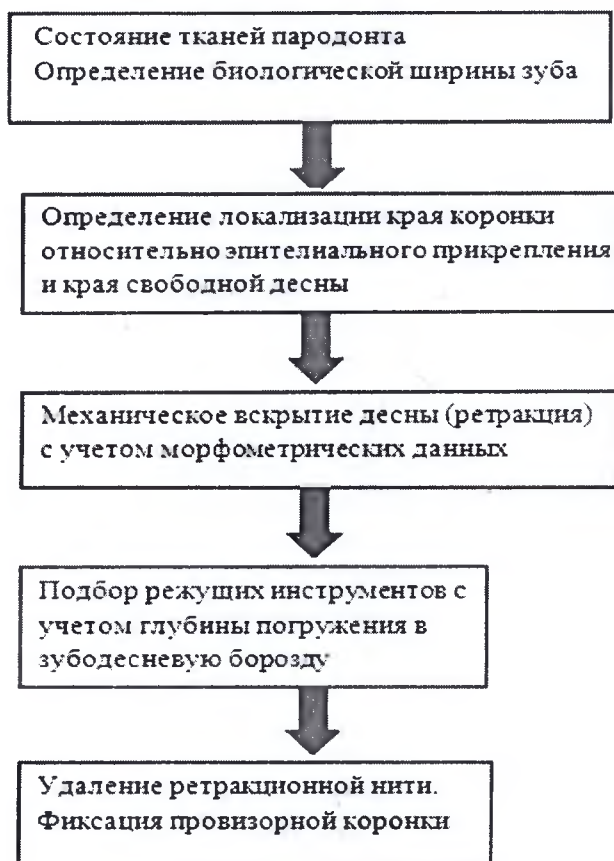


Рис. Алгоритм одонтопрепарирования с учетом морфометрических данных.

отводится от твердых тканей на 0,1-0,4 мм. Чем меньше глубина десневой щели, тем меньше ее ширина и тонкий десневой край. Край коронки не должен достигать дна десневой щели, чтобы не соприкасаться с эпителиальным прикреплением и не оказывать на него давления. Толщина края коронки, вводимого в десневую щель, не должна превышать ее ширину. Трудность в определении реальной глубины зубодесневой борозды методом зондирования заключается в том, что кончик зонда в разной степени погружается в ткань эпителиального прикрепления [1; 6; 8], средняя толщина которого составляет 0,25 мм. Глубина десневой щели составляет от 0,25 до 1 мм. С целью минимализации травмы тканей краевого пародонта мы предлагаем провести следующий расчет. Среднее значение глубины зубодесневой борозды - 0,5 мм и, с минусом от него среднюю толщину, получим 0,25 мм, следовательно, 0,25 мм - это максимально допустимое погружение края металлокерамической коронки в зубодесневую борозду.

После анализа биологической зоны приступают к раскрытию десневой борозды. Используется дифференцированный подход к методу ретракции десны, учитывающий морфометрические данные пародонта.

При препарировании зубов, без создания уступа, с расположением края коронки ниже свободного края десны, важным фактором является контроль глубины погружения инструмента в зубодесневую борозду. [5] Для этого использовали край нити, введенной в десневую бороздку. Прежде всего, визуально оценили биологическую ширину и размер зуба, после были установлены тонкая-ооо и средняя-о импрегнированные ретракционные нити "Ultrapak" на непродолжительное время. Средняя ретракционная нить извлекалась из десневой бороздки, а тонкая оставляется, являясь ориентиром контроля глубины погружения инструмента. Погружение в зубодесневую щель осуществляли пламевидным алмазным бором с мелкой зернистостью и при малых оборотах бормашины.

Препарирование заканчивали сглаживанием острых краев зубов и извлечением

тонкой ретракционной нити. После финишной обработки культи зуба были установлены провизорные реставрации.

### Выводы:

Таким образом, представленный алгоритм препарирования, включающий адекватную оценку морфометрических параметров, позволяет клиницистам изменить риск повреждения тканей пародонта во время препарирования при поддесневом расположении края коронки, путем контролируемого погружения режущих инструментов. Расположение края коронки на безопасном расстоянии от эпителиального прикрепления в области дна зубодесневой бороздки сводит к минимуму риск возникновения осложнений со стороны тканей пародонта.

### Литература

1. Ахмад И. Эстетика не прямой реставрации. М. 2009. 239.
2. Гюрель Г. Керамические виниры: искусство и наука. М. Азбука. 2007. 519.
3. Каламкарров Х. А. Избранные лекции по ортопедической стоматологии. "Медицинское информационное агентство". - М; - 2003. - 13с.
4. Коэн Э. Атлас косметической и реконструктивной пародонтологической хирургии. М. 2006. 416.
5. Спицына Н. П. Сравнительная характеристика поверхности зуба при одонтопрепарировании. // Материал научно-технической конференции «Одонто-препарирование» - М; - 2008. - 82с.
6. Стафеев А. А. Профилактика ошибок и осложнений при стоматологической ортопедической реабилитации больных с соматической патологией несъемными металлокерамическими протезами. Автореф. дис. д-ра. мед. наук. Омск. 2007. 302
7. Стрельников В. Н. Протезирование дефектов зубов и зубных рядов металлокерамическими протезами // Автореф., канд., дисс. - Калинин. 1989 - 35с.
8. Шпер Ф. Расположение края эстетических реставраций фронтальной группы зубов. Панорама ортопедической стоматологии. 2006. 2 - 7.

## **СКОЛЫ КЕРАМИЧЕСКОЙ ОБЛИЦОВКИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ ПРОТЕЗОВ И ИХ РЕСТАВРАЦИЯ**

**Исаков Э. О.**

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

**Резюме.** В статье рассматриваются причины, приведшие к сколам керамических облицовок, и методика восстановления их с помощью адгезивной технологии.

**Ключевые слова:** окклюзионные нарушения, адгезивная технология.

## **МЕТАЛЛОКЕРАМИКАЛЫК ПРОТЕЗДЕРДИН КЕРАМИКАЛЫК ОБЛИЦОВКАЛАРЫНЫҢ СЫНЫП КАЛУУЛАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ ОҢДОО**

**Исаков Э. О.**

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

**Корутунду.** Макалада керамикалык облицовкалардын сынып калуусунун себептери жана аларды калыбына келтирүүнүн жармаштыруу технологиясы каралган.

**Негизги сөздөр:** тиштердин тийип туруусунун туура эместиги, жармаштыруу технологиясы.

## **THE INJURES OF THE CERAMIC FACING CERAMIC - METAL PROSTHESES AND THEM RESTORATION**

**Isakov E. O.**

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

**Resume:** There are surveyed the causes, which have led to the injures of the ceramic facings, and procedures of restoration them by means of adhesive technology.

**Keywords:** occlusal disturbances, adhesive technology.

Металлокерамические протезы все чаще используются для устранения дефектов зубов и зубных рядов в области, как фронтальных, так и жевательных зубов с обязательным учетом особенностей и возможности препарирования. Многочисленный клинический опыт врачей-практиков и исследователей всего мира позволил создать множество методических рекомендаций, посвященных особенностям протезирования металлокерамическими конструкциями. К сожалению, нельзя сказать, что металлокерамические коронки и протезы совершенными конструкциями.

Вследствие врачебных ошибок (недооценка окклюзионных факторов: суставного пути, трехпунктного контакта Бонвилля, движения Беннета, окклюзионной плоскости, резцового пути, морфологии жевательной поверхности боковых зубов; гипертонуса

и гиперактивности жевательных мышц; неправильного препарирования и т.д.) и упущений технического изготовления (контаминация оксидированного слоя, чрезмерное или недостаточное оксидирование, несоответствие коэффициента термического расширения сплава и керамической массы и других) возможны сколы керамических облицовок и при определенных обстоятельствах множество еще более серьезных функциональных и эстетических осложнений. [1; 2; 3; 4;]

Когда произошел частичный скол керамической облицовки или полностью нарушена связь металлом и керамикой проблема решается двумя путями. Во-первых, изготовление нового протеза, во вторых прямое адгезивное восстановление. В большинстве случаев снятие коронки или мостовидного протеза не представляется возможным без дальнейшего

повреждения керамической облицовки.

На сегодня единственным верным решением, кроме изготовления нового протеза или коронки, будет восстановление сколов со специальной массой прямым способом с помощью адгезивной технологии.

**Материал и методика проведения реставрации.**

В клинику обратились 5 пациентов на эстетический и функциональный недостаток вследствие скола керамических облицовок. У двоих пациентов были сколы фарфоровой облицовки без нарушения связи металл-фарфор. Сколы фарфора коронок 12,21 зубов, находящихся в составе спаянных конструкций, произошли с вестибулярных сторон. При осмотре троих пациентов поврежденные коронки 13; 23; 24 зубов находились в составе металлокерамических мостовидных протезов.

Для принятия решения о целесообразности и возможности реставрации была проведена оценка причин возникновения скола, стоматоскопически определено наличие газовой поры металлического каркаса в участке скола, проведена оценка окклюзионных факторов, уделено внимание форме резцов и клыков, их клинической длине, пропорциональности, линии десен и улыбки.

Методика проведения реставрации скола керамической облицовки была продемонстрирована на примере 23 зуба в составе металлокерамического мостовидного протеза. Вначале началась подготовка участка скола керамики и окружающих тканей к реставрации.

Прежде всего, участок скола (керамика и металл) был очищен с помощью ротационной стоматологической щеточки и абразивной пасты, установлена тонкая -000 и средняя -0 не импрегнированные ретракционные нити "Ultrapak" для механической ретракции десны. Данная процедура устраняет подтекание тканевой жидкости, дальнейшей сорбции или остановке на ее уровне наносимых средств, предусмотренных адгезивной технологией. Защитный платок коффердама не одевали, так как его нормальная фиксация и функция были затруднены наличием мостовидного протеза. После, определили оттенок дальнейшей реставрации по шкале VITA. Затем торпедовидным алмазным бором средней зернистости был снят оксидированный слой металла, все острые углы и небольшие

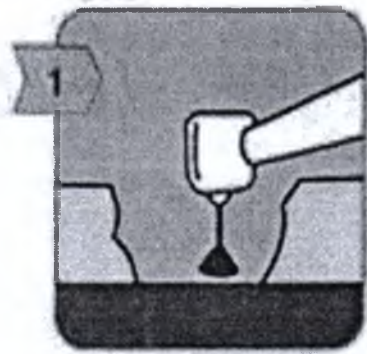
поднутрения. Пламенеобразным алмазным бором для окончательной обработки создали относительно гладкую микроретенционную поверхность, подготовленную для протравливания и дальнейшего нанесения адгезивных средств. Рис.1. Впоследствии на инструментально обработанный участок нанесли на 15 сек гель ортофосфорной кислоты "Voco-Arabesk-Top" с целью окончательной очистки и обезжиривания реставрируемой поверхности.

Когда смыли гель ортофосфорной кислоты произвели замену влажной крупной ретракционной нити на аналогичную, но сухую, с целью обеспечения надежной сорбции. Рис.2. Таким образом, поверхность скола была подготовлена для нанесения керамического силанового покрытия "Voco-Cimara", который представляет собой поверхностноактивную этилированную силановую группу, которая реагирует с керамикой и металлом и прочно кополимеризуется метилметакрилатными группами "Singl-Bond" и органической матрицей композитных материалов. Силановый слой наносится микроаппликатором на сухую поверхность в количестве, достаточном для ее полного покрытия тонким слоем (1-2 капли) и оставляется до окончательного испарения. Оставшиеся видимые жидкостные остатки силанового слоя испаряются под легкой струей воздуха. Рис.3.

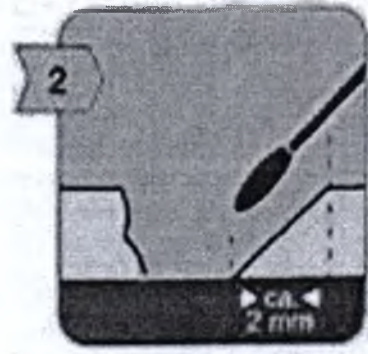
После тщательно просушенная поверхность была покрыта двумя последовательными слоями адгезива "Singl-Bond". Легкой струей воздуха адгезив следует распространить по поверхности скола до образования тонкой пленки, затем полимеризовать галогенной лампой в течение 10 мин. Рис.4.

Следующим этапом для полноценной имитации цвета керамической облицовки и закрытия просвечивания металлического каркаса, наносим специальной кисточкой на силанированный металл слой опакowego композитного материала. Опаковый слой универсального оттенка наносили тонким слоем до 1 мм на подготовленный участок и фотополимеризовали в течение 40 секунд. Рис.5.

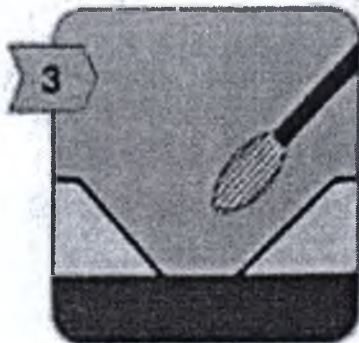
После этого было произведено восстановление участка скола керамики универсальным гибридным композитным материалом "Voco-Arabesk-Top" нужного



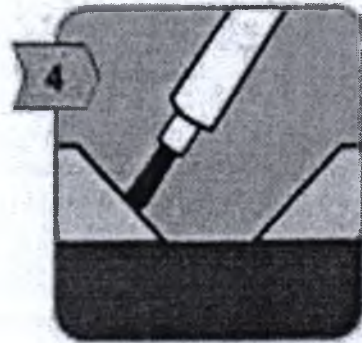
(рис. 1.)



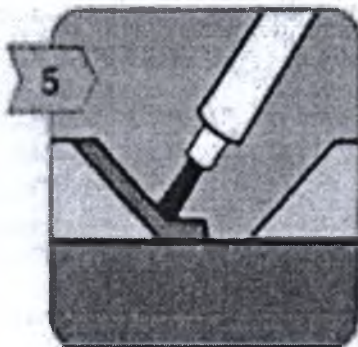
(рис. 2.)



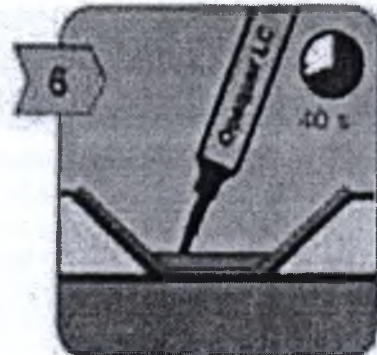
(рис. 3.)



(рис. 4.)



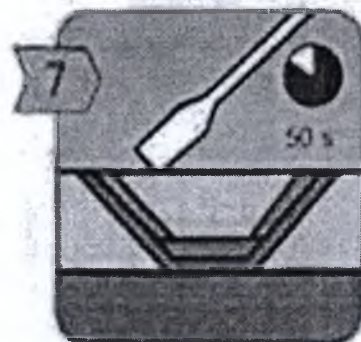
(рис. 5.)



(рис. 6.)



(рис. 7.)



(рис. 7.)

оттенка, определенным ранее. Материал наносили послойно, моделируя несколько тонких слоев и фотополимеризуя их по 20 секунд. Согласно рекомендациям производителя, для большинства оттенков этого материала слой 2.5 мм следует фотополимеризовать 20 секунд. Вестибуло-апроксимальные участки и резовый край восстанавливали с добавлением более светлого оттенка того же универсального композитного материала "Voco-Arabesk-Top". Рис.6.

Окончательную обработку реставраций производили специальными дисками, начиная с более крупно-абразивных, при коррекции формы моделировки и окклюзионных соотношений с антагонистами, заканчивая мелкоабразивными. Полировали реставрируемую поверхность пастой "Polinex", используя мелкие резиновые круги, затем мелкие щеточки. Рис.7.

При восстановлении сколов керамики сложно, абсолютно точно, воссоздать оттенок керамических облицовок, что обусловлено ограниченным объемом реставрации, различной рефракцией света материалов, наличием разнородной опаловой основы. Но хамелеонообразный эффект, присущий композиционным материалам производства "Voco-Arabesk-Top", визуально скрывает несоответствие цветовых тонов. Если же границы скола остаются видимыми, особенно если неправильно определен цвет и несовершенство полировки, будет возможность заново отпрепарировать, вновь пройти весь технологический цикл нанесения композитного

материала и снова отполировать до однотонного оттенка.

### Выводы:

1. Использование материалов для реставрационных работ при повреждениях, сколах металлокерамических мостовидных протезов, позволяет правильно оценивать и практически решать различные клинические задачи.

2. Данная методика реставрации самый простой и доступный, в финансовом плане, способ восстановления целостности металлокерамической конструкции.

### Литература

1. Виппер А. Металлокерамика и коэффициент термического расширения. Новое в стоматологии 1997. 4. 45-47

2. Данилина Т. Ф., Батюнина О. Т.; Крохалев А. В. Особенности разрушения и реставрации металлокерамических конструкций в полости рта композитными материалами. Новое в стоматологии 1999. 8. 49-57

3. GranCh. Теория цвета для врачей – ортопедов и зубных техников. Квинтэссенция 1999. 1. 35-43

4. Riera-Morales W.C., et al. Починка промежуточной части металлокерамического мостовидного протеза с помощью литевой керамики. Квинтэссенция 1999. 2. 22-28.

## **ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Суеркулов Б.Т., Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Байгараев Э.А.**

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

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Нами проанализировано результаты лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости, которым производили биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава в период с 2011 по 2012 гг. на базе Бишкекского научно – исследовательского центра травматологии и ортопедии. Всего за выше указанный период замещение тазобедренного сустава было выполнено 25 пациентам возрасте от 61 до 83 лет. В качестве имплантанта при эндопротезировании применяли эндопротезы фирмы: "NARANG". Полученные отдаленные результаты от 6 мес. до 1 года у 23 пациентов расценен как хороший, у 2 – как удовлетворительный.

**Ключевые слова:** перелом шейки бедренной кости, биполярное эндопротезирования, тазобедренный сустав

## **КАШКА ЖИЛИКТИН МОЮНЧАСЫНЫН СЫНЫГЫН ЗАМАНБАП МЕЗГИЛИНДЕ ДАРЫЛОО**

**Суеркулов Б.Т., Джумабеков С.А., Калчаев Б.Н., Байгараев Э.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Көртунду:** Бишкектеги травматология жана ортопедия илимий изилдоо борборунун базасында 2011 жана 2012 жылдардын аралыгындагы бейтаптардын жамбаш муунун кашка жилик моюнчасынын сынышы боюнча биполярдык эндопротездоодогу козомол натыйжасы чыгырылды. Жогорудагы корсотулгон аралыкта жашы 61ден 83 ко чейинки 25 бейтапка жамбаш муунун алмаштырдык. Эндопротездоодо "NARANG" фирмасынын имплантанттары колдонулду. Бейтаптардын 6 айдан 1 жылга чейинки аралыкта 23но жакшы жана 2но канатаандырыларлык деген кийинки натыйжасын алынды.

**Негизги создор:** кашка жиликтин моюнчасынан сынышы, биполярдык эндопротези, жамбаш мууну.

## **TREATMENT OF FEMORAL NECK FRACTURES IN THE MODERN DAYS**

**Suerkulov B.T., Jumabekov S.A., Kalchaev B.N., Baygaraev E.A.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** We are analysed the results of the treatment of patient with fractures and femoral nech fractures. Thes patients recerved protheeis of artificial joint in the period with 2011 on 2012 gg. on the base of Bishkek Scientifical – Research Centre of Traumatologies and Orthopedic in Departments of Joint Pathology. The whole for above specified period chaing hip joint was executed 25 patients age from 61 before 83 years. We are used artificial joint of companies: "NARANG ". We got remote

results from 6 month till 4 years in 23 patients, who were measurement as good, of thes 2 - as satisfactory.

**Keywords:** fracture of the femoral neck, bipolar arthroplasty, hip.

**Введение:** Одним из приоритетных направлений при лечении травм области тазобедренного сустава является улучшение качества жизни больных с данным повреждением, а также снижение посттравматической инвалидности. Медиальные переломы шейки бедренной кости по современным данным встречается у 1,3 – 1,7% млн. человек ежегодно, а к середине XXI века возрасти 4 раза [7]. Под наблюдением некоторых авторов при данном виде патологии летальность находится на очень высоком уровне [1,2].

При консервативной терапии летальность

составляет 24-55%, что обусловлено вынужденным длительным постельным режимом, обострение хронических заболеваний и явлениями гиподинамии. До 33% больных умирают в течение первых 6 мес. после травмы. Уровень смертности увеличивается с возрастом пострадавших. При традиционных оперативных методах лечения переломов шейки бедренной кости летальность среди пациентов по данным ВОЗ, составляет 12-15%. Сказанным объясняется проявляющееся во всем мире стремление к активной хирургической тактике при лечении рассматриваемых повреждений [4,5].

Однако современные методы имеет свои ограничения (невозможность жесткой фиксации при некоторых видах переломов



шейки бедренной кости, остеопороз костной ткани снижающий эффективность остеосинтеза, ограничения активации на ранних этапах).

Основная задача лечения пострадавших с переломами шейки бедра на первом этапе - спасение жизни и профилактика гипостатических осложнений. Развитие этих осложнений носит обвальный характер, в связи с чем сроки с момента травмы до проведения операции играют решающую роль. Второй важнейшей задачей является восстановление опороспособности нижней конечности. Для ее решения у пострадавших пожилого и старческого возраста принципиально возможны два подхода – остеосинтез и эндопротезирование.

При остеосинтезе шейки бедренной кости частота не сращений составляет 33%, развития аваскулярного некроза – 16%, повторная операция требуется в 20-36% случаев [6]. Главными факторами, влияющими на сращение перелома шейки бедра при остеосинтезе, являются временной промежуток между травмой и оперативным лечением, биомеханические особенности перелома, наличие и выраженность смещение отломков.

При равных с остеосинтезом возможностях восстановления функций эндопротезирование обладает существенным достоинством – обеспечивает возможность ранней активизации больного и ходьбы с опорой на оперированную конечность. Это имеет важное как медицинское (профилактика осложнений), так и социальное значение (сокращение сроков нетрудоспособности, что особенно актуально для работающих пенсионеров).

Именно поэтому важное значение имеет возможность проведения у таких больных биполярного эндопротезирования пораженного тазобедренного сустава.

**Материал и методы обследования:** нами проанализированы результаты лечения пациентов с переломами шейки бедренной кости, которым производили биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава в период с 2011 по 2012 гг. на базе Бишкекского научно – исследовательского центра травматологии и ортопедии отделения патологии суставов.

Всего за выше указанный период замещение тазобедренного сустава было выполнено 25 пациентам возрасте от 61 до 83 лет с переломами шейки бедренной кости.

Особенно важной для пациентов являлась

тщательная предоперационная подготовка, т.к. имелась сопутствующие заболевания как: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, аритмии, сердечная недостаточность, сахарный диабет, патология вен нижних конечностей, заболевания дыхательной системы и болезни мочевой системы. В процессе подготовки также всем больным выполняли обзорную рентгенограмму таза и при помощи шаблонов производили предоперационное планирование.

Оперативное лечение осуществляли под спинномозговой или эндотрахеальной анестезией с использованием стандартного заднелатерального доступа. В качестве имплантата при эндопротезировании применяли эндопротез фирмы: "NARANG". Учитывая, возраст пациентов и состояние костной ткани во всех случаях имплантат фиксировали с помощью костного цемента.

Средняя интраоперационная кровопотеря при замене сустава составила 250 мл. В первые сутки после операции больные находились в отделении реанимации, где проводили инфузионную терапию кровезамещающими растворами, а при необходимости также проводили гемотрансфузию одногруппной крови. В целях профилактики тромбоэмболии пациенты получали инъекции фракционированного гепарина – фраксипарина 40 мг подкожно начиная за сутки до операции, а в последующем ежедневно в течении 10 – 12 дней под контролем свертывающей системы крови, также эластическое бинтование нижней конечности. Дальнейшем в послеоперационном периоде пациенты получали дезагреганты - Тромбо АСС 50 – 100 мг ежедневно в течение 2-х мес.

Больным разрешалось ходить с помощью подручных средств (ходунки, костыли) на вторые – третьи сутки после операции, без нагрузки на оперированную конечность. Дозированная нагрузка разрешалась после выписки в течение 1,5 месяцев, затем с полной нагрузкой. Также больные принимали препараты кальция, в частности Кальций D3 – Никомед по 1 таблетке 2 раза в день.

Под наблюдением пациенты находились в раннем послеоперационном периоде, затем через 1,6 и 12 месяцев с момента операции, далее – ежегодно. При обследовании и изучении отдаленных результатов лечения использовались клиничко – рентгенологические методы.

Ближайшие послеоперационные результаты у всех больных хорошие. Отдаленные результаты от 6 мес. до 1 года у 23 пациентов расценен как хороший (восстановление амплитуды движений в суставе, отсутствие болей, ходьба без подручных средств опоры), у обеих – как удовлетворительный (ограничение движения в суставе, ходьба с дополнительной опорой и проходящими болевыми ощущениями). Вывих эндопротеза бедра и ее асептическое расшатывание у больных не наблюдали.

**Выводы:** На современном этапе методом выбора для лечения переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возрастов является биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава. Так пациенты данного возраста отягощены комплексом сопутствующих заболеваний, которые под воздействием травматической болезни, как правило, усугубляется. Поэтому, учитывая сложность и тяжесть оперативного вмешательства, необходимо тщательное предоперационное обследование и проведение предоперационной подготовки, а также произвести оперативное лечение в ранние сроки после травмы. Это делает оправданным использование эндопротезов, которые позволяют создать стабильную первичную фиксацию и обеспечивают возможность полной нагрузки в

предельно ранние сроки после операции. При благоприятных биомеханических условиях эндопротезы могут успешно функционировать в течение ряда лет.

### Литература:

1. Войтович А.В., Парфеев С.Г., Шубняков И.И. и др. // Травматол. ортопед. России. – 1996. - №3. – С. 29 – 31.
2. Стаматин С.И. // Травматол. ортопед. – 1988. – № 3. – С. 64 – 66.
3. Лирцман В.М. Переломы бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста: Дис. д-ра мед. наук. – М., 1972.
4. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Аникин С.Г. // Материалы Российского симпозиума по остеопорозу. – С-Пб, 2000. – С. 72
5. Солод Э.И. Комплексное лечение внутри и околосуставных переломов проксимального отдела бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста: Дис. канд. мед. наук. – М., 1999.
6. Cooper C., Campion G., Melton J. // Osteoporosis Int. – 1992. – N 2. – P. 285- 289.
7. Clafey T.J. // J. Bone Jt Surg. – 1960. – Vol. 42 B. – P. 802- 809.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ТРАВМ ПОЗВОНОЧНИКА**

**Ташибеков Ж.Т., Ырысов К.Б., Мамытов М.М.**

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

**Резюме:** Авторами изучены данные 102 больных от 16 до 65 лет с осложненными переломами груднопоясничного отдела позвоночника. Разработан оптимальный способ хирургического лечения осложненных травм позвоночника путем применения метода закрытой реклинации позвоночника с динамическим контролем. Проведено сравнение эффективности различных методов фиксации поврежденных позвонков на основе изучения ближайших результатов.

**Ключевые слова:** травма позвоночника, груднопоясничный отдел, осложненные переломы, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.

## **ОМУРТКАНЫН ТАТААЛДАШКАН ЖАРААТТАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООДОГУ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫК ЫКМА**

**Ташибеков Ж.Т., Ырысов К.Б., Мамытов М.М.**

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Корутунду:** Авторлор омуртканын жана жулундун кокурок жана бел болугундогу жарааттары бар 102 бейтаптын дарылоо жыйынтыктарын изилдешкен. Жабык реклинация жана динамикалык байкоо ыкмасы колдонулуп, оптималдуу хирургиялык ыкма деп табылган. Дарылоо жыйынтыктары на таянып, айрымалоо диагностикалык белгилер жана ар кандай хирургиялык ыкмалардын эффективдуулугу аныкталган.

**Негизги создор:** кокурок-бел омуртка жарааттары, айрымалоо диагностикасы, хирургиялык дарылоо ыкмалары.

## **ANALYSIS OF SURGICAL MANAGEMENT RESULTS IN COMPLICATED SPINE INJURIES**

**Tashibekov J.T., Yrysov K.B., Mamytov M.M.**

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

**Resume:** Authors investigated 102 patients in age from 16 to 65 years with complicated thoracolumbar spine injuries. Optimal surgical treatment method for complicated spine injuries using close vertebrae reclinacion with a dynamic control was elaborated. Basing on the received results the differential diagnostic signs and efficacy of surgical methods have been determined.

**Key words:** thoracolumbar spine injuries, differential diagnosis, surgical treatment.

**Актуальность.** В течение последних десятилетий отмечается увеличение числа повреждений позвоночника, вследствие интенсивной урбанизации, развития механизации, скоростных средств передвижения, темпов и ритма жизни, из года в год непрерывно их тяжесть, и частота [1,2,5]. У 30-70% больных с повреждениями груднопоясничного отдела позвоночника имеются неврологические нарушения, что говорит о повреждении спинного мозга и корешков. Несвоевременно устраненное смещение позвонков и сдавление спинного мозга приводит к вторичной миелопатии с неврологическими расстройствами и последующей инвалидизацией пострадавших [3, 4, 6].

В настоящее время недостаточно четко обозначены клинические формы переломов

груднопоясничного отдела позвоночника, при которых тот или иной вид оперативного лечения является методом выбора. Не существует единого подхода к определению показаний, срока проведения и способа хирургического лечения для конкретного вида травмы. В свете сказанного чрезвычайно актуальной для совершенствования системы реабилитации больных с травмами груднопоясничного отдела позвоночника представляется разработка концепции дифференцированного хирургического лечения данных видов травм [1-12].

До настоящего времени основным и распространенным способом декомпрессии спинного мозга и корешков при осложненных травмах груднопоясничного отдела позвоночника является ламинэктомия. Однако после лами-

нэктомии наблюдаются неврологические нарушения у 36,1% больных: тупые боли в области операции, корешковые боли, рубцовые компрессии спинного мозга. Эти обстоятельства определяли тенденцию к снижению травматичности хирургических вмешательств, в связи, с чем возникла необходимость в поисках малотравматичных способов декомпрессии спинного мозга и его корешков [11, 12].

**Целью работы** явилось улучшение результатов хирургического лечения осложненных травм грудного отдела позвоночника путем применения метода закрытой рекликации позвоночника с последующей фиксацией.

Работа основана на анализе 102 наблюдений с осложненными повреждениями грудного отдела позвоночника, находившихся на лечении в отделениях нейротравматологии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики в период с 2004 по 2012 гг.

Возраст больных колебался от 11 до 65 лет; из них мужчин было - 76 и женщин - 26. Среди обследованных больных мужчин было 74,5%, а женщин 25,5%. Наибольшую возрастную группу составили больные 21-59 лет (83,3%), то есть наиболее трудоспособного возраста.

У 32 (31,4%) больных ведущим был корешковый синдром, в 54 (52,9%) случаях имелась клиника частичного нарушения проводимости по спинному мозгу, и самая тяжелая группа пострадавших с синдромом полного нарушения проводимости по спинному мозгу диагностированы в 16 (15,7%) случаях.

Для решения поставленных задач были использованы клинические, неврологические и методы лучевой диагностики (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ликвородинамические пробы) и статистический метод.

Клинические методы исследования проводились по общепринятым методикам обследования больных с травмами позвоночника. При поступлении всем больным проводилось рентгенологическое исследование. По характеру смещений больные распределены следующим образом: переднее смещение 65 случаев; заднее смещение 8 случаев; боковое смещение 4 случая; комбинированные дислокации 25 случаев.

Для выявления нарушения проходимости подпаутинного пространства спинного мозга

проводили ликвородинамические пробы по общепринятой методике. Ликвородинамические пробы проведены 54 больным по стандартной методике. В 88,2% случаях неполной компрессии спинного мозга выявлен частичный блок. По результатам ликвородинамических проб определяли оптимальную тактику лечения. В 11,8% случаях выявлен полный блок субарахноидального пространства.

Компьютерная томография (КТ) проведена в 22 случаях, в остром периоде травмы позволяла изучить анатомо-топографические особенности пространственного расположения сосудисто-нервных образований позвоночного и корешкового каналов. Полученные томограммы позволяли оценивать состояние тел позвонков, дугоотростчатых сочленений, выявить характер перелома, устанавливать степень компрессии спинного мозга, спинномозговых нервов или спинальных корешков на этом уровне, исследовали также состояние дурального мешка и эпидурального пространства.

Одним из методов исследования была магнитно-резонансная томография (МРТ). Она выполнена в 16 (15,7%) случаях. В задачу МРТ в дооперационном периоде входила оценка состояния позвоночного канала и, прежде всего, выявление компремирования субарахноидального пространства, спинного мозга и его корешков. Преимуществом МРТ, по сравнению с компьютерной томографией являлось то, что она позволяет получить сагиттальные срезы на большом протяжении, производить снимки в различных срезах, не меняя положения больного.

После полного обследования больного, уточнения уровня и характера повреждения, наличия сдавления спинного мозга и корешков ставился вопрос о виде хирургического вмешательства: закрытая рекликация со стабилизацией; либо - открытая репозиция после ламинэктомии, с последующей стабилизацией.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Хирургическое лечение произведено всем 102 больным. Показаниями к операции мы считали следующие показатели: признаки компрессии спинного мозга и корешков конского хвоста, наличие нестабильности поврежденного сегмента, наличие неврологической симптоматики.

Метод закрытой рекликации является эффективным способом декомпрессии спин-

ного мозга. Закрытая реклинация применена в 39 (38.2%) случаях. До реклинации больному проводится люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами для более четкого выявления процесса реклинации. Реклинация позвонков проводится с постоянным рентгеномониторингом поврежденного сегмента в боковой, а при необходимости и в прямой проекции. Разгибание позвоночника проводится до полной реклинации с достижением максимального восстановления высоты тел компремированного позвонка и геометрии позвоночного столба. Отмечен более быстрый регресс неврологических расстройств по сравнению с больными, имеющие аналогичные степени повреждений спинного мозга, но подвергшихся другим методам лечения. Существенным преимуществом закрытой реклинации является факт, что во многих случаях реклинация способствовала устранению сдавления спинного мозга и нервных корешков без ламинэктомии (задний опорный комплекс позвонков остался сохраненным) и вмешательство заканчивалось только фиксацией поврежденного сегмента в достигнутом, анатомически правильном положении позвонков.

Показаниями к проведению закрытой реклинации являлись изолированные компрессионные переломы груднопоясничного отдела позвоночника, без повреждения заднего полукольца.

В 63 случаях, при наличии противопоказаний к методу закрытой реклинации, произведена ламинэктомия с открытой реклинацией, что заключалась в удалении дужек позвонков и элементов заднего опорного комплекса. Мы проводили резекционную ламинэктомию путем удаления остистых отростков и дужек: в 40 случаях проводили щадящую ламинэктомию (без резекции суставных отростков), в 23 случаях при переломах двух и более позвонков проводили расширенную ламинэктомию (удаление более 2-3 дужек, с резекцией 1-2 суставных отростков). После удаления костных отломков, внедрившихся в позвоночный канал оценивали состояние твердой мозговой оболочки и наличия пульсации спинного мозга, при отсутствии пульсации и сохраняющемся ликвородинамическим блоке осмотр спинного мозга и восстановление ликвороциркуляции было обязательным. Следующим этапом операции

являлась проведение открытого вправления на операционном столе, путем переразгибания поврежденного отдела позвоночника, причем при повреждении поясничных позвонков, большая гиперэкстензия придавалась ножному концу туловища, если повреждены нижнегрудные позвонки, то переразгибание придавалось головному концу туловища. В положении приданного переразгибания проводили фиксацию поврежденного сегмента металлическими конструкциями. Во всех случаях операция заканчивалась фиксацией металлоконструкциями т.е. пластинами Каплана.

Анализ ближайших результатов показал, что на первые сутки после операции у 12 (11.7%) больных отмечен полный регресс парезов, причем у 7 (6.8%) из них, применен метод закрытой реклинации. На момент выписки у 18 больных регрессировали двигательные нарушения, а у 13-ти больных парезы уменьшились, у всех этих больных применен метод закрытой реклинации. Наиболее показательным являлась динамика кифотической деформации поврежденного сегмента. У всех 102 больных имели место нестабильные повреждения груднопоясничного отдела позвоночника. При проведении контрольных спондиллограмм, во время операции и на следующий день, показало, что у 21 (20,5%) пострадавших клиновидная деформация устранена, им применен метод закрытой реклинации, с последующей фиксацией. У 63 (61,7%) больных деформации поврежденного сегмента уменьшилась более чем на 35 градусов. У 2-х больных отмечено усиление клина, что связано с погрешностями техники установки фиксирующих систем.

Применение металлоконструкций сразу позволили нам выполнять объемные операции на позвоночнике, производить декомпрессию спинного мозга и его корешков и получать благоприятные результаты, потому что металлические пластины и болты во время операции сразу же восстанавливают высокую степень стабильности на оперированном уровне.

Отдаленные результаты после хирургического лечения изучались в сроки от одного до пяти лет на основании клинических данных - по шкале Nurick (ШН): 1-й уровень - полный регресс неврологической симптоматики, 2-й - улучшение; 3-й - состояние без изменений; 4-й - ухудшение неврологической картины. Анализ отдаленных результатов показал,

что при применении закрытой реклинации с последующей фиксацией у 67% больных отмечен отличный результат, то есть полный регресс неврологической картины, у 33% регресс неврологических нарушений, напротив, при применении открытой реклинации у 21% больных клиновидная деформация сохранялась, а у 5% пострадавших деформация усилилась.

Подводя итоги можно сказать, что метод одномоментной закрытой реклинации имеет свои преимущества, по сравнению с другими методами декомпрессии позвоночного канала и его содержимого. При наличии показаний он может являться методом выбора, так как он является максимально малотравматичным способом декомпрессии, значительно сокращается пребывание больного в стационаре.

Индивидуально выбираемый в зависимости от вида перелома, способ декомпрессии и фиксации позволяет, как правило, максимально восстановить анатомию травмированного отдела и надежно стабилизировать поврежденные позвоночные сегменты, обеспечив возможность проведения функционально полноценного восстановительного лечения. Это, в свою очередь, способствует сокращению сроков, этапов лечения и предопределяет благоприятный исход, как в ближайшем, так и в отдаленном периоде.

**Заключение.** Клиническая картина осложненных травм груднопоясничного отдела позвоночника характеризуется развитием двигательных и чувствительных нарушений от легких корешковых нарушений вплоть до нижней параплегии: так, в 32 (31,4%) случаях отмечались корешковые нарушения; в 54 (52,9%) случаях характеризовалось синдромом частичного нарушения проводимости спинного мозга; в 16 (15,7%) синдромом полного нарушения проводимости спинного мозга.

Наиболее эффективным методом декомпрессии спинного мозга и его содержимого является метод одномоментной реклинации с динамическим контролем. Так при применении данного метода кифотическую деформацию поврежденного сегмента после операции удалось ликвидировать в 56% случаев и уменьшить в 41%, напротив, при применении открытой реклинации у 21% больных клиновидная деформация сохраняется, а у 5% пострадавших деформация усилилась.

Анализ ближайших и отдаленных резуль-

татов хирургического лечения показал, что при применении метода закрытой реклинации с последующей фиксацией отмечен более быстрый регресс неврологических нарушений - у 67% пострадавших с применением данного метода в отдаленные сроки после операции отмечен полный регресс неврологического дефицита, что позволило активизировать больных, и начать ранние реабилитационные мероприятия.

### Литература:

1. Дулаев, А. К. Закрытые повреждения позвоночника грудной и поясничной локализации. // А. К. Дулаев, В. М. Шаповалов, Б. В. Гайдар. - СПб. - 2000. - 144с.
2. Козлов В.Л. Хирургическое лечение осложненной травмы грудного отдела позвоночника: Дис. . канд. мед. наук. - М., 2002. - 121 с.
3. Assaker, R. Transpedicular Screw Placement / R. Assaker, N. Reys, X. De-Mondion // Spine, 2011. - Vol.26. - N19. - P. 2160-2164.
4. Attar, A. Lumbar pedicle: surgical anatomic evaluation and relationships/ A. Attar, H.C. Ugur, A. Uz, et al. // Eur Spine J. 2010. - Vol. 10 (12). - P. 5-10.
5. Brightman, R. P. Magnetic resonance imaging of trauma to the thoracic and lumbar spine: the importance of the posterior longitudinal ligament / R. P. Brightman, C. A. Miller, G. L. Rea, et al. // Spine, 2007. - Vol.17. - P. 541-550.
6. Chapman, J. R. Thoracolumbar spine fractures with neurologic deficit / Chapman J. R., Anderson P. A. // Orthop. Clin.North Am., 2008. - Vol.25. - P. 595-612.
7. Cotler, J. M., Cotler H. B. Spinal fusion: science and technique. - New York; Berlin; London; Springer-Verlag, 2009. - 407p.
8. Denis F. The three column spine and its significance in the classification of acutethoracolumbar spinal injuries // Spine, 2006. - Vol.8, N8. - P. 817-831.
9. Eastell R, 3d. Classification of vertebral fractures / R. Eastell, S. L. Cedel, H. W. Wahner, et al. // J. Bone Miner. Res., 2010. - Vol.6, N3. - P. 207-215.
10. Grootboom, M.J. et al. Acute injuries of the upper dorsal spine / M. J. Grootboom, S. Govender // Injury, 2009. - Vol.24, N6. - P. 389-392.
11. Hardaker, W.T. et al. Bilateral transpedicular decompression and Harrington rod stabilization in the management of severe thoracolumbar burst

fractures / W. T. Hardaker, W. A. Cook, A. H. Friedman // Spine, 209. - Vol.17. - N2. - P. 162-171.

12. Krag, M. H. et al. Depth of insertion of transpedicular vertebral screws into human

vertebrae: Effect upon screw-vertebra interface strength / M. H. Krag, B. D. Beynonn, M. H. Pope, T. A. De Coster // J Spinal Disord., 2008. - N1. - P.287-294.

## НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА eLIBRARY.RU

ДЛЯ ЧИТАТЕЛЕЙ | ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИЙ | ДЛЯ ИЗДАТЕЛЕЙ | ДЛЯ АВТОРОВ | ПОДПИСКА



Научно-практическая конференция  
SCIENCE INDEX: анализ и оценка  
инструментов и сервисов для  
оценки научной деятельности  
9-10 декабря 2013



Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU - это крупнейший российский информационный портал в области науки, технологии, медицины и образования, содержащий рефераты и полные тексты более 18 млн научных статей и публикаций. На платформе eLIBRARY.RU доступны электронные версии более 3200 российских научно-технических журналов, в том числе более 2000 журналов в открытом доступе.

### РЕГИСТРАЦИЯ В БИБЛИОТЕКЕ

Регистрация пользователя в Научной электронной библиотеке является необходимым условием для получения доступа к полным текстам публикаций, размещенных на платформе eLIBRARY.RU, независимо от того, находится ли они в открытом доступе или распространяются по подписке. Зарегистрированные пользователи также получают возможность создавать персональные подборки журналов, статей, сохранять историю поисковых запросов, настраивать панель навигатора и т.д.

### КАТАЛОГ ЖУРНАЛОВ

Поиск журналов в каталоге научной периодики, содержащем более 30 тысяч наименований журналов, в том числе более 2000 российских. Просмотр списка доступных выпусков этих журналов и их описаний

### АВТОРСКИЙ УКАЗАТЕЛЬ

Поиск научных публикаций с тематическим авторским указателем, содержащего более 4,8 миллионов авторов, в том числе более 590 тысяч российских.

### ОСНОВНЫЕ ПРОЕКТЫ

- Российский индекс научного цитирования
- Научные журналы открытого доступа
- Клионная коллекция
- Информационные ресурсы в области нанотехнологий
- Подписка на российские научные журналы
- Международная конференция Science Online
- Библия на eLIBRARY.RU

### НОВОСТИ И ОБЪЯВЛЕНИЯ

- 11.12 Опубликованы презентация докладов конференции SCIENCE INDEX 2013
- 08.12 Опубликован список участников конференции SCIENCE INDEX 2013
- 04.12 Опубликована программа конференции SCIENCE INDEX 2013
- 16.09 Началась подписка на 2014 год. Обращайтесь в отдел продаж



Предлагается подписка для научных организаций на информационно-аналитическую систему SCIENCE INDEX



## **ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ХЛОПКОСЕЮЩИХ РЕГИОНАХ КЫРГЫЗСТАНА**

**Турдубаев К.Т., Турдубаева Э.К.**

ОшГУ медицинский факультет,

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

**Резюме.** Представлены результаты изучения иммунной системы у больных детей раннего возраста с ЖДА проживающих в хлопкосеющих регионах юга Кыргызстана. Выяснено, что под влиянием антропогенных факторов (пестициды, химикаты) на организм могут быть изменения гуморального иммунитета.

**Ключевые слова:** ЖДА, иммунная система, дети раннего возраста, хлопок, пестициды.

## **ТҮШТҮК КЫРГЫЗСТАНДЫН ПАХТА ӨСТҮРҮҮЧҮ АЙМАКТАРЫНДА ТЕМИРЖЕТИШСИЗ АЗ КАНДУУЛУКТАН ЖАБЫРКАГАН ЭРТЕ ЖАШТАГЫ БАЛДАРДЫН ИММУНОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

**Турдубаев К.Т., Турдубаева Э.К.**

Медицина факультети, Ош МУ,

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

**Корутунду:** Түштүк Кыргызстандын пахта өстүрүүчү региондорунда жашаган темиржетишсиз азкандуулук менен жабыркаган эрте жаштагы балдарда иммундук системасын изилдөөнүн жыйынтыктары берилди. Организмге антропогендик факторлордун (пестициддер, химикаттар) тийгизген таасаринин натыйжасында гуморалдык иммунитет өзгөрүүсү мүмкүн.

**Өзөктүү сөздөр:** темир жетишсиз аз кандуулук, иммундук система, эрте жаштагы балдар, пахта, пестициддер.

## **IMMUNITY PARTICULARITIES OF IRON DEFICIENCY ANEMIA AT CHILDREN EARLY AGE IN COTTONGROW REGION OF KYRGYZSTAN**

**Turdubaev K.T., Turdubaeva E.K.**

Osh State University Medical faculty,

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

**Resume.** There is presented of study state of the immune system in early age children with IDA living in cotton planted regions of South Kyrgyzstan. It found out that under the influence of anthropogenic factor (pesticide, chemicals) on the human body it can lead to the humoral immunity changes.

**Key words:** IDA, immune system, early age children, cotton, pesticide.

Среди различных форм анемии в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная анемия (ЖДА) [1]. Частота ЖДА у детей раннего возраста в различных географических зонах колеблется от 10 до 52%

Дефицит железа и недостаточное депонирование его в антенатальном периоде способствуют развитию железодефицитной анемии у новорожденных детей, приводя к изменению метаболизма клеточных структур.

нарушению гемоглобинообразования, задержке умственного и моторного развития и к дисбалансу в иммунной системе матери во время беременности, а также к нарушениям в иммунном статусе новорожденных детей, проявляющимся снижением уровня иммуноглобулинов [3,4,7]. Известно, что иммунная система является высокочувствительной системой, тонко реагирующей на изменения среды обитания [5,6]. Поэтому исследования иммунологической реактивности целесообразно для выяснения степени воздействия неблагоприятных факто-



ров как (пестициды) окружающей среды на организм на том этапе, когда еще нет развития заболеваний, но уже имеются иммунные повреждения.

**Цель исследования.** Изучение гуморального иммунитета у больных детей раннего возраста с железодефицитной анемией проживающих в хлопкосеющих районах юга республики.

**Материалы и методы исследования.** Гуморальный иммунитет в нашем исследовании рассматривался в зависимости от места жительства ребенка с ЖДА.

В хлопководческом регионе изучали уровень сывороточных иммуноглобулинов А, М, G у 52% больных детей с ЖДА, из них в возрасте от 1 дня до 12 месяцев 30 детей и от 1 года до 3-х лет – 22.

Анализируя результаты содержания иммуноглобулинов в сыворотке крови в возрасте 1 дня – 12 месяцев, необходимо отметить, что уровень Ig A и Ig G девочек и мальчиков статистически достоверно не отличался (табл. 1). Однако у мальчиков по сравнению с девочками эти показатели несколько ниже.

Уровень Ig M у мальчиков почти 2 раза выше, чем у девочек ( $p < 0,05$ ).

Как видно, уровни Ig A и Ig G у детей в возрасте 1 г – 3 лет также статистически не различались. Однако, как в предыдущем возрасте, здесь также незначительно увеличены уровни этих иммуноглобулинов у мальчиков по сравнению с девочками.

У этих детей также имелось статистически достоверное увеличение уровня Ig M у мальчиков по сравнению с девочками ( $p < 0,05$ ).

В таблице 2 представлены уровни иммуноглобулинов в сыворотке в двух изучаемых группах детей в зависимости от возрастов. Установлено, что уровни иммуноглобулинов Ig A и Ig M в обеих группах статистически достоверно не отличались. Уровень иммуноглобулинов Ig G у детей от 1 года до 3-х лет статистически достоверно выше, чем у детей больных ЖДА от 1 дня до 12 месяцев ( $p < 0,05$ ). Это по-видимому, связано с тем, что у детей в возрасте 1-3 года из анамнеза отмечены частые перенесенные инфекционные заболевания.

При индивидуальном анализе показате-

**Таб №1. Уровень иммуноглобулинов у детей больных ЖДА из хлопкосеющего региона, в зависимости от пола ребенка**

Дети 1 дня до 12 месяцев	Ig A M±m	Ig M M±m	Ig G M±m
Девочки (n-13)	0,70±0,07	1,27±0,21	9,49±1,61
Мальчики (n-17)	0,66±0,093	2,29±0,34	8,66±0,83
P	>0,05	<0,05	>0,63
Дети от 1 года до 3-х лет			
Девочки (n-9)	0,80±0,01	1,44±0,25	12,95±1,81
Мальчики (n-13)	0,91±0,21	2,37±0,28	13,02±1,34
P	>0,05	<0,05	>0,05

**Таблица 2  
Сравнительная характеристика уровня иммуноглобулинов у двух групп детей больных ЖДА в зависимости от возрастов**

Возраст детей	Ig A M±m	Ig M M±m	Ig G M±m
от 1 дня до 12 месяцев (n=30)	0,68±0,03	2,09±0,24	9,03±0,84
от 1 года до 3-х лет (n=22)	0,86±0,13	1,99±0,21	12,99±0,91
P	>0,05	>0,05	<0,05

телей Ig M в хлопкосоющем регионе у детей от 1 дня до 12 месяцев высокое содержание данного иммуноглобулина выявлено у 4 девочек из 13 обследованных, а также у 6 мальчиков из 17 обследованных. Отмечено, что в анамнезе у детей с высоким содержанием Ig M имелись различные патологии беременности у матери.

При индивидуальном анализе показатели Ig M у детей от 1 года до 3-х лет у 8 мальчиков из 13 обнаружено увеличение содержания данного иммуноглобулина. У всех этих мальчиков выявлены плохие условия жизни, патология беременности у матерей, анемия и ОРВИ. При индивидуальном анализе Ig G ее высокое содержание обнаружено у 4 девочек из 13 в возрасте от 1 дня до 12 месяцев и у 14 из 22, а в группе детей от 1 года до 3-х лет.

У всех этих детей обнаружено нерациональное питание, патология беременности, анемия и рахит.

Кроме того, в этих регионах больше используются хлорорганические соединения для выращивания и обработки хлопка, которые приводят почву к гипозэлементозу. С ростом степени полигиповитаминозов значимо нарастает воспалительная и инфекционная заболеваемость [2].

### Выводы.

1. Изменение гуморального иммунитета у детей ЖДА связано антропогенным действием

окружающей среды (химикатов, пестицидов), так как они живут где выращиваются хлопок.

2. Изменение гуморального иммунитета у детей в различных климато-географических условиях юга республики связаны с возрастными и региональными особенностями иммунной системы обследованных детей.

### Литература

1. Боконбаева С.Дж. Металлодефицитные состояния у детей Кыргызстана. Автореф. дисс. доктора мед. наук. Бишкек. - 1994. 37 стр.

2. Петров В.Н. и соавт. Физиология и патология обмена железа. Л.: Наука. - 1982. - 224 стр.

3. Митерев Б.Г., Воронина Л.Н. Лечение и профилактика железодефицитных анемий. // Клиническая медицина - 1989; № 8: - С. 120-123.

4. Казюкова Т.В., Самсыгина Г.А., Калашникова Г.В. и др. Новые возможности ферротерапии железодефицитной анемии // Клиническая фармакология и терапия. - 2000, № 9(2). - С. 88-91.

5. Хаитов Р.М. и соавт. Медицинские стандарты диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы. Иммунология, 2000. № 3. - С.12-16.

6.IDA. - WHO, Geneva, 2001. - 15 p.

7.Neil Gordon. Iron deficiency and intellect. J. pediatrics. - 2005. - 1. - P.92-97

## **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАХОВОЙ ДЕРМАТОФИТИИ**

**Усубалиев М.Б., Козьмина Ю.В.**

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

**Резюме.** В данной статье приводятся патоморфологические изменения и результаты комплексного лечения паховой дерматофитии.

**Ключевые слова:** паховая дерматофития, гистология, иммунологическое исследование, лечение.

## **ЧУРАЙ АЙМАГЫНДА ЖАЙГАШКАН ДЕРМАТОФИТИЯ ИЛДЕТИНИН ПАТОМОРФОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨРҮЛҮШҮЖАНА КОМПЛЕКСТИК ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАСЫ**

**Усубалиев М.Б., Козьмина Ю.В.**

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

**Корутунду.** Макалада чурай аймагында жайгашкан дерматофития илдетинин патоморфологиясы жана комплекстик дарылоо ыкмасынын жыйынтыгы берилген.

**Негизги сөздөр:** чурай аймагында жайгашкан дерматофития, гистология, иммунологиялык изилдөө, дарылоо.

## **PATOMORPHOLOGICAL CHANGES AND RESULTS OF INTEGRATED TREATMENT OF INGUINAL DERMATOPHYTOSIS**

**Usubaliev M.B., Kozmina Y.V.**

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

**Resume.** This article describes the patomorphological changes and the results of treatment of inguinal dermatophytosis.

**Key words:** the inguinal dermatophytosis, histology, immunological research, treatment.

**Введение.** В последние годы во многих странах мира, в том числе и в нашей республике из микозов широко распространяется паховая дерматофития, особенно вызванная зоофильными грибами [1]. Если раньше встречались в основном поверхностные формы, то на данном этапе чаще наблюдается агрессивное течение данного заболевания с преобладанием инфильтративных и нагноительных форм [2,4].

Несмотря на широкий спектр системных и топических антимикотиков лечение паховой дерматофитии затруднено [3,5]. В качестве системного антимикотика принимают внутрь гризеофульвин, тербинафин, итраконазол, кетоконазол, флуконазол и др., однако без качественного наружного лечения инфильтративно-нагноительных очагов терапия

этого микоза удлиняется не только на дни, но и на недели, месяцы, что помимо снижения качества жизни больных влечет за собой значительные экономические затраты.

**Цель исследования.** Показать патоморфологические изменения и эффективность комплексного лечения инфильтративной и инфильтративно-нагноительной форм паховой дерматофитии.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 82 больных страдающих паховой дерматофитией (55 (67,1%) мужчин и 27 (32,9%) женщин). Из них у 14 (17,1%) пациентов была инфильтративная форма паховой дерматофитии, у 68 (82,9%) – инфильтративно-нагноительная форма. Диагноз ставился на основании жалоб, анамнеза, клинической

картины, микроскопической и культуральной диагностики. Посев патологического материала производился на среду Сабуро с декстрозой, хлорамфениколом и циклогексимидом. 24 (29,3%) пациентам с инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии произведено иммунобиологическое исследование до и после лечения, а 11 (13,5%) больным гистологическое исследование при поступлении.

Гистологическое исследование биоптатов кожи из очагов поражений служило для оценки характера реакций тканей в ответ на внедрение в них грибкового агента.

**Результаты и их обсуждение.** При гистологическом исследовании биопсийного материала с лобковой области при инфильтративно-нагноительной форме паховой дерматофитии чаще наблюдали следующие изменения в биоптатах кожи: гиперплазия

клеток эпидермиса с вакуольной дистрофией эпидермоцитов (рис. 1), микроабсцессы в эпидермисе (рис. 2), среди лейкоцитов находили нитевидные образования, т.е. нити мицелий грибов (рис. 3), в дерме васкулиты (рис. 4).

Иммунологические показатели больных инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии представлены в табл. 1.

Из таблицы 1 видно, что у больных обеих групп инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии отмечалось формирование нейтрофильного лейкоцитоза ( $P < 0,001$  и  $P < 0,01$ ) за счет роста палочкоядерных нейтрофилов по сравнению со здоровыми лицами ( $P < 0,001$  и  $P < 0,01$ ).

Со стороны клеточного иммунитета выявлены следующие изменения. В основной группе больных по сравнению со здоровыми лицами отмечалось снижение относительного

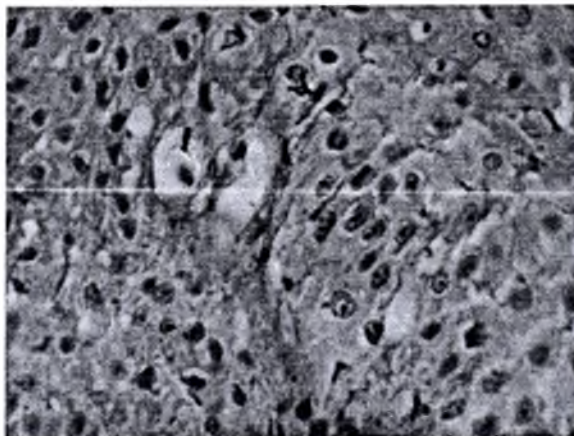


Рис. 1 (микрофото). Биопсированный участок кожи с лобковой области. Окраска гематоксилин и эозином. Ув. 100. Гиперплазия клеток эпидермиса с вакуольной дистрофией эпидермоцитов.

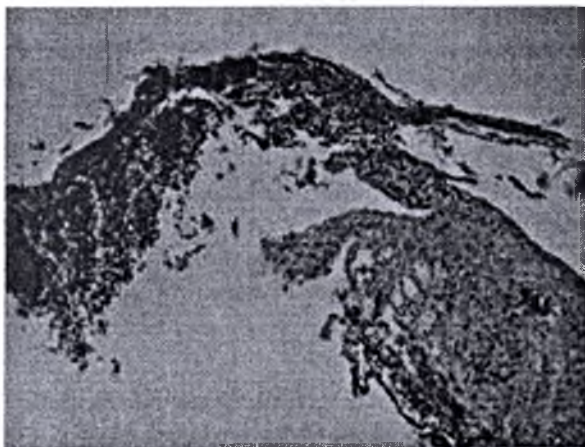
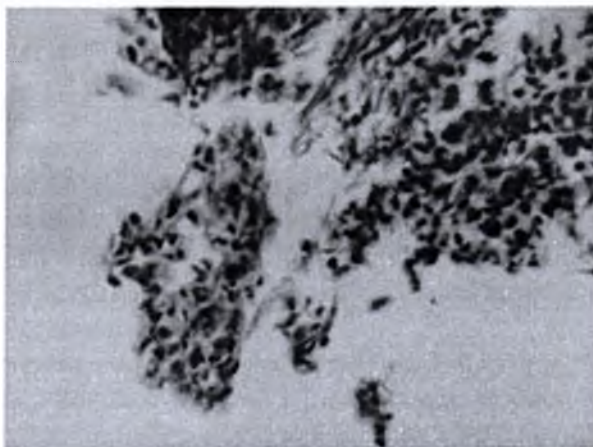
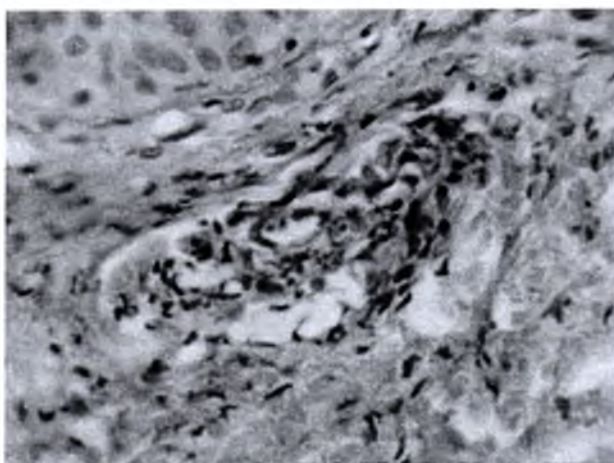


Рис. 2 (микрофото). Биопсированный участок кожи с лобковой области. Окраска гематоксилин и эозином. Ув. 100. Микроабсцессы в эпидермисе.



**Рис. 3 (микрофото).** Биопсированный участок кожи с лобковой области. Окраска гематоксилин и эозином. Ув. 100. Нитевидные образования (мицелии грибов) среди лейкоцитов.



**Рис. 4 (микрофото).** Биопсированный участок кожи с лобковой области. Окраска гематоксилин и эозином. Ув. 400. Васкулит в дерме.

количества лимфоцитов в периферической крови ( $<0,05$ ), значительное уменьшение общей популяции Т-лимфоцитов (CD3+) в обеих группах ( $<0,001$ ) и их субпопуляций: CD4+ в контрольной группе ( $<0,05$ ) и CD8+ Т-лимфоцитов в обеих группах ( $P<0,001$  и  $P<0,01$ ).

Со стороны гуморального отдела иммунитета отмечалось отчетливое повышение его активности, о чем говорят значительное увеличение иммуноглобулинов М и G в обеих группах больных по сравнению со здоровыми людьми ( $<0,001$ ).

Больные были распределены на две группы:

1-группа (контрольная – 40 больных) получала следующее лечение – текназол

(итраконазол) по 100 мг 2 раза/сутки в течение 21-28 дней; наружно – традиционное лечение: примочки с гипертоническим раствором, 20% ихтиоловая мазь под повязку, после исчезновения гнойных выделений и уменьшения инфильтрации – 10% серно-салициловую мазь и 3% йод;

2-группа (основная – 42 больных) получала следующее лечение – текназол (итраконазол) по 100 мг 2 раза/сутки в течение 14-21 день; наружно – примочки с лидазой, димексидом и цефазолином, 20% ихтиоловая мазь под повязку на ночь, после исчезновения гнойных выделений и уменьшения инфильтрации – 10% серно-салициловую мазь и 3% йод; также учитывая нарушение иммунного статуса назначали тималин по 2,0 в/м в течение 10 дней. Всем больным произведена ручная эпиляция волос.

**Таблица 1. Показатели иммунного статуса больных инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии**

№	Показатель	Показатели здоровых людей (n=20)	1-группа - контрольная (n=12)	2-группа -основная (n=12)
		M1±m1	M2±m2	M3±m3
1	Абсолютное число лейкоцитов, тысяч/мкл P	5,95±0,35	10,19±0,83	8,97±0,69
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,01 M2-M3>0,05		
2	Сегментоядерные нейтрофилы, % P	62,0±2,05	62,4±0,79	63,6±1,15
		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05 M2-M3>0,05		
3	Палочкоядерные нейтрофилы, % P	3,2±0,38	6,08±0,62	6,0±0,88
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,01 M2-M3>0,05		
4	Моноциты, % P	3,04±0,40	2,41±0,35	3,33±0,44
		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05 M2-M3>0,05		
5	Лимфоциты, % P	28,7±1,03	27,0±0,88	24,8±1,33
		M1-M2>0,05 M1-M3<0,05 M2-M3>0,05		
6	CD3+, % P	40,4±1,20	31,5±1,24	31,3±1,33
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,001 M2-M3>0,05		
7	CD4+, % P	26,4±0,74	23,25±1,24	24,83±0,97
		M1-M2<0,05 M1-M3 >0,05 M2-M3>0,05		
8	CD8+, % P	16,2±0,44	11,25±0,88	13,3±0,97
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,01 M2-M3>0,05		
9	CD19+, % P	22,2±2,10	26,08±1,95	27,9±1,24
		M1-M2>0,05 M1-M3<0,05 M2-M3>0,05		
10	CD16+ (NK клетки), % P	16,5±2,02	16,25±1,15	15,25±1,33
		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05 M2-M3>0,05		
11	ИРИ (CD4+/ CD8+) P	1,63±0,59	2,19±0,18	1,98±0,14
		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05 M2-M3>0,05		
12	Ig A, мг/мл P	1,82±0,02	1,82±0,04	1,81±0,08
		M1-M2>0,05 M1-M3>0,05 M2-M3>0,05		
13	IgM, мг/мл P	1,34±0,02	1,88±0,12	1,84±0,09
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,001 M2-M3>0,05		
14	Ig G, мг/мл P	11,4±0,16	18,06±0,91	16,68±1,28
		M1-M2<0,001 M1-M3<0,001 M2-M3>0,05		

Техника наложения примочки состояла в следующем: 64 ЕДлидазы растворяли в 10 мл физиологического раствора, 1 флакон цефазолина (1,0) растворяли в 10 мл 0,5% новокаина, смешивали с растворенной лидазой и добавляли димескид 2,0-2,5 мл. Полученный раствор смачивали 5-слойной марлевой салфеткой и накладывали в очаг поражения на 25-30 минут 4-6 раз в день с интервалом в 2 часа.

Критериями эффективности назначенной терапии были прекращение кожного зуда, жжения, регресс патологических элементов, что отражено в таблице 2.

Как видно из таблицы 2 у больных основной группы, как и при инфильтративной, так и при инфильтративно-нагноительной форме паховой дерматофитии отмечается более быстрое разрешение субъективных и объективных признаков заболевания в среднем на 4-5 дней

раньше, чем у больных контрольной группы.

Из таблицы 3 видно, что после лечения, как в контрольной, так и в основной группе больных нейтрофильный лейкоцитоз сохранялся за счет повышенного содержания палочкоядерных нейтрофилов и достоверно отличался от показателей здоровых людей ( $<0,01$  и  $<0,05$  соответственно), но имело тенденцию к нормализации.

Процентное содержание общего количества Т-лимфоцитов (CD3+) также в обеих группах к концу лечения не достигало нормы, однако в основной группе отмечалось увеличение по сравнению с контрольной группой больных ( $<0,05$ ).

Показатели гуморального иммунитета после лечения в основной группе нормализовались, но контрольной группе больных отмечалось достоверное увеличение

**Таблица 2.**  
**Эффективность традиционной и комплексной терапии у больных паховой дерматофитией в зависимости от клинических форм заболевания**

Показатели	Клинические формы паховой дерматофитии			
	инфильтративная, n=14		инфильтративно-нагноительная, n=68	
	группа контрольная, n=7	группа основная, n=7	группа контрольная, n=33	группа основная, n=35
	M1±m1	M2±m2	M3±m3	M4±m4
Прекращение зуда, дни	14,7±0,64	10,6±0,54	21,5±0,94	17,5±0,72
	<i>M1-M2&lt;0,001</i>		<i>M3-M4&lt;0,001</i>	
Прекращение жжения, дни	11,9±0,53	9,3±0,55	15,3±0,46	10,5±0,42
	<i>M1-M2&lt;0,01</i>		<i>M3-M4&lt;0,001</i>	
Исчезновение гиперемии, дни	16,5±0,50	12,2±0,59	23,8±0,85	18,2±0,95
	<i>M1-M2&lt;0,001</i>		<i>M3-M4&lt;0,001</i>	
Рассасывание инфильтратов, дни	13,1±0,45	9,2±0,46	19,6±0,93	14,9±0,61
	<i>M1-M2&lt;0,001</i>		<i>M3-M4&lt;0,001</i>	

иммуноглобулинов классов МиG по сравнению с показателями здоровых лиц.

из очагов поражений при инфильтративно-нагноительной паховой дерматофитии отмечаются признаки острого гнойного воспаления в эпидермисе и дерме.

**Выводы:**

1. При исследовании биоптатов кожи

**Таблица 3.**

**Иммунный статус больных инфильтративно-нагноительной формой паховой дерматофитии после лечения**

№	Показатель	Показате-ли здоровых людей M1±m1	1-группа (n=12)		2-группа (n=12)	
			до лечения M2±m2	после лечения (на 14-е сутки) M3±m3	до лечения M4±m4	после лечения (на 14-е сутки) M5±m5
1	Лейк., тысяч/мкл	5,95±0,35	10,19±0,83	8,23±0,56	8,97±0,69	7,26±0,59
	P	M1-M3<0,01		M1-M5<0,05	M3-M5>0,05	
2	СЯН, %	62,0±2,05	62,4±0,79	58,08±2,3	63,6±1,15	63,0±1,42
	P	M1-M3>0,05 M1-M5>0,05 M3-M5>0,05				
3	ПЯН, %	3,2±0,38	6,08±0,62	5,16±0,62	6,0±0,88	4,83±0,53
	P	M1-M3<0,01 M1-M5<0,05 M3-M5>0,05				
4	Моноц., %	3,04±0,40	2,41±0,35	4,25±0,88	3,33±0,44	3,75±0,35
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
5	Лимф., %	28,7±1,03	27,0±0,88	29,25±1,86	24,8±1,33	27,42±1,24
	P	M1-M3>0,05 M1-M5>0,05 M3-M5>0,05				
6	CD3+, %	40,4±1,20	31,5±1,24	31,0±1,15	31,3±1,33	35,0±1,10
	P	M1-M3<0,001 M1-M5<0,01 M3-M5<0,05				
7	CD4+, %	26,4±0,74	23,25±1,24	25,83±0,97	24,83±0,97	24,5±0,88
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
8	CD8+, %	16,2±0,44	11,25±0,88	15,75±1,24	13,3±0,97	15,83±0,62
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
9	CD19+, %	22,2±2,10	26,08±1,95	22,33±0,79	27,9±1,24	22,08±0,7
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
10	CD16+, %	16,5±2,02	16,25±1,15	17,33±0,97	15,25±1,33	17,58±0,88
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
11	ИРИ (CD4+/ CD8+)	1,63±0,59	2,19±0,18	1,73±0,17	1,98±0,14	1,55±0,05
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
12	Ig A, мг/мл	1,82±0,02	1,82±0,04	1,83±0,07	1,81±0,08	1,95±0,19
	P	M1-M3>0,05		M1-M5>0,05	M3-M5>0,05	
13	Ig M, мг/мл	1,34±0,02	1,88±0,12	3,26±0,16	1,84±0,09	1,17±0,10
	P	M1-M3<0,001 M1-M5>0,05 M3-M5<0,01				
14	Ig G, мг/мл	11,4±0,16	18,06±0,91	13,1±0,57	16,68±1,28	11,62±0,56
	P	M1-M3<0,01		M1-M5>0,05	M3-M5<0,01	



2. Исследование иммунного статуса больных показало, что у больных наблюдались нейтрофильный лейкоцитоз, угнетение клеточного звена иммунитета и повышение иммуноглобулинов М и G.

3. Комплексное лечение больных инфильтративной и инфильтративно-нагноительной форм паховой дерматофитии, включающий в себя системный антимикотик – текназол (итраконазол), иммуномодулятор – тималин и наружную терапию с применением раствора, состоящего из лидазы, димексида и цефазолина в виде примочек был позитивным, выразившийся в более раннем регрессе патологических элементов, быстрой нормализацией иммунного статуса, сокращением сроков лечения. Эффективность лечения составила 100%.

### Литература:

1. Абидова З.М. Эпидемиологический скринг

грибковых заболеваний в Узбекистане / З.М.Абидова, М.Р. Цой // Успехи медицинской микологии: Материалы III Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2005. – Том VI. – С. 38.

2. Карпов В.В. Паховые микозы и эритразма у военнослужащих / В.В. Карпов // Успехи медицинской микологии. – 2006. - №8. – С. 174-175.

3. Сергеев А.Ю. Грибковые инфекции: Руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: Изд-во Бином-Пресс, 2008. – 440 с.

4. Хисматуллина З.Р. Зооантропонозная трихофития в республике Башкортостан (этиология, клиника, диагностика, лечение): автореф. дисс. ... д-ра мед.наук. – Уфа, 2006. – 28 с.

5. Gupta A.K. Update in antifungal therapy of dermatophytosis / A.K. Gupta, E.A. Cooper // Mycopathologia. – 2008. – Vol. 166. – P. 353-367.

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЗАИМОУСЛОВЛЕННОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩЕЙ СИСТЕМЫ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

**Штрафун И.М., Алымбаев Э.Ш., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** представлен материал о влиянии функциональных нарушений мочевого пузыря на воспалительные заболевания почек детей. В структуре функциональных нарушений мочевого пузыря преобладает нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (60%), основными симптомами которой являются - частое мочеиспускание (55,3%) и ночные недержания мочи (43%). Острые и хронические воспалительные заболевания почек в подавляющем большинстве случаев формируются на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, гиперрефлекторного типа, неадаптированного варианта и преимущественно у детей средней возрастной группы ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** функциональные нарушения мочевого пузыря, нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, пузырно-мочеточниковый рефлюкс, хронический вторичный пиелонефрит, дети.

## **БАЛДАРДЫҢ ЗААРА БӨЛҮП ЧЫГАРУУ СИСТЕМАСЫ МЕНЕН БОЙРОКТҮН ФУНКЦИЯСЫНЫН БУЗУЛУШУ ЖАНА АНЫН КАБЫЛДОО ООРУЛАРЫ МЕНЕН БОЛГОН БАЙЛАНЫШЫ**

**Штрафун И.М., Алымбаев Э.Ш., Ахмедова Х.Р., Шишкина В.Г.**

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Резюмеси:** Заара чыгаруу системасынын функциясы бузулган дарттардын тэзмьнде (структурасында) негизги симптомдору болуп тез-тез заара ушатуу (55,3%) жана түн ичинде табарсыктын боштугу (43%) эсептелген табарсыктын нейрогендүү дисфункциясы (60%) үстөмдүк кылат. Басымдуу учурларда бөйрөккө суук тийүүнүн курч жана өнөкөт оорулары гиперрефлектордук типтеги, адаптацияланбаган варианттагы жана негизинен орто жаш-курак тобуна таандык балдардын арасында кездешкен ( $p < 0,05$ ) табарсыктын нейрогендүү дисфункциясынын фонунда калыптанат.

**Негизги сөздөр:** заара чыгаруу системасынын функциясынын бузулушу, табарсыктын нейрогендик дисфункциясы, табарсык-заара

чыгаруу булагынын рефлюксы, өнөкөт пиелонефрит, балдар.

## **INTERACTION AND INFLUENCE FUNCTIONAL DISORDER OF URINARY TRACT AND INFLAMMATORY DISEASES OF KIDNEYS IN CHILDREN**

**Shtrafun I.M., Alimbaev E. Sh., Ahmedova H.R., Shishkina V.G.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Neurogenic bladder is dominated (60%) among functional disorder of urinary tract. Main symptoms of neurogenic bladder are frequent urination (55,3%) and night urinary incontinence (43%). Majority acute and chronic inflammatory diseases of kidneys are appeared against the background of neurogenic hyperactive urinary bladder in children 3-7 years old ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** functional disorder of urinary tract, neurogenic bladder, vesicoureteral reflux, chronic secondary pyelonephritis, children

**Введение.** Анализ научной литературы показал, что в целом за последние годы наблюдается рост детской инвалидности вследствие заболеваний органов мочевой системы, причем наиболее актуальны те болезни почек, которые могут стать причиной инвалидизации ребенка с раннего

возраста. В первую очередь к ним относятся обструктивные уропатии, в основе которых лежат нарушения оттока мочи вследствие врожденных и приобретенных пороков мочевой системы: пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР), гидронефроза, уретерогидронефроза, мегауретера, нейрогенной дисфункции мочевого

**Таблица 1**

**Характеристика ФНМС в зависимости от воспалительных заболеваний органов мочевого выделения**

Функциональные нарушения мочевого пузыря	Без воспалительных заболеваний мочевой системы	С воспалительными заболеваниями мочевой системы	Всего
ПМР	74 / 43,0%	100 / 40,0%	174
НДМП	98 / 56,9%	150 / 60,0%	248
Всего	172	250	422

**Таблица 2**

**Распределение больных с заболеваниями почек на фоне ФНМС по возрасту и полу**

Пол	Девочки		Мальчики		Всего				
	НДМП	ПМР	НДМП	ПМР	НДМП	ПМР			
До 3 лет	абс.	10	19	абс.	5	8	абс.	15	27
	%	14,5	24,6	%	6,2	34,7	%	10	27
4-7 лет	абс.	26	27	абс.	15	3	абс.	41	30
	%	37,7	35	%	18,5	13	%	27,3	30
8-11 лет	абс.	18	24	абс.	37	10	абс.	55	34
	%	26	31,1	%	45,7	43,4	%	36,7	34
Старше 12	абс.	15	7	абс.	24	2	абс.	39	9
	%	21,7	9	%	29,6	8,6	%	26	9
Всего	69		77	81		23	150		100

пузыря(НДМП). Нарушение уродинамики, обусловленной функциональными нарушениями мочевой системы (ФНМС) способствуют развитию рефлюкс-нефропатий, артериальной гипертензии, хронической почечной недостаточности [1-5].

**Материалы и методы исследования.** Проспективное динамическое наблюдение проводилось с 2008 года по 2011 год в отделениях нефрологии и урологии НЦОМид МЗ Кыргызской Республики. Обследовано 422 ребенка с функциональными нарушениями мочевой системы, из них 250 человек в сочетании с воспалительными заболеваниями органов мочевого выделения в возрасте от 3 месяцев до 16 лет. Алгоритм обследования заключался в последовательной оценке жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данных осмотра и стандартного уронефрологического исследования.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Функциональные нарушения

(ПМР и НДМП) в дебюте структурных воспалительных заболеваний органов мочевого выделения наблюдались в 59,24% случаев (250 детей), среди которых доминировала нейрогенная дисфункция мочевого пузыря (60,0%) (табл.1). ФНМП не сопровождающиеся воспалительными заболеваниями органов мочевого выделения наблюдались у 172 (40,75%) обследованных. При распределении детей с ФНМС, сопровождающимися воспалительными заболеваниями мочевой системы, по возрасту и полу (табл.2), установлено, что НДМП достоверно чаще диагностировалась, как у девочек так и у мальчиков, в возрастной группе от 3 лет и старше ( $p < 0,01$ ), тогда как ПМР у мальчиков до 3 лет встречался достоверно чаще, чем у девочек данной группы ( $p < 0,05$ ). По данным проведенного нами уронефрологического обследования установлено, что дети с нейрогенной дисфункцией мочевого пузыря гиперрефлекторного типа достоверно доминировали над остальными типами НДМП ( $p < 0,05$ ), причем достоверно

доминирующими симптомами являлись- частые мочеиспускания(55,3%) и ночные неудержания мочи (43%). Анализ развития микробно – воспалительных изменений со стороны верхних и нижних мочевых путей согласно проведенному нами уронефрологическому обследованию позволил также установить, что при хроническом вторичном пиелонефрите в 33,2% случаев была диагностирована нейрогенная дисфункция мочевого пузыря гиперрефлекторного типа, неадаптированный вариант преимущественно у детей возрасте 3-7 лет ( $p < 0,05$ ).

Средняя продолжительность хронического пиелонефрита составила 4,1 года, который протекал с нарушением концентрационной функции почек, а у 9 (18,7%) детей отмечалось нарушение функции фильтрации. При этом у двух детей клиника НДМП дебютировала одновременно с возникновением пиелонефрита и сохранялась после достижения санации мочевых путей. При остром пиелонефрите частота встречаемости пузырно-мочеточникового рефлюкса и нейрогенной дисфункции мочевого пузыря составила 30%. Частота встречаемости ФНМС достоверно преобладала при инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) - 20% ( $p < 0,05$ ), тогда как при цистите она зарегистрирована лишь в 15% случаев ( $p < 0,001$ ).

**Выводы:** 1. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря преобладает в структуре функциональных нарушений мочевой системы у детей с воспалительными заболеваниями почек.

2. Острые и хронические воспалительные

заболевания почек в подавляющем

большинстве случаев формируются на фоне нейрогенной дисфункции мочевого пузыря гиперрефлекторного типа неадаптированного варианта преимущественно у детей 3-7 лет ( $p < 0,05$ ).

3. В структуре воспалительных заболеваний мочевой системы на фоне ФНМС доминируют поражения верхних мочевых путей ( $p < 0,001$ ).

### Литература:

1. Актуальные проблемы детской нефроурологии. Экология и почка. Рефлюкс-уропатии: сб. науч. тр.- Москва, 2005.- С. 33-38.

2. Агранович Н. В. Перспективы развития профилактики в снижении заболеваемости почек и мочевыводящих путей. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. - 2005. - № 4. - С. 10-14.

3. Бураев Г. Я. Воспалительные заболевания почек, мочевых путей. Болезни почек и мочевых путей: сб. науч. тр.- Москва, 2000.- С.45-49.

4. Jones K. V. Urinary tract infection of childhood. Practitioner. – 2002. - Vol. 235. - P. 135-140.

5. Madersbacher H. G. Neurogenic bladder dysfunction. Urology. - 1999. - Vol.65. - P. 303–307.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «ВИТАПРОСТ» У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ АБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРОСТАТИТОМ

Усупбаев А.Ч., Еганов Е.П., Садырбеков Н.Ж.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кыргызско- Российский Славянский Университет, кафедра урологии, травматологии и ортопедии.  
Республиканский научный центр урологии при Национальном Госпитале МЗ КР,  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** в данной статье рассматривается фармакологическая эффективность препарата «Витапрост» у пациентов с неоднократно леченным хроническим простатитом. С целью подтверждения положительного терапевтического эффекта пациентам были проведены как стандартные диагностические процедуры, так и трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы с доплером, до начала терапии и после проведенного курса лечения.

**Ключевые слова:** простатит, «Витапрост», трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы, доплер.

## ВИТАПРОСТ ДАРЫСЫНЫН, ӨНӨКӨТ АБАКТЕРИАЛДЫК ПРОСТАТИТИ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРГА БОЛГОН ЭФФЕКТҮҮЛҮГҮ

Усупбаев А.Ч., Еганов Е.П., Садырбеков Н.Ж

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,  
Кыргыз- Орус Славян Университети,  
Кыргыз Республикасынын Саламатты сактоо министрлигинин,  
Улуттук госпиталдын Республикалык Илимий Урология Борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы.

**Корутунду:** Бул статьяда өнөкөт простатити менен ооруган бейтаптардын «Витапрост» дарысынын фармакологиялык эффектүүлүгү каралган. Терапевтик эффектиси он таасир этиш үчүн эркек жыныстык беzi менен ооруган ооруларга доплер-ультраүндүк изилдөөлөр дарыланганга чейин жана дарылангандан кийин жүргүзүлгөн.

**Негизги сөздөр:** простатит, «Витапрост», трансректалдык доплер ультраүндүк изилдөө.

## VITAPROST DRUG EFFICACY FOR PATIENTS WITH CHRONIC ABACTERIAL PROSTATITIS

Ch. Usupbayev, Ye. Yeganov, N. J. Sadyrbekov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,  
Kyrgyz- Russian Slavaynic University,  
Republican scientific centre of urology at National Hospital of a public health ministry KR,  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume:** in this article reports about the pharmacological efficacy of Vitaprost for patients who often treat chronic prostatitis. In order to confirm the positive therapeutic effects in patients have been held as the standard diagnostic procedures, and transrectal ultrasound of the prostate with doppler before treatment and after the treatment.

**Key words:** prostatitis, Vitaprost, transrectal ultrasound of the prostate, doppler.

### Введение.

На сегодняшний день простатит является самым распространенным заболеванием мужской половой сферы. Половина мужчин от 20 до 50 лет страдает данным заболеванием (Тарасов Н. И.). В Кыргызстане (если брать годовую

обращаемость) более 30% мужского населения приходят к урологам с целью прохождения лечения. По данным российских авторов у 7-36% больным встречаются осложнения, такие как эпидидимит, везикулит, расстройства репродуктивной функции и выраженные

расстройства мочеиспускания (Ткачук В.Н.). А это в свою очередь ведет к снижению качества жизни мужского населения. Также хронический простатит может привести как к раннему семяизвержению, так и к астенозооспермии (Щеплев П.А.). Нарушения качества секрета предстательной железы (повышение вязкости) можно связать с нарушением микроциркуляции внутри самой железы, а это в свою очередь ведет к повышению количества лейкоцитов в секрете и усугублению заболевания. Поэтому вопросы своевременной диагностики и правильного лечения имеют важное значение, как в медицинском, так и в социальном плане (Collins MM).

В связи с нарушениями микроциркуляции внутри предстательной железы, появилась необходимость разработать препараты, которые будут улучшать кровоток в железе. В последние годы с этой целью стали применять биорегулирующие пептиды (витапрост) (Бобков Ю.А.).

«Витапрост»- это суппозитории, содержащие в своем составе в качестве активного вещества субстанцию сампроста (экстракт простаты) 0,05 г, комплекс водорастворимых биологически активных пептидов, выделенным путем жесткого кислотного гидролиза из предстательной железы бычков, достигших половой зрелости. Особенности выделения пептидов нивелируют их молекулярную видоспецифичность, в результате чего полученные препараты лишаются их антигенных свойств и ассоциированных с ними побочных эффектов.

Экстракт простаты обладает оптимальным органотропным действием в отношении простаты, антикоагулянтными и антиагрегантными свойствами, улучшает микроциркуляцию в органе, усиливает синтез антигистаминовых антител, за счет этого снижается отек железы, уменьшается тромбоз венул, снижется количество лейкоцитов и ослабляется растяжение синусов.

После применения курса «Витапроста» нормализуется трофика и гемодинамика предстательной железы. А это является лечением, нацеленным на устранение причин самого заболевания, что приводит к стойкой ремиссии после окончания курса (Лоран О.Б., Дубов С.В., Фин В.А.).

Целью данного исследования являлось изучение влияния терапии «Витапростом» на микроциркуляцию внутри железы, улучшение кровотока в артериолах и венулах, кровоснабжающих железу. В связи с этим были сформулированы следующие задачи:

- оценить влияние свечей «Витапрост» на кровоток железы в периоде получения монотерапии.

-определить результативность лечения благодаря использованию ТРУЗИ с доплером.

- разработать схемы приема препарата для мужчин страдающих хроническим простатитом.

**Материалы и методы:** Препаратом «Витапрост» проведено лечение 20 мужчин в возрасте от 19 до 53 лет (средний возраст составил 24,25 +/- 2,5 года), с диагностированным простатитом. Заболевание диагностировалось по следующим параметрам: субъективные симптомы (наличие болей в области малого таза), анамнез пациентов, ТРУЗИ с УЗ-ангиографией сосудов простаты и анализ секрета предстательной железы. В настоящем исследовании приняли участие пациенты, которые уже неоднократно лечились от простатита с периодом ремиссии около полугода, у них не выявлялись хламидии и уреоплазма на ПЦР (полимеразной цепной реакции). Ни один пациент ранее не получал терапию препаратом «Витапрост».

К исследованию не допускались люди с наличием аденомы предстательной железы, злокачественными заболеваниями, нейрогенными нарушениями мочеиспускания, камнями мочевого пузыря и мужчины, которые готовились к оперативному лечению предстательной железы.

Пациенты получали ректальные суппозитории «Витапрост» по 1 суппозиторию 1 раз в сутки на ночь. Длительность лечения составила 20 дней у каждого пациента, после чего проводились оценка состояния пациентов, ректальное обследование, контрольная диагностика с использованием ТРУЗИ с УЗ-ангиографией и анализ секрета предстательной железы.

При ТРУЗИ в режиме серой шкалы проводилась оценка объёма железы; структуры железы (наличие фокальных зон пониженной эхогенности). При ТРУЗИ с УЗ-ангиографией оценивали симметричность сосудистого рисунка

Таблица №1

Результаты пальцевого ректального исследования			
показатель	До лечения	После лечения	Через мес.после лечения
Срединная бороздка:			
определяется	15 (75%)	20 (100%)	20 (100%)
сглажена	5 (25%)	0	0
Консистенция:			
эластическая	14 (70%)	17 (85%)	17 (85%)
тугоэластическая	6 (30%)	3 (15%)	3 (15%)
Болезненность:			
отсутствует	11 (55%)	20 (100%)	20 (100%)
присутствует	9 (45%)	0	0
Поверхность:			
ровная	19 (95%)	20(100%)	20 (100%)
неровная	1 (5%)	0	0

Таблица №2

Динамика суммарного балла по шкале NIH-CPSI (средний показатель)			
Показатель	До лечения	После лечения	Через месяц
Дискомфорт над лоном	10,5+- 0,5	2,5+-0,5	2,5+-0,5
Неприятные ощущения в промежности	10,0+-0,75	2,0+-0,25	2,0+-0,5
Императивный позыв	9,5+-0,5	3,0+-0,5	2,0+-0,5
Общий показатель	30,0+-0,75	5,5+-0,25	6,5+-0,5

Таблица №3

Динамика показателей секрета простаты			
Показатель	До лечения	После лечения	Через месяц
Количество лейкоцитов	до 45	до 10	До 8
Лецитиновые зерна	малое	умеренное	значительное
Наличие микрофлоры	отсутствует	отсутствует	отсутствует

Таблица №4

Динамика объема предстательной железы с УЗ-ангиографией сосудов			
Показатель	До лечения	После лечения	Через месяц
V простаты (см3)	29,15 +-3,15	25,15+-2,25	23,45+-1,35
Простатическая артерия (пиковая скорость) (см/сек)	15,7+-2,3	21,4+-1,25	21,4+-1,25
Уретральные артерии(см/сек)	6,15+-1,25	9,3+-1,15	9,4+-1,1
Капсулярные артерии(см/сек)	0,4+-0.1	0,7+-0,15	0,7+-0,1
Венулы простаты (см/сек)	5,45+-1,2	13,5+-1,0	13,5+-1,0

железы, ход сосудов, степень васкуляризации; изменение гемодинамических параметров ( $V_{max}$ , RI) железы.

Также оценка результатов проводилась с помощью шкалы оценки симптомов хронического простатита NIH-CPSI. Где для выявления результатов были выделены следующие параметры: «дискомфорт над лоном», «неприятные ощущения в промежности», «императивный позыв к мочеиспусканию», «болезненный оргазм» и суммарного показателя качества жизни.

Исследование проводилось в ходе 3 визитов пациента. Обследование пациенты проходили на первый, десятый и двадцатый дни. Также дополнительный осмотр проводился через месяц.

В качестве параметров эффективности были выбраны такие показатели, как качество секрета простаты у пациентов и улучшение кровоснабжения железы, уменьшение размеров железы на ТРУЗИ. Кроме вышперечисленного пациентам проводили ректальное обследование в первый и двадцатый дни наблюдения, целью которого было выявление болевого синдрома при ректальной пальпации.

**Результаты:** Первоначально пациенты были обследованы ректально. Тем самым доказывался эффект суппозиторий «Витапрост» по снижению отека и улучшению консистенции предстательной железы. Динамика показана в таблице №1.

По результатам анкетирования пациентов с ранее разработанными параметрами, была определена динамика суммарного балла по шкале NIH-CPSI, что показано в таблице №2.

Нами проводилось исследование секрета предстательной железы, преследующее за собой цель определить, на сколько снизились показатели воспалительного процесса фолликулов предстательной железы и насколько стабильна ремиссия у больных хроническим простатитом. Это показано в таблице №3.

С помощью ТРУЗИ с УЗ-ангиографией сосудов простаты было выявлено влияние суппозиторий «Витапрост» на усиление кровообращения предстательной железы, что и является основополагающим фактором в выздоровлении мужчин, болеющих хроническим простатитом. Результаты обслед-

ования приведены в таблице №4.

За основу нашего исследования, с целью доказательства результативности лечения «Витапростом», были взяты нормативы пиковой скорости кровотока в артериях и венах простаты, принятые американскими специалистами. Так, пиковая скорость в простатической артерии равняется 16,5-24,0 см/сек, скорость кровотока в уретральной артерии 7,5-9,5 см/сек, в капсулярных артериях 0,5-0,7 см/сек и в венах простаты 5,7-13,5 см/сек.

На таблице видно, что пиковая скорость кровотока в простатической артерии изначально была ниже нормы, но после проведенной терапии достигла верхних границ нормы, разница составила около 6 см/сек. Такая же картина наблюдалась в капсулярных и уретральных артериях, где первоначально пиковая скорость кровотока была ниже, но после проведенной терапии заметно увеличилась. В венах простаты отмечалось увеличение пиковой скорости с 5,45 см/сек (при первичном обследовании) до 13,5 см/сек (после проведенной терапии). Разница между первоначальным и последующими обследованиями составила 8,5 см/сек, а это в свою очередь говорит о том, что приток артериальной крови к простате заметно возрос и кровоток усилился.

**Выводы:** С учетом проведенного исследования с уверенностью можно сказать, что препарат Витапрост улучшает кровообращение в предстательной железе, снижает воспалительный процесс, улучшает качество жизни мужчин. Результативность лечения напрямую связана именно с улучшением кровотока в предстательной железе, за счет которого отмечается снижение отека железы и уменьшение вторичного воспалительного процесса. Обследование, проведенное у мужчин через месяц после проведенного лечения, подтверждает результативность данной терапии в пролонгированном периоде.

#### Литература:

1. Тарасов Н. И. Хронический простатит: Патогенез, новые пути повышения эффективности лечения, РФЯЦ-ВНИИТФ, 1999
2. Ткачук В.Н. Хронический простатит, М., Медицина для всех, 2006
3. П. А. Щеплев. Простатит — 2-е изд., М., МЕДпресс-информ, 2011



4. Collins M.M. et al. How common is prostatitis? A national survey of physician visits. J Urol. № 2, 1998

5. Бобков Ю.А. Значение показателей эякулята для диагностики и определения активности хронического простатита, Автореф.

дис. . канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2001

6. Лоран О.Б., Дубов С.В., Фин В.А. О дополнительных диагностических возможностях трехмерной ультразвуковой визуализации предстательной железы. Андрология и генитальная хирургия. 2000

## **ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА**

**Шахнабиева С.М.**

Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов  
Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Проведен анализ 5826 медицинских карт амбулаторного наблюдения больных на базе консультативно-диагностического отделения Научно-исследовательского института хирургии сердца и трансплантации органов. Впервые в Кыргызской Республике проведен анализ ВПС по обращаемости и структурного распределения по регионам, степени легочной гипертензии у больных с ВПС и оценки ремоделирования сердца до и после хирургической коррекции.

**Ключевые слова:** врожденные пороки сердца, легочная гипертензия, регионы Кыргызской Республики, дети и подростки.

## **ӨПКӨ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ ТУБАСА ЖҮРӨК КЕМТИГИ**

**Шахнабиева С.М.**

Жүрөк хирургиясы жана органдардын трансплантациясы илим-изилдөө институтунун  
Даярдоожана кайра даярдоокыргызмамлекеттик медицина институту  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Жүрөк хирургиясы жана органдардын трансплантациясы илим-изилдөө институтунун (ЖХЖОТИИ) консультациялык-диагностикалык бөлүмүнүн базасында 5826 амбулаториялык байкоонун медициналык карталарына талдоо жүргүзүлдү.

Биринчи жолу Кыргыз Республикасында кайрылуулар боюнча тубаса жүрөк кемтигине (ТЖК) жана ТЖК менен өпкө гипертензиянын даражасы региондор боюнча түзүмдүк бөлүштүрүлүшүнө, хирургиялык коррекцияга чейин жана кийин жүрүктүн ремоделдөөсүн баалоого талдоо жүргүзүлдү.

**Негизги сөздөр:** тубаса жүрөк кемтиги (ТЖК), өпкө гипертензиясы, Кыргыз Республикасынын региондору, балдар, өспүрүмдөр.

## **PULMONARY HYPERTENSION OF CONGENITAL HEART DISEASES**

**Shahnabieva S.M.**

Kyrgyz state medical institute of retraining and improvement of professional skill  
Scientific research institute of heart surgery and transplantation of organs  
Bishkek, Kyrgyzstan

**Summary:** The analysis of 5826 medical cards of patients on the basis of Scientific research institute of heart surgery and transplantation of organs is carried out. For the first time in the Kyrgyzstan the analysis of CHD and structural distribution on regions on negotiability, degrees of pulmonary hypertension at patients from CHD and an assessment of remodeling of heart before and after surgical correction.

**Key words:** congenital heart diseases, pulmonary hypertension, regions of the Kyrgyzstan, children and adolescents.

Одной из важных проблем сердечно-сосудистой хирургии, в значительной мере ограничивающей возможности оперативного лечения больных с врожденными пороками сердца (ВПС), является легочная гипертензия (ЛГ) [1,2,3,4].

Данные литературы показывают, что среди часто встречающихся врожденных пороков сердца легочная гипертензия осложняет дефект межжелудочковой перегородки уже в раннем возрасте в 55-60%, открытый артериальный проток - в 9-35%, и дефект межпредсердной

перегородки в более старших возрастных группах - в 20-27% [1,4,5].

Основным методом лечения ВПС у больных является хирургическая коррекция порока. Применение современных технологий в кардиохирургии позволило расширить возможности оперативного лечения детей с высокой легочной гипертензией [6].

### **Цель исследования**

Основной целью настоящего исследования явилось изучение структуры врожденных пороков сердца по обращаемости в Научно-

исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов (НИИХСиТО), степени легочной гипертензии у больных с ВПС и оценки ремоделирования сердца до и после хирургической коррекции.

### Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленной цели нами был проведен анализ карт амбулаторного наблюдения больных с врожденными пороками сердца (n=5826), на базе консультативно-диагностического отделения НИИХСиТО и наблюдение за больными с ВПС (n=43) до и после хирургической коррекции, осложненных легочной гипертензией, в течении 2010-2012гг.

Для изучения степени ЛГ у больных с ВПС был проведен анализ 5826 протоколов эхокардиографического исследования (ЭХО-КГ) по картам амбулаторного наблюдения, которая определялась по систолическому давлению в ЛА, учитывая классификацию Р.Я. Абдуллаева и соав.: минимально увеличенное легочное артериальное давление (до 35 мм рт.ст.), небольшая степень легочной гипертензии (36-45 мм рт.ст.), умеренная легочная гипертензия (46-55 мм рт.ст.), выраженная легочная гипертензия (более 55 мм рт.ст.) [7].

При наблюдении за больными до и после хирургической коррекции степень ЛГ определялась по отношению систолического давления в ЛА к системному АД, учитывая классификацию Бураковского В.И. и соав.: до 30% - 1 степень, 30%-70% - 2 степень, 70%-100% - 3 степень, более 100% - 4 степень.

Всем больным проводились клинические и лабораторные обследования, принятые в отделении врожденных пороков сердца НИИХСиТО. Пациентам выполнялись электрокардиография в 12 отведениях, эхокардиографическое исследование, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, зондирование полостей сердца. Объем инструментального обследования зависел от степени легочной гипертензии.

### Результаты и их обсуждение

Всего проанализировано 5826 карт амбулаторного наблюдения больных с врожденными пороками сердца. Среди них женский пол составил 2676 (45,9 %) больных, мужской – 3150 (54,1%).

Пациенты по возрастным периодам Н.П. Гундобина (1982г.) были распределены на

следующие группы:

1) период новорожденности – 8 (0,1 %) больных; 2) грудной возраст (до года) – 43 (0,7 %) больных; 3) дошкольный (от 1 до 3 лет) – 358 (6,1 %) больных; 4) дошкольный возраст (от 3 до 7 лет) – 1237 (21,2 %) больных; 5) школьный возраст (от 7 до 18 лет) – 2040 (35 %) больных; 8) юношеский возраст (от 18 до 22 лет) – 596 (10,2 %) больных, 9) зрелый возраст (с 22 до 60 лет) – 1481 (25,4 %) больной, 10) старше 60 лет – 63 (1,1%) больных.

Обращение больных НИИХСиТО было из различных областей республики: Чуйская область – 1565 (26,9 %) больных, Ошская область – 423 (7,3 %), Джалал-Абадская область – 419 (7,2 %), Иссык-Кульская область – 670 (11,5 %), Нарынская область – 338 (5,8 %), Баткенская область – 162 (2,8 %), Таласская область – 154 (2,6 %). Из г. Бишкека поступило 2095 (36 %) больных. Чуйская область была распределена на районы: Московский район – 206 (13,2 %) больных, Сокулукский район – 283 (18,1 %), Иссык-Атинский район – 325 (20,8 %), Кеминский район – 355 (22,7 %), Жайыльский район – 171 (10,9 %), Аламединский район – 225 (14,4 %). Большинство (74,3 %) больных с ВПС поступили из области низкогогорья.

Хирургическая коррекция по поводу врожденного порока сердца была проведена у 1353 (23,2%) пациентов, спонтанное закрытие порока зарегистрировано у 74(1,3%) пациентов.

В структуре врожденных пороков сердца среди пациентов по обращаемости преобладают септальные дефекты: дефект межжелудочковой перегородки (25,7%), дефект межпредсердной перегородки вторичного типа (22,6 %)(табл. 1).

При изучении ЛГ было выявлено, что среди больных с ВПС по обращаемости в НИИХСиТО минимально увеличенное легочное артериальное давление (до 35 мм рт.ст.) зарегистрировано у 1097 (18,8 %) пациентов, небольшая степень легочной гипертензии (36-45 мм рт.ст.) была у 1154 (19,8 %) пациентов, умеренная легочная гипертензия (46-55 мм рт.ст.) - 3026 (51,9 %) пациентов, выраженная легочная гипертензия (более 55 мм рт.ст.) – 549 (9,4 %) пациентов.

Для оценки ремоделирования сердца до и после хирургической коррекции мы наблюдали за 43 больными с ДМЖП. Среди них женский пол составил 20 (46,5 %) больных, мужской – 23

(53,5%). 39 (90,7 %) больных являлись детьми до 14 лет.

Изолированно дефект межжелудочковой перегородки наблюдался у 23 пациентов, что составляет 53,5 %. У 20 (25%) пациентов он сочетался с другими врожденными пороками сердца (табл. 2)

Не осложнены ВПС недостаточностью клапанов у 11(25,5 %) больных. Осложнены недостаточностью клапанов 32 (74,5 %) больных с ВПС: митрального (МК) и трикуспидального(ТК) клапанов– 17(53,1 %) больных, недостаточностью МК и аортального клапана(АК)-5(15,6%)больных, недостаточность ТК -5 (15,6%), недостаточностью АК и ТК– 2(6,3 %), недостаточность МК – 2 (6,3 %) больных, МК, ТК, АК – 1 (3,1 %) больной.

В результате проведенного обследования у пациентов были диагностированы следующие степени легочной гипертензии:

- ЛГ I степени (небольшая гипертензия) – 5 (11,6 %) больных.
- ЛГ II степени (умеренная гипертензии) – 26 (60,5 %) больных.
- ЛГ III степени (высокая гипертензия) – 12 (27,9 %) больных.

Сопутствующие заболевания были у 5 (11,6 %) пациентов: 2 – синдром Дауна, 1- экссудативный перикардит, 1 – ожог грудины, 1 – пароксизмальная наджелудочковая тахикардия.

Наиболее часто предъявляемыми жалобами стали: одышка во время физической нагрузки - 36 (83,6%), быстрая утомляемость - 26 (60,5 %), чувство повышенного сердцебиения

- 14 (32,6 %), частые ОРВИ - 33 (76,6%), общая слабость – 16 (37,2 %), сниженный аппетит – 25(58,1 %), отставание в физическом развитии- 10 (23,3 %), повышенная потливость – 7 (16,3 %), боли в лобной области головы – 6 (14 %), боли в прекардиальной области -4 (9,3 %) (3- колющие, 1 -сжимающие), носовые кровотечения -2 (4,7 %), другие жалобы - 8 (18,6 %) (рис. 2).

С рождения ВПС выявлен у 23 (53,5 %) больных, до года – у 13 (30,2%), в период с 2 до 13 лет – 7 (16,3 %). Из всех пациентов наблюдение в условиях НИИХСиТО до поступления в отделение ВПС было у 95% пациентов. 5% пациентов наблюдались по месту жительства.

При поступлении в отделение ВПС общее состояние пациентов было удовлетворительное у 37 (86 %) пациентов, средней тяжести - у 6 (14 %) пациентов.

Степень насыщения кислородом до 95% была у 13 (30%) пациентов, больше 95% - у 30 (70%). Без цианоза было 12 (27,9 %) больных с ВПС, легкий акроцианоз носогубного треугольника сопровождал 20 (46,5 %) больных, умеренный цианоз был у 11 (25,6%). Деформация грудной клетки в виде «сердечного горба» была у 25 (58 %) больных. Грубый систолический шум был у 42 (97,7 %) пациентов, умеренный – у 1(2,3 %). Максимальная локализация шума в IIIмежреберье была у 24 (55,8 %) больных, в III-IV межреберье – у 12 (27,9 %), во II-IIIмежреберье – 3 (6,9 %), воIIмежреберье – у 4 (9,3 %). Мягкий диастолический шум выслушивался у 4 (9,3 %) больных, умеренный – у 1(2,3 %), локализующийся больше во

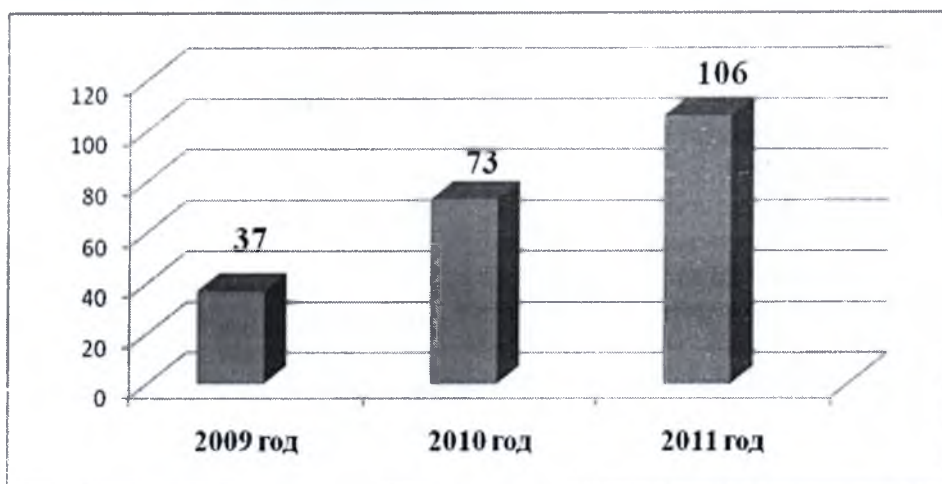


Рисунок 1.  
Структура сочетания ДМЖП с другими ВПС

Пмежреберье. Акцент II тона над легочной артерией выслушивался у 30 (69,8 %) больных. Верхушечный толчок был разлитой у 3 (6,8 %) больных.

В общем анализе крови у 4 (9,3 %) пациентов были изменения содержания гемоглобина, числа эритроцитов и цветного показателя: у 2 (4,6 %) пациентов повышение уровня Hb было до 174 г/л, Hb ниже 95 г/л был у 1 (2,3 %) пациента. В общем анализе мочи изменения (ураты) у 1 (2,3 %) больного.

Со стороны электрокардиографии синусовый ритм был у 38 (88,4 %) больных, эктопический ритм – у 4 (9,3 %) больных. нарушение процессов реполяризации было у 12 (27,9 %) пациентов, электрическая ось сердца отклонена вправо в 26 (60, 5%) случаях, влево – в 3 (6,9 %), в норме – у 14 (32,5 %). У 18 (41,8 %) пациентов была неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у 2 (4,6 %) - блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия ПЖ встречалась в 30 (69,8 %) ВПС, гипертрофия ПП - в 9 (20,9 %), гипертрофия ЛЖ – в 14 (32,5 %) случаях, гипертрофия ЛП – в 3 (6,9 %) ВПС. Нарушение ритма – 3 (6,9 %) больных.

При эхокардиографическом исследовании по диаметру ДМЖП были малые (0,2–1 см) – у 18 (41,9 %) больных, средние (1–2 см) – у 18 (41,9 %) и большие дефекты (>2 см) – у 7 (16,2 %). По локализации перимембранозный ДМЖП встречался в 9 (21 %) случаях, подаортальный – в 10 (23,3 %), приточный – в 18 (41,9 %), субтрикуспидальный – 3 (6,9 %), мышечный – 2 (4,6 %), подлегочный и подаортальный – 1 (2,3 %).

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки у пациентов с ВПС было выявлено, что у 37 пациентов (86 %) отмечалось увеличение кардиоторакального индекса (КТИ), наиболее часто выявлялась I и II степень увеличения КТИ, у 19 (44,2 %) пациентов было увеличение индекса Мура, у 22 пациентов (51,2 %) - закругление 4 дуги, у 33 (76,7 %) пациентов выражена гиперволемиа, обеднение сосудистого рисунка было у 1 (2,3 %) пациента, у 21 (48,8 %) пациентов выбухает ствол ЛА. Сглаженная талия была у 12 (27,9 %) пациентов, подчеркнутая – у 1 (2,3 %).

Катетеризацию полостей сердца с диагностической целью провели у 2 (4,6 %) пациентов. Полостное вмешательство с пластикой ДМЖП было проведено у всех

пациентов с использованием аутоперикарда, эндоваскулярная методика коррекции ВПС не использовалась.

Герметичное закрытие ДМЖП было в 28 (65 %) случаях, в 15 (35%) – на контрольной ЭХО-КГ обнаружен сброс через заплату до 2мм – у 8 (18,6 %) больных, до 6мм – у 6 (13,9 %) больных.

После оперативного лечения больным было рекомендовано регулярное наблюдение у кардиолога в консультативно-диагностическом отделении НИИХСиТО (через 3, 6, 9 месяцев, 1, 1,5, 2 года). За период наблюдения летальных случаев среди выписанных пациентов не было. Через 3 месяца посетили кардиолога 5 (11,6 %) больных, через 6 мес. – 10 (23,4 %) больных, через 9 мес. – 3 (6,9 %), через 1 год – 11 (25,6 %) , через 1 год и 3 мес. – 3 (6,9 %), через 1 год и 6 мес. – 4 (9,3 %), через 2 года – 7 (16,3 %).

Покомплаенсубольныхкдиспансеризации больные были разделены на 2 группы: 1 группа (n=9 (21%)) с высоким комплаенсом к диспансеризации (они регулярно наблюдались и выполняли все предписания врача) и 2 группа (n=34 (79%)) с низким комплаенсом диспансеризации (они наблюдались нерегулярно и не выполняли все предписания врача).

В послеоперационном периоде общее состояние было удовлетворительным у всех больных. Отмечается улучшение клинического состояния у 39 (90,7 %) пациентов, при обследовании реже встречалась выраженная тахикардия и одышка, субъективно, у большинства детей отсутствовали жалобы. Удовлетворительный результат клинически у 4 (9,3 %) пациентов, многие родители детей отмечали повышенную утомляемость и одышку при физической нагрузке (табл. 2).

Аускультативно мягкий систолический шум по левому краю грудины сохранился у 25 (58,1 %) пациентов, умеренный – у 2 (4,7 %). Акцент 2 тона над легочной артерией сохранился у 3 (7%) пациентов. Аускультативно дыхание над легкими стало везикулярным у 40 (93%) больных, осталось жестким – у 3 (7%). Степень насыщения кислородом артериальной крови приблизилась у всех к норме (95 - 100%).

Со стороны электрокардиографии синусовый ритм восстановился у всех больных. У 14 (32,5 %) пациентов сохранилась неполная блокада правой ножки пучка Гиса, у 2 (4,6 %) -

Таблица 1.

Структура врожденных пороков сердца

Тип порока	п	%
ДМЖП	1499	25,7
ДМЖП+ОАП	64	1,1
ДМЖП+СЛА	92	1,6
ДМПП вторичный	1319	22,6
ДМПП по типу ООС	775	13,3
ДМПП+ОАП	58	1,0
ДМПП+ДМЖП+ОАП	37	0,6
ДМПП+СЛА	41	0,7
ДМПП+ЧАД ЛВ	25	0,4
ДМПП+ДМЖП	163	2,8
ОАП	603	10,4
Стеноз устья аорты	16	0,3
Стеноз устья легочной артерии	262	4,5
Коарктация аорты	25	0,4
ТетрадаФалло	269	4,6
Транспозиция магистральных сосудов	13	0,2
Общий артериальный ствол	12	0,2
Атриовентрикулярная коммуникация	72	1,2
Двойное отхождение сосудов от правого желудочка	18	0,3
Аномальный дренаж легочных вен	26	0,4
Аномалия Эбштейна	17	0,3
Другие сочетанные ВПС	420	7,2

Таблица 2.

Жалобы больных до и после операции

Жалобы	До операции		После операции	
	Абс.	%	Абс.	%
одышка	36	83,6	4	9,3
быстрая утомляемость	26	60,5	2	4,6
чувство повышенного сердцебиения	14	32,6	1	2,3
частые ОРВИ	33	76,6	0	0
общая слабость	16	37,2	1	2,3
сниженный аппетит	25	58,1	1	2,3
отставание в физическом развитии	10	23,3	0	0
повышенная потливость	7	16,3	0	0
боли в лобной области головы	6	14	1	2,3
боли в прекардиальной области	4	9,3	1	2,3
носовые кровотечения	2	4,7	0	0
другие жалобы	8	18,6	4	9,3

Таблица 3.

Сравнительные показатели ЭХО-КГ до и после операции

Показатели ЭХО-КГ	До операции	В отдаленный период после операции
ЛАД (ср.) (ммрт.ст.)	52	31
ФВ (ср.) (%)	69,7 ± 4,6	64,3 ± 1,03*
КДР (ср.) (см)	4,07 ± 0,56	3,55 ± 0,71*
КСР (ср.) (см)	2,5 ± 0,61	2,1 ± 0,14*
ЛП (ср.) (см)	2,6	2,1
ПП	расширено у 16	расширено у 6
ПЖ (ср.) (см)	1,8	1,5
ПСПЖ (ср.) (мм)	3,8	3,6
ЗСЛЖ (ср.) (мм)	5,8	5,6

\* $p < 0,05$  по сравнению с тем же показателем в соответствующей группе

блокада левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия ПЖ наблюдалась в 8 (18,6%) ВПС, гипертрофия ПП - в 2 (4,6 %), гипертрофия ЛЖ – в 9 (20,9 %) случаях, гипертрофия ЛП – в 2 (4,6 %) ВПС.

По данным рентгенографии КТИ уменьшился в среднем на 5-12% по сравнению с показателем при выписке. Во всех случаях уменьшился венозный застой, нормализовался легочный рисунок.

Мы провели оценку ремоделирования сердца у пациентов с ВПС в зависимости от степени ЛГ. В связи с тем, что в исследование были включены дети разного возраста и соответственно массой тела, для сравнения между группами мы использовали не абсолютные значения показателей, а процентное соответствие антропометрическому прогнозу.

По данным эхокардиографии в отдаленный период после операции размеры полостей сердца уменьшились (табл. 3). КСР ЛЖ и КДРЛЖ приблизились к нормальным показателям. На клапанах сердца осталась недостаточность у 26 (60,5 %) больных: МК и ТК – 12(46%), ТК – 8 (31%), МК -3(12%), АК -2 (8%), АК и ТК – 1 (3%). Легочное артериальное давление не превышает норму у 26 (60,5 %) больных. Легочная гипертензия ЛГ I степени (небольшая гипертензия) сохранилась у 16 (37,2 %) больных, ЛГ II степени (умеренная гипертензии) – 2 (4,6 %) больных.

Признаки недостаточности кровообращения (НК) 2Б до проведения оперативного

вмешательства отмечались у 14 % (n= 6) пациентов, НК 2А у 77% (n = 33), НК I у 9 % (n = 4). Нарушение гемодинамики после оперативной коррекции сохранилось лишь у 9% (n= 4), вследствие сохранившейся клапанной патологии после оперативной коррекции пороков сердца.

**Выводы**

При изучении картотеки больных с врожденными пороками сердца, поступивших из различных регионов Кыргызской Республики в Научно-исследовательский институт хирургии сердца и трансплантации органов, было установлено, что наибольшая обращаемость больных с септальными ВПС: дефектом межжелудочковой (25,7 %) и межпредсердной перегородок (22,6 %). Наиболее высокий показатель больных ВПС с умеренной легочной гипертензией - 51,9 %.

Анализ непосредственных отдаленных результатов хирургической коррекции врожденного порока (ДМЖП) на основании клинико-функциональных показателей демонстрирует достоверную положительную динамику после операций: отсутствие жалоб, уменьшение степени сердечной недостаточности, легочной гипертензии.

**Литература**

1. Бухарин, В.А. Прогнозирование послеоперационных осложнений и летальных исходов у кардиохирургических больных / В.А. Бухарин // Груд, и серд.-сосуд. хирургия. 1996. -

№ 6. - С. 37.

2. Василенко, В.Х. Пороки сердца / В.Х. Василенко, С.Б. Фельдман, Э.Б. Могилевский. Ташкент: Медицина, 1983. - 268 с.

3. Гомазков, О.А. Пептиды в кардиологии. М.: Материк Альфа, 2000. - С 90-99.

4. Длительноемониторирование давления в легочной артерии у больных с легочной гипертензией / И.Е. Чазова, И.П. Колос. И.Л. Дземешкевич и др. // Кардиология. 2002. - № 12. - С. 42-46.

5. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование легочных артерий / А.В.

Иваницкий, А.В. Соболев, В.А. Крюков и др. // Груд. и серд.-сосуд. хирургия. 1998. - № 4. - С. 35-42.

6. Горбачевский С.В., Горчакова А.И., Лепихова И.И. Место открытой биопсии легкого в хирургии врожденных пороков сердца с легочной гипертензией. Патология кровообращения и кардиохирургия. 1998. № 1. С. 9-11.

7. Р.Я. Абдуллаев, В.В. Никонов. Ультразвуковое исследование при диагностике легочной гипертензии и способ определения ее тяжести. Журнал «Медицина неотложных состояний», г. Харьков, 2(3) 2006.



## **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РОДИЛЬНИЦ С ПОСЛЕРОДОВЫМ ЭНДОМЕТРИТОМ**

**Исмаилова И.У.**

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

**Резюме.** Установлено, что наиболее часто применяющиеся схемы применения АБП при лечении ПЭ не соответствуют рекомендациям клинических протоколов по лечению ПЭ МЗ КР. Применение цефазолина в послеродовом периоде у пациенток с ПЭ, развившимся после оперативных родов, также является нерациональным, т.к. этот ЛП использовался для периперационной профилактики.

**Ключевые слова:** послеродовой эндометрит, антибактериальная терапия, рациональное использование лекарственных средств, клинические протоколы.

## **ТОРОТТОН КИЙИНКИ ЭНДОМЕТРИТ МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН АЯЛДЫ ДАРЫЛООДО АНТИБАКТЕРИАЛДЫК ПРЕПАРАТТАРДЫ КОЛДОНУУГА АНАЛИЗ КЫЛУУ ЖАНА БАА БЕРҮҮ**

**Исмаилова И.У.**

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

**Резюме.** Көп учурларда төрөттөн кийинки эндометритти дарылоодо антибактериалдык препараттарды колдонуу схемасы КР ССМнин клиникалык протоколунун сунуштарына каршы келе тургандыгы аныкталды. Применение Төрөттөн кийинки эндеометрит менен ооруган бейтапка цефазолинди колдонуу дагы рационалдуу эмес, анткени бул дары каражаты операция алдындагы профилактика үчүн колдонулат.

**Негизги сөздөр:** төрөттөн кийинки эндометрит, антибактериалдык терапия, дары каражаттарын рационалдуу колдонуу, клиникалык протоколдор.

## **THE ANALYSES AND EVALUATION OF ANTIBACTERIALS USE IN PATIENTS WITH POSTPARTAL ENDOMETRITIS**

**Ismailova I.U.**

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

**Resume.** It was established that most frequently used schemes of antibacterials in postpartal endometritis are inadequate to clinical protocol recommendations on the treatment of postpartal endometritis approved by Ministry of Health of Kyrgyz Republic. The use of cefasoline in patients with postpartal endometritis after operative labor is also irrational because this drug was used for surgical prophylaxis.

**Key words:** postpartal endometritis, antibacterial therapy, rational drug use, clinical protocols.

**Введение.** Неоспоримо, что главная составляющая общего лечения послеродового эндометрита (ПЭ) - системное применение антибактериальных препаратов (АБП). Широкое и, зачастую нерациональное применение АБП с профилактической и лечебной целями, достаточно быстро приводит к селекции резистентных штаммов бактерий, неэффективности проводимой лекарственной

терапии, развитию нежелательных лекарственных реакций, нерациональному расходованию финансовых средств [1, 2, 3]. В связи с этим поиск оптимальных АБП и режимов их применения в клинике септического акушерства продолжает оставаться актуальной проблемой фармакотерапии пуэрперальных воспалительных осложнений.

**Цель данного исследования – провести**

анализ существующей клинической практики использования антибактериальных препаратов при лечении пациенток с послеродовым эндометритом.

**Материал и методы исследования.** Изучение использования АБП при лечении послеродовых эндометритов проводилось в период с 2009 по 2011 гг. в организациях здравоохранения г. Бишкек. Дизайн исследования - ретроспективное описательное исследование по данным, выкопированным из историй болезней пациенток с послеродовым эндометритом.

Медицинские карты пациенток с ПЭ, отвечающие требованиям «включения/исключения», были выкопированы в индивидуальную регистрационную карту, в которой фиксировались применяемые АБП. Фармакоэпидемиологический анализ включал в себя анализ количества использованных групп АБП и схем их комбинированного использования, количества и частоты применения отдельных АБП.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Всего в ходе исследования было проанализировано 495 индивидуальных карт пациенток с диагнозом послеродовой эндометрит за 2009 - 2011 годы, из них 351 пациентка с физиологическими родами и 144 пациентки с оперативным родоразрешением (Кесарево сечение).

Как известно, при лечении ПЭ у родильниц особую важность имеет своевременное, как можно более раннее, начало антибактериальной терапии. Как правило, это происходит до получения результатов бактериологического посева и определения чувствительности выделенной флоры к АБП.

В соответствии с этим в Клиническом протоколе (КП) лечения ПЭ приведена схема эмпирической антибактериальной терапии ПЭ: ампициллин в/в + гентамицин в/в + метронидазол в/в капельно [4].

При отсутствии положительного эффекта рекомендована смена схемы применения антибактериальных препаратов: амоксициллин + клавулановая кислота + гентамицин + метронидазол *или* цефуроксим + гентамицин + метронидазол *или* цефотаксим + гентамицин + метронидазол *или* цефотаксим + цiproфлоксацин.

При анализе первичной медицинской документации пациенток с ПЭ установлено,

что данные по чувствительности возбудителей ПЭ приведены только к некоторым антибактериальным препаратам, тогда как в клинической практике применяется и ряд иных лекарственных средств.

В результате проведенных исследований было установлено, что при лечении пациенток с ПЭ с естественным и оперативным родоразрешением были использованы 101 схема применения АБП, в которых в разных комбинациях применялись 20 АБП: цефтриаксон, метронидазол, гентамицин, цiproфлоксацин, норфлоксацин, цефоперазон, пенициллины, рокситромицин, стрептомицин, амикацин, ампициллин, бисептол, цефазолин, цефутоксим, канамицин, цефотаксим, ровамицин, флуконазол, имипинем и офлоксацин. В таблице 1 представлен анализ схем применения АБП у пациенток с ПЭ независимо от метода родоразрешения.

Из таблицы 1 видно, что чаще других применялись 2 схемы назначения АБП: в 21,8% случаев использовалась комбинация цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола, а в 20,2% случаев - цефазолин + инъекционная форма метронидазола.

Обе схемы применения АБП не соответствуют схемам эмпирической и альтернативной антибактериальной терапии, рекомендованным КП по лечению послеродового эндометрита.

Далее по частоте использования находились комбинации цефазолин + инъекционная форма метронидазола с переходом на пероральную форму и гентамицин + инъекционная форма метронидазола (5,5% и 5,3% соответственно).

В 47% случаев использовались различные схемы АБП терапии, частота которых была менее 3%.

Далее мы проанализировали схемы АБП терапии, использованные у женщин с ПЭ после самопроизвольных родов. Оказалось, что у этого контингента родильниц также чаще других применялись 2 схемы назначения АБП: в 23,9% случаев использовалась комбинация цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола, а в 21,7% случаев - цефазолин + инъекционная форма метронидазола (рис. 1).

Частота использования различных схем АБП терапии, частота которых была менее 3%, у родильниц с ПЭ после физиологических родов составляла 35%.

Табл. 1 – Схемы назначения АБП пациенткам с ПЭ с оперативным и физиологическим родоразрешением (n=495)

Схемы АБП	%	Абс.
Гентамицин + инъекционная форма метронидазола	5,3	26
Цефазолин + инъекционная форма метронидазола с переходом на пероральную форму	5,5	27
Цефазолин + инъекционная форма метронидазола	20,2	100
Цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола	21,8	108
Другие схемы АБП терапии (частота использования <3%)	47,3	234

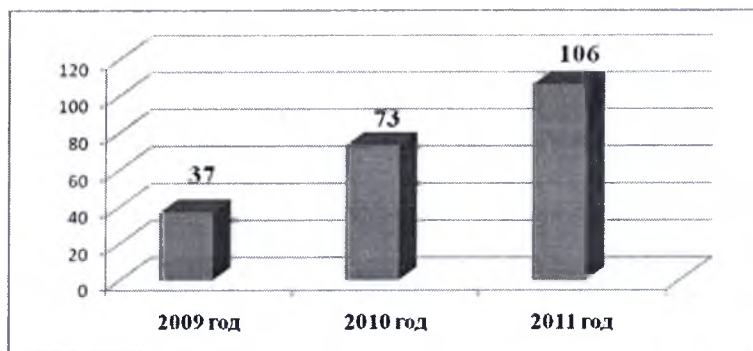


Рис. 1. Частота использования различных схем АБП терапии у женщин с ПЭ после физиологического родоразрешения (n=351)

Проведенный анализ показал, что в состав трех основных схем применения АБП входили цефазолин и метронидазол, гентамицин использовался в 30,2% схем, ампицилин только в 6,2% схем.

У родильниц с ПЭ, родоразрешенных оперативным путем, комбинация цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола, и комбинация цефазолин + инъекционная форма метронидазола использовались с одинаковой частотой, а именно в 16,7% случаев каждая (рис. 2). При этом, частота использования различных схем АБП терапии, частота которых была менее 3%, у родильниц с ПЭ, родоразрешенных оперативным путем, была значительно выше, чем у пациенток с ПЭ после физиологических родов, и достигала 54,9%.

Проведенный анализ показал, что при лечении ПЭ выбор АБП продолжает оставаться для врача наиболее трудным вопросом.

Особенно настораживает тот факт, что, в

целом, различные схемы АБП терапии, частота которых была менее 3%, использовались в 47% случаев, а у родильниц с ПЭ, родоразрешенных оперативным путем, этот показатель был значительно выше, чем у пациенток с ПЭ после физиологических родов, и достигал 54,9%. Полученные данные указывают на то, что практически в каждом втором случае лечения пациенток с ПЭ отсутствовал какой-либо системный подход к выбору схемы лечения ПЭ с использованием АБП.

О нерациональном использовании АБП при лечении ПЭ у родильниц после операции КС свидетельствует также факт выявленного нами использования цефазолина в комбинации с метронидазолом и гентамицином.

Согласно основным принципам РИЛС фармакотерапия ПЭ с использованием АБП ни в коем случае не должна проводиться с использованием антибиотика, который применялся для антибиотикопрофилактики.

Таблица 2 - Частота использования АБП у женщин с ПЭ после родов через естественные родовые пути и у родоразрешенных абдоминальным путем

№ п/п	АБП	Женщины после естественных родов		Женщины, родоразрешенные КС		P
		N	M ± m (%)	N	M ± m (%)	
1	Метронидазол (всего)	351	100%	144	97,9 ± 1,2	>0,05
	в том числе в/в	330	94,0 ± 1,3	136	96,4 ± 2,0	>0,05
	per os	21	6,0 ± 1,3	5	3,6 ± 1,6	<0,05
2	Цефазолин (всего)	251	71,5 ± 2,4	96	66,7 ± 3,9	>0,05
	в том числе в/в	107	42,6 ± 2,4	27	28,1 ± 3,2	<0,001
	в/м	144	57,4 ± 2,6	69	71,9 ± 4,1	>0,05
3	Гентамицин (всего)	148	42,2 ± 2,6	79	54,9 ± 4,1	<0,01
	в том числе в/в	126	85,1 ± 9,5	73	92,4 ± 4,1	>0,05
	в/м	22	14,9 ± 1,3	6	7,6 ± 1,7	<0,001
4	Цефтриаксон (всего)	51	14,5 ± 1,9	59	40,9 ± 4,0	<0,001
	в том числе в/в	41	80,4 ± 1,7	54	91,5 ± 4,0	<0,05
	в/м	10	19,6 ± 0,9	5	8,5 ± 1,5	<0,05
5	Ампицилин (всего)	51	14,5 ± 1,9	13	9,0 ± 2,4	>0,05
	в том числе в/в	14	27,4 ± 1,0	2	15,4 ± 1,0	>0,05
	в/м	37	72,6 ± 1,6	11	84,6 ± 2,2	>0,05
6	Ципрофлоксацин	36	10,3 ± 1,6	12	8,3 ± 2,2	>0,05
7	Цефуроксим (всего)	8	2,3 ± 0,8	10	6,9 ± 2,1	<0,05
	в/в	4	50,0	1	10,0	<0,05
	в/м	4	50,0	6	60,0	>0,001
	per os	-	-	3	30,0	<0,05

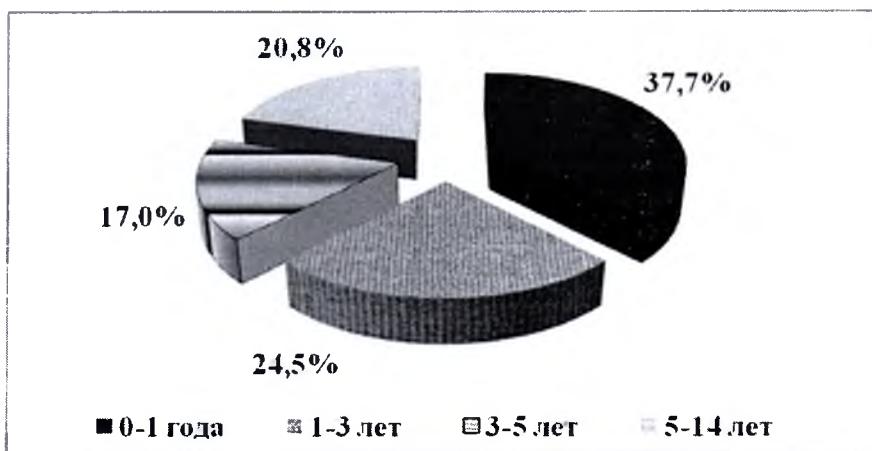


Рис. 2. Частота использования различных схем АБП терапии у женщин с ПЭ после оперативного родоразрешения (n=144)

Более того, результаты ряда исследований указывают на то, что является нерациональной терапия даже с использованием АБП из той же группы.

Так, по данным Newton E.R. и P.A. Wallace [5], назначение цефалоспоринов с целью лечения ПЭ после антибиотикопрофилактики с использованием цефазолина приводило к более частому возникновению инфекции в области хирургического вмешательства.

Установлено, что периоперационная профилактика у пациенток с ПЭ, развившимся после оперативных родов, проводилась с использованием цефазолина, который вводился внутривенно за 50 минут до начала операции КС. Следовательно, применение цефазолина в послеродовом периоде у этого контингента рожениц является нерациональным.

В этом случае является уместным использование комбинации цефалоспоринов 2 и 3 поколения с метронидазолом или использование схем применения АБП с включением гентамицина, клиндамицина и метронидазола.

Кроме того, из рисунка 2 видно, что в 11,9% случаев при лечении ПЭ у рожениц после оперативного родоразрешения использовалась схема применения АБП цефтриаксон + цефазолин + гентамицин + метронидазол.

Применение комбинации цефазолин + цефтриаксон с позиций РИЛС также нельзя признать рациональным.

Далее перед нами стояла задача из перечня АБП, наиболее часто используемых для лечения ПЭ, выделить АБП, которые чаще использовались для лечения ПЭ у женщин с самопроизвольными родами (1 группа) и пациенток с ПЭ, родоразрешенных путем операции КС (2 группа), а также изучить рациональность их применения.

Из анализа данных, представленных в таблице 2, очевидно, что рейтинг 7 АБП, наиболее часто использовавшихся при лечении ПЭ, примерно одинаков у всех пролеченных пациенток независимо от вида родоразрешения.

Также видно, что по частоте использования метронидазола и ципрофлоксацина у рожениц после операции КС и пациенток после физиологических родов статистически значимых различий не имелось.

Однако дальнейший анализ показывает, что удельный вес использования цефазолина (71,5% против 66,7%) и ампициллина (14,4%

против 9%) был больше у пациенток с ПЭ, развившимся после физиологических родов.

### Выводы

1. При лечении ПЭ чаще других применялись 2 схемы назначения АБП: в 21,8% случаев использовалась комбинация цефазолин + гентамицин + инъекционная форма метронидазола, а в 20,2% случаев - цефазолин + инъекционная форма метронидазола. Обе схемы применения АБП не соответствуют схемам эмпирической и альтернативной антибактериальной терапии, рекомендованным КП МЗ КРпо лечению послеродового эндометрита.

2. В 47% случаев использовались различные схемы АБП терапии, частота которых была менее 3%. У рожениц с ПЭ, родоразрешенных оперативным путем, этот показатель был значительно выше, чем у пациенток с ПЭ после физиологических родов, и достигал 54,9%, следовательно, в каждом втором случае лечения пациенток с ПЭ отсутствовал какой-либо системный подход к выбору схемы лечения ПЭ с использованием АБП.

3. Применение цефазолина в послеродовом периоде у пациенток с ПЭ, развившимся после оперативных родов, является нерациональным, т.к. этот ЛП использовался для периоперационной профилактики. В этом случае является уместным использование комбинации цефалоспоринов 2 и 3 поколения с метронидазолом или использование схем применения АБП с включением защищенных аминопенициллинов, гентамицина, клиндамицина и метронидазола.

### Литература:

1. Chelmow D., Hennesy M., Evantash E.G. Prophylactic antibiotics for nonlaboring patients with intact membranes undergoing cesarean delivery: an economic analysis // Am. J. Obstet. Gynec. – 2004. - № 91(5). – P. 1661-1665.
2. Любимова А.В., Еремин С.Р., Квеквескири Е.Н. Проблемы рационального применения antimicrobных препаратов в акушерской практике // Амбулаторная хирургия. – 2006. - № 1(21). - С. 39-41.
3. Зурдинов А.З., Сабирова Т.С., Зурдинова

А.А., Муратова М.М. О проблемах рационального использования лекарств в Кыргызской Республике // Известия вузов. – Бишкек, 2010. - №3. – С. 29-33.

4. Клинические протоколы по акушерству-гинекологии для первичного, вторичного и

третичного уровней здравоохранения, сборник №3. -Бишкек, 2010. – С.117-119.

5. Newton E.R., P.A. Wallace Effects of prophylactic antibiotics on endometrial flora in women with postcesarean endometritis // Obstet. Gynecol. - 1998. - № 92(2). - P. 262-268.

## **РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ**

**Аскеров А.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
кафедра акушерства и гинекологии №2  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье представлены результаты лечения 195 пациенток с миомой матки. Выявлена зависимость продолжительности операции миомэктомии, объема кровопотери, частоты рецидивов от количества и локализации удаленных миоматозных узлов. Среди пациенток, потерявших беременность, вдвое чаще (8 из 16), чем среди выносивших (24 из 94) встречались женщины, которым оперативное вмешательство было выполнено со вскрытием полости матки (50% и 25,5% соответственно).

**Ключевые слова:** миома матки, миомэктомия, кровопотеря, невынашивание, аборт, экологически неблагоприятные районы.

## **МИОМЭКТОМИЯ БОЛГОН АЯЛДАРДЫН РЕПРОДУКТИВТҮҮ ДЕН-СОЛУГУ**

**Аскеров А.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы  
№2 акушерства жана гинекология кафедрасы  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** статьяда 195 миомасы бар аялдардын дарылоо жыйынтыгы корсотулгон. Миомэктомия учрундагы убакыт узактыгы кансыроо колому, кайра пайда болуу коркунучу миома шишиктеринин санынан жана жайгалышканынан коз каранды. Кош бойлуулук жоготуу коркунучу миомэктомия учрундагы жатындын ичине кирген учурда эки эссе кобуроок жолугушат.

**Негизги создор:** жатындын миомасы, миомэктомия, кансыроо колому, аборт, экологиялык коркунучтуу райондор.

## **REPRODUCTIVE HEALTH OF WOMEN AFTER MYOMECTOMY**

**Askerov A.A.**

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

**Resumé:** The paper presents the results of treatment of 195 patients with myo-my uterus. The dependence of the duration of the operation of myomectomy, blood volume, frequency of relapses on the number and location of fibroids removed. Among patients who have lost a pregnancy, were twice as likely (8 of 16) than takeaways (24 of 94) met women who, surgery was performed with the opening of the uterus (50% and 25.5%, respectively).

**Keywords:** uterine fibroids, myomectomy, blood loss, miscarriage, abortion, environmentally disadvantaged areas.

**Результаты исследования:** В исследование были отобраны 195 пациенток репродуктивного возраста с лейомиомой матки (ЛМ). Из обследованных пациенток 68,2% являлись городскими, 31,8% - сельскими жительницами. Возраст обследованных женщин с ЛМ составил от 30 до 45 лет в среднем  $38,3 \pm 0,5$  года. Большинство пациенток были в активном репродуктивном возрасте. В процессе подготовки больных к операции все пациентки подверглись всестороннему обследованию, включающему общеклинические, специальные и лабораторные методы. При проведении клинико-лабораторных исследований у 27,7% больных была выявлена анемия, при этом у 11,5% женщин была анемия легкой степени, у 6,8% – средней тяже-

сти и у 9,2% – тяжелая форма, что потребовало проведения в предоперационном периоде гемостимулирующей, а в ряде случаев и гемотрансфузионной терапии во время операции и в послеоперационном периоде. Всем 195 больным проводилось кольпоскопическое исследование шейки матки. При расширенной кольпоскопии у 20% больных обнаружены патологические изменения шейки матки, из них у 7,2% – эктопия, у 6,7% – картина посткоагуляционного синдрома после перенесенной диатермокоагуляции шейки матки. У 6,1% больных были выявлены рубцовые изменения шейки матки после предыдущих родов и аборт, не требующие дополнительного лечения.

Ультразвуковое исследование органов ма-

лого таза было выполнено всем женщинам. Выявлено, что у 59,6% количество миоматозных узлов варьировало от 1 до 2 и у 40,3% количество было более 3-4 узлов. При этом преимущественно интрамуральное расположение узлов с центрипетальным ростом, деформирующее полость матки было в 48,2% наблюдениях, субсерозные миоматозные узлы встречались в 15,4% случаях, субмукозные миоматозные узлы были в 6,7% случаях, и в 29,7% - смешанное.

Как и любой способ хирургического лечения, миомэктомия имеет четкие показания и противопоказания, знание которых позволяет принять правильное решение в отношении операции. Органосохраняющие операции стали актуальными с точки зрения не только уменьшения инвалидности, периоперационных осложнений, но улучшения репродуктивного здоровья [1,2,3,4]. Показаниями к операции явились: быстрый рост опухоли 14,9% (n=29), менометроррагии, приводящие к анемии 46,2% (n=90), дегенеративные изменения в маточном узле 24,2% (n=23), большие размеры опухоли 14,9% (n=29), субмукозные миоматозные узлы 6,2% (n=12), ЛМ сочетанные с кистами яичников 6,2% (n=12). В процессе операции энуклеировано 436 миоматозных узла у 195 больных с ЛМ. Наибольшее количество узлов удалено из передней – 203 (46,6%) и задней стенок матки – 183 (41,9%), из дна матки энуклеировано 50 (11,5%) узлов. В то же время, количество интерстициальных узлов было в полтора раза выше, чем субсерозных. При этом субмукозные узлы чаще выявлялись по задней стенке матки, реже в дне и по передней стенке матки. Интралигаментарно

располагалось 1,8% узлов и 1,2% имели низкое расположение. Интралигаментарные узлы встречались с одинаковой частотой как по передней, так и по задней стенке матки. Одиночные миоматозные узлы наблюдались более чем у одной трети -36,5% больных. У 40,4% удалено от 2 до 5 узлов. У 13,1% - по 6-10 узлов; у 7,8% – по 11-20; и у 1,95% больных более 20 узлов. В среднем количество удаленных узлов составило  $3,2 \pm 0,94$  на одну пациентку.

Выявлена зависимость продолжительности операции и объема кровопотери от количества удаленных миоматозных узлов. Такие же результаты указаны у других авторов (1,3,4). При удалении одиночных узлов продолжительность операции составляла  $99,67 \pm 1,85$  мин, а кровопотеря –  $221,07 \pm 7,1$  мл. При удалении 2-5 узлов продолжительность операции длилась до  $110,72 \pm 2,0$  мин ( $p > 0,05$ ) и объем кровопотери – до  $230,72 \pm 83,7$  мл ( $p > 0,05$ ). При удалении свыше 5 миоматозных узлов отмечено дальнейшее увеличение продолжительности до  $131,49 \pm 2,62$  мин ( $p < 0,001$ ) и объема кровопотери до  $913,83 \pm 197,21$  мл ( $p < 0,001$ ).

У 40% оперированных больных отмечались различные дегенеративные изменения в маточных узлах (отек, гиалиноз, некроз), а в 58,1% случаях дегенеративные изменения отсутствовали, что указывается у других авторов (2,5).

У 8,6% больных установлена картина клеточного строения лейомиомы матки, в отдельных случаях с очагами пролиферации (см. рис.1).

Существенное снижение кровопотери во время операции отмечено в группе больных, у которых применялась методика поэтапного за-



Рис.1. Структура ткани лейомиоматозного узла и миометрия.



шивания раны на матке по сравнению с традиционным зашиванием (соответственно  $216,64 \pm 5,39$  мин,  $301,39 \pm 6,81$  мл ( $p < 0,01$ )). Во время миомэктомии 62 больным производили различные дополнительные оперативные вмешательства, из которых наиболее частыми были операции на яичниках: у 33,9% больных была произведена резекция яичников, у 2 (3,2%) – удаление одного яичника, у 1 больной удалены придатки с одной стороны и у 2 (3,2%) – произведена односторонняя тубэктомия. На втором месте среди дополнительных оперативных вмешательств оказались операции, связанные с наличием спаечного процесса в малом тазу и в области придатков матки: у 29,0% больных произведено разделение спаек, из них у 9 больных, наряду с сальпингоооариолизисом, произведена сальпингостоматоластика.

Из всех прооперированных женщин в беременности были заинтересованы 150 пациенток. Наступила беременность у 110 женщин (73,3%). Из них в течение первого года после операции беременность возникла у 45 (40,9%) женщин, из которых самопроизвольным выкидышем завершилось 20% беременностей ( $n=9$ ). Во второй год после миомэктомии забеременели 27 (24,6%), прерывание беременности произошло у 4 (14,8%) женщин, на третий год – 14 (12,7%) женщин и репродуктивные потери составили 7,1% (одна пациентка).

Другие 24 женщины забеременели в течение последующих лет, в течение которых частота невынашивания не превышала 10%. Необходимо отметить, что у первородящих после миомэктомии наибольшая частота прерывания беременности наблюдалась в 1 и 2 год после операции, общий процент прерывания беременности у этих женщин достигал 20%. У повторнородящих только первый год был неблагоприятным для наступления беременности и не превышали 13%.

Нами было отмечено, что пациентки, которым операция проводилась со вскрытием полости, имели менее благоприятный прогноз. Из 52 пациенток в беременности были заинтересованы 50. Наступила беременность лишь у 32 из них, что составило 64,0%. Этот показатель достоверно ниже, чем среднее значение с учетом всех прооперированных женщин, заинтересованных в беременности (73,3%). Среди пациенток, потерявших беременность, вдвое чаще (8 из 16), чем среди выносивших (24 из 94) встречались женщины, которым оперативное вмеша-

тельство было выполнено со вскрытием полости матки (50% и 25,5% соответственно).

Из 110 женщин, забеременевших после консервативной миомэктомии, 65 (59,1%) проживали в высокогорных районах, 25 (22,7%) – в низкогорных, а 20 (18,2%) пациенток были из экологически неблагоприятных районов. Подобное распределение частот соответствует данному показателю всей выборки обследованных женщин. В то же время, изучая данный показатель у пациенток, беременность которых в дальнейшем закончилась самопроизвольным абортom, мы отметили, что 10 (32,6%) были жительницами высокогорных районов, 2 (12,5%) – из низкогорья, а в районах с неблагоприятной экологической обстановкой данный показатель составил 4 (25,0%), что достоверно больше, чем доля беременных из подобных районов.

Наибольшая частота прерывания беременности после миомэктомии у первородящих отмечена в первые 2 года после операции (20% прерывание беременности). У повторнородящих только первый год был неблагоприятным для наступления беременности и не превышали 13%. У беременных после миомэктомии, проживающих в экологически неблагоприятных районах достоверно чаще происходил самопроизвольный выкидыш.

### Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М. М.; Медпресс-информ., 2004. – 400с.
2. Савицкий Г.А. Миома матки: проблемы патогенеза и патогенетической терапии / Савицкий Г.А. Савицкий А.Г., СПб. – «Элби-СПб» . – 2000. –235 с.
3. Тихомиров А.Л. Оптимизация лечения больных миомой матки / Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. –Т. 4. № 5-6. . –С. 2-8.
4. Gargett С.Е. Эстрогенная регуляция ангиогенеза в миометрии и миоме // Проблемы репродукции. – 2006, спецвыпуск, I Международная конференция по репродуктивной медицине. – 2006. – С. 61-63.
5. Konishi I. Development of smooth muscle in the human fetal uterus; an ultrastructurae study // J.Anat.1987.-Vol.139. –N.2. –P. 238-252.

## ПРОЯВЛЕНИЯ ЛЕЙОМИОМЫ МАТКИ В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Аскеров А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
кафедра акушерства и гинекологии №2  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** В статье представлены результаты исследования течения постменопаузального периода у пациенток с лейомиомой матки (ЛМ). Выявлена такая зависимость, что пациентки, у которых в постменопаузальном периоде не происходил регресс миомы, имели более поздний средний возраст наступления менопаузы ( $50,5 \pm 0,6$  года). Пациентки без регресса ЛМ в постменопаузе достоверно чаще страдали такими гинекологическими заболеваниями как эндометриоз (25,0%) и гиперпластические процессы эндометрия (половина пациенток).

**Ключевые слова:** менопауза, миома матки, эндометриоз, экстрагенитальные заболевания.

## МЕНОПАУЗАДАН КИЙИНКИ МЕЗГИЛДЕГИ ЖАТЫНДЫН ЛЕЙОМИОМАСЫНЫН ОЗГӨЧӨЛҮГҮ

Аскеров А.А.

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

**Корутунду:** статьяда менопаузадан кийинки мезгилдеги жатындын лейомиомасынын озгочолугун изилдоо боюнча жыйынтыктар корсотулгон. Миомасы регресс болбогон аялдар кеч менопаузага дуушар болушкан. Аларда салыштырмалуу кобуроок башка гинекологиялык оорулар (эндометриоз, эндометрийдin гиперплазиясы) кездешет.

**Негизги создор:** жатындын миомасы, миомэктомия, менопауза, жатындын эндометриясы, экологиялык коркунучтуу райондор.

## MANIFESTATIONS OF UTERINE LEIOMYOMA IN POSTMENOPAUSAL

Askerov A.A.

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

**Resume:** The paper presents the results of a study of flow - Postmenopausal period in patients with uterine leiomyomas (LM). Spotted this dependence that patients whose postmenopausal uterine regression did not occur, later had an average age of menopause. Patients without recourse LM postmenopausal significantly more likely to suffer from gynecological diseases such as endometriosis (25.0 %) and endometrial hyperplasia (half of patients).

**Keywords:** menopause, uterine fibroids, endometriosis, extragenital diseases.

**Результаты исследования.** Наступление менопаузы сопровождается развитием морфофункциональных изменений в эстрогензависимых органах и тканях, влияющих на качество жизни и ее продолжительность.

Вместе с тем известны два основных сценария течения ЛМ в постменопаузе: регресс миоматозных узлов, либо отсутствие обратного развития миомы матки [1,2,3,4].

С целью изучения особенностей течения ЛМ в постменопаузе провели ретроспективный анализ пациенток данной возрастной группы кыргызской популяции, страдающих ЛМ. В исследование были отобраны 95 пациенток постменопаузального возраста с ЛМ. Из обследованных пациенток 77,9% являлись городскими, 22,1% - сельскими жительницами. Большинство

пациенток относились к монголоидной расе – 70 (73,7%). Возраст обследованных женщин с ЛМ варьировал от 45 до 57 лет, в среднем  $52,3 \pm 0,6$  года. С целью изучения клинико-anamnestических факторов, сдерживающих регресс миомы, мы разделили пациенток на две группы в зависимости от течения ЛМ в постменопаузальном периоде. I группу составили 75 женщин, у которых отмечался четкий регресс миомы. Пациентки без регресса проявлений ЛМ были отнесены во II группу (n=20). При изучении характера менструальной функции нами было выявлено достоверное различие в возрасте наступления менопаузы.

Так, у пациенток I группы средний возраст, в котором наступила менопауза составил  $47,8 \pm 0,4$  года, в то время как среди пациенток с нерегрессирующей ЛМ данный показатель был

Таблица 1.

Сопутствующие гинекологические заболевания у женщин с ЛМ в постменопаузе.

Заболевания		Регресс ЛМ	Нет регресса ЛМ
Неспецифические ВЗОМТ	абс.	29	8
	%	38,7	40,0
Эндометриоз тела матки	абс.	16	5
	%	22,3	25,0*
Заболевания шейки матки	абс.	15	4
	%	20,0	20,0
Гиперпластические процессы эндометрия	абс.	32	10
	%	42,7	50,0*
Доброкачественные опухоли яичников	абс.	7	3
	%	9,3	15,0*

Примечание: □- статистическая достоверность различий между группами ( $p < 0,05$ ).

Таблица 2.

Хронические экстрагенитальные заболевания у женщин с ЛМ в постменопаузе.

Заболевания		Регресс ЛМ	Нет регресса ЛМ
органов дыхания	абс.	25	7
	%	33,3	35,0
сердечно-сосудистой системы	абс.	30	9
	%	40,0	45,0*
мочевыделительной системы	абс.	17	4
	%	22,7	20,0
нервной системы	абс.	8	2
	%	10,7	10,0
органов пищеварения	абс.	18	5
	%	24,0	25,0
эндокринные	абс.	20	7
	%	26,7	35,0*

Примечание: □- статистическая достоверность различий между группами ( $p < 0,05$ ).

Таблица 3.

Распределение пациенток с лейомиомой в постменопаузе в зависимости от условий окружающей среды.

ЛМ в постменопаузе		Условия окружающей среды		
		Высокогорье	Низкогорье	Экол. неблагопр.
Отмечен регресс (n=75)	абс.	24	28	23
	%	32,0	37,3*	30,7
Без регресса (n=20)	абс.	7	6	7
	%	35,0*	30,0	35,0*

Примечание: □- статистическая достоверность различий между группами ( $p < 0,05$ ).

достоверно больше ( $50,5 \pm 0,6$  года). Анализ гинекологических заболеваний выявил, что у пациенток II группы ЛМ достоверно чаще сочеталась с гиперпластическими процессами эндометрия (у половины больных), аденомиозом (у четверти пациенток), доброкачественными опухолями яичников.

Как следует из таблицы, частота соматических заболеваний также различалась у женщин с регрессом ЛМ и без. Пациентки, у которых не происходило регресса ЛМ в постменопаузальном возрасте, достоверно чаще выявлялись заболевания сердечно-сосудистой системы (45%) и эндокринные болезни (35%).

Нами произведена оценка частоты случаев регрессирующей и нерегрессирующей ЛМ в зависимости от проживания пациенток в различных условиях окружающей среды. Нами выявлено, что доля женщин с регрессом ЛМ была достоверно выше в низкогорье, в то время как неблагоприятные экологические условия достоверно чаще ассоциировались с отсутствием регресса ЛМ.

Таким образом, пациентки, у которых в постменопаузальном периоде не происходил регресс миомы, имели более поздний средний возраст наступления менопаузы ( $50,5 \pm 0,6$  года). Пациентки без регресса ЛМ в постменопаузе до-

стоверно чаще страдали такими гинекологическими заболеваниями как эндометриоз (25,0%), гиперпластические процессы эндометрия (половина пациенток), доброкачественные опухоли яичников (15,0%). У них достоверно чаще выявлялись сердечно-сосудистые (45,%) и эндокринные (35,0%) заболевания. Наибольшее количество женщин с регрессирующей ЛМ проживали в низкогорье (37,3%), а при отсутствии регресса – в высокогорье и экологически неблагоприятных районах (35,0%).

### Литература:

1. Вихляева Е.М. Руководство по диагностике и лечению лейомиомы матки. – М. М.; Медпресс-информ., 2004. - 400с.
2. Тихомиров А.Л. Оптимизация лечения больных миомой матки / Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. –Т. 4. № 5-6. . –С. 2-8.
3. Gargett С.Е. Эстрогенная регуляция ангиогенеза в миометрии и миоме // Проблемы репродукции. – 2006, спецвыпуск, I Международная конференция по репродуктивной медицине. – 2006. – С. 61-63.
4. Konishi I. Development of smooth muscle in the human fetal uterus; an ultrastructure study // J.Anat.1987.-Vol.139. –N.2. –P. 238-252.

## ИСХОДНЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ СТУДЕНТОВ КАК ПЕРЕХОДНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА УСВОЕНИЯ ПРЕДМЕТА

Молдобаева М.С., Толombaева Н.Т., Агтокурова Р.М., Муратова Ч.А.,  
Жалилова Б.С., Апышова Ж.К., Наркулова Г.О.

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

**Резюме.** В системе оценки качества усвоения информационного блока необходимо измерить уровень знаний студентов. Целью исследования явился анализ исходного уровня знаний студентов 2 курса КГМА по отдельным фундаментальным предметам. Проведено анкетирование 289 студентов 2-го курса лечебного факультета. Анкета включала в себя вопросы по предметам: нормальная анатомия и нормальная физиология, право студентов на пересдачу, возможности коммуникации с больными. Из 289 студентов 2 курса лечебного факультета при проверке исходного уровня знаний по результатам анкетирования выявлено, что 11% в 2011-2012 учебном году имели возможность коммуникации с больными; по фундаментальным дисциплинам до 18,3% студенты в 2010-2011 учебном году не знают до сих пор количество анатомических полостей сердца; в 2010-2011 учебном году 15% студентов не были информированы о предстоящих экзаменах на 2ом курсе; до 77% опрошенных в 2011-2012 учебном году не были информированы о форме сдачи экзаменов, до 94,6% 2011-2012-году не информированы об ограничении количества пересдачи экзамена. Таким образом, анализ исходного уровня знаний у студентов 2 курса показал недостаточный уровень знаний студентов по нормальной анатомии и физиологии, коммуникации с больными. Выявленное, несомненно, отражается на процессе и качестве усвоения клинических дисциплин на последующих курсах.

**Ключевые слова:** исходный уровень знаний, информированность, студенты.

## САБАКТЫ САПАТТУУ ӨЗДӨШТҮРҮҮДӨ СТУДЕНТТЕРДИН БАШТАПКЫ БИЛИМ ДЕНГЭЭЛИН ОТКОРГУЧ КАТАРЫ АНЫКТОӨ

Молдобаева М.С., Толombaева Н.Т., Агтокурова Р.М., Муратова Ч.А.,  
Жалилова Б.С., Апышова Ж.К., Наркулова Г.О.

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

**Корутунду:** Студенттердин информациялык бөлүктү сапаттуу өздөштүрө алыштары үчүн алардын билим денгээлин аныктоо керек. Кыргыз Медициналык Академиянын 2-курсунун студенттеринин билим денгээлин билүү үчүн эн негизги сабактарды өздөштүрүүдө анализ жүргүзүлдү. Дарылоо факультетинин 2-курс 289 студенттеринен сурамжылоо жүргүзүлгөн. Сурамжылоо анкета түрүндө нормалдуу анатомия жана физиология сабактарынан суроолорду, студенттердин кайра тапшыруу укуктарын жана оорулуулар менен болгон баарлашуу мүмкүнчүлүгүн камтыган. Текшерүүнүн натыйжасында 2-курс дарылоо факультетинин 289 студенттин ичинен: 2011-2012 окуу жылында 11% кана студенттер оорулуулар менен баарлашуу мүмкүнчүлүктөрү болгон; 2010-2011 окуу жылында студенттердин 18,3% эн негизги сабактар боюнча азыркы убакытка чейин жүрөктүн анатомиялык көндөйлөрүнүн санын билишпейт; 2010-2011 окуу жылында студенттердин 15% 2 курстагы экзамендер жөнүндө маалыматтары жок экендиги, 2011-2012 окуу жылында 77% чейинки суралган студенттер экзамен кандай формада өтүшүн, 2011-2012 окуу жылында 94,6% студенттер экзаменди кайра тапшыруусу чектелген экенин билбегендиктери аныкталган. Ошентип 2-курс студенттеринин үстүнөн жүргүзүлгөн байкоо, нормалдуу анатомия жана физиология сабактарынан билим денгээлинин төмөндүгү жана оорулуулар менен болгон баарлашуу мүмкүнчүлүгүнүн начарлыгы, а кээ бир студенттер болсо окуп жаткан жылында кайсы сабактардан сынактарды тапшырарынан кабары жок экен. Ошентип, жүргүзүлгөн байкоо студенттердин кийинки курстарда клиникалык сабактардын өздөштүрүүшүсүнө да терс таасирин тийгизет.

**Ачкыч сөздөр:** баштапкы билим денгээли, кабарланышы, студенттер

## INITIAL LEVEL OF THE STUDENT'S KNOWLEDGE AS A PASSING ASSESSMENT OF THEIR SUBJECT LEARNING QUALITY

Moldobaeva MS, Tolombaeva NT, Attokurova RM, Muratov Ch.A,  
Jalilova BS, Apyshova JK, Narkulova G.O.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** In the system of quality assessment of learning of the information block by students it is necessary to measure the level of knowledge. The purpose of the study was to analyze the level of knowledge of the 2nd year students of KSMA on specific fundamental subjects. 289 students of the 2nd year of the medical faculty completed questionnaires. Questionnaire included questions on subjects of normal anatomy and normal physiology, rights of students to resit an examination, and the ability of communication with patients. Results of survey revealed that only 11% of the 2011-2012 school year students were able to communicate with patients, 18.3% of students of the 2010-2011 school year still do not know the number of anatomical heart cavities, 15% of students were not informed about the upcoming exams for the second course, up to 77% were not informed about the form of exams, 94.6% of the students were not aware about a limit to resit an examination. Thus, the analysis of the initial level of knowledge of 2nd year students showed lack of knowledge of students on normal anatomy and physiology, communication with patients, some of the students are not well informed about the upcoming school subjects. Revealed results clearly reflected in the learning process and the quality of clinical disciplines in subsequent courses.

**Keywords:** initial level of knowledge, awareness, students.

Главная задача образовательной политики в Кыргызстане, также как и в других странах – обеспечение современного качественного образования на основе сохранения его фундаментальности и соответствия актуальным и перспективным потребностям личности, общества и государства как необходимое условие модернизации системы отечественного образования. На сегодняшний день система оценки качества образования находится на стадии становления и совершенствования. Качество высшего образования понимается как «соответствие норме» в подготовке специалистов и магистров, а норма – требуемый уровень знаний и навыков зафиксированные, прежде всего, в государственных образовательных стандартах Министерства образования и науки КР и паспортах специальностей ВУЗов. Однако понятие нормы не является абсолютным и фиксированным. Происходит постоянная работа по определению и освобождению от субъективных суждений «качества нормы».

В системе оценки качества усвоения учебного информационного блока необходимо измерить уровень знаний студентов. Традиционно он измеряется оценкой или баллом успеваемости. Современная схема оценки успеваемости студентов в медицинском вузе состоит из: оценки практических навыков, устного опроса, модульно - рейтинговой оценки знания, решения пациент-ориентированной проблемы и сдачи экзаменов.

В качестве причин, вызывающих недостаточный уровень учебного процесса, можно выделить следующие: низкое качество преподавания дисциплины; некорректность методики рейтингового контроля; необъективная оценка знаний студента преподавателем; неудовлетворительная посещаемость занятий студентами; срыв занятий преподавателем;

пропуск занятий и лекции студентами; необеспеченность учебного процесса учебно-методической литературой и др. Все эти причины проявляются по окончании учебного семестра в оценках итоговых аттестаций студентов во время сессии(1,2,3,4,5,6).

Причинами сниженного уровня знаний студентов являются непосещение лекции и практических занятия. Выявлено, что студенты не посещают лекционные занятия – это факт и ,это, действительно проблема, которую исследуют, и уже зафиксированы некоторые закономерности.

Так, причины пропусков занятий зависят от того, на каком курсе учится студент. И этому есть логичное объяснение. Первокурсники сталкиваются с проблемой адаптации к новым условиям обучения. На втором курсе возможны проблемы со сверстниками и однокурсниками. На третьем курсе студенты «устают» от учебы из-за большого количества изучаемых предметов, часто возникает снижение мотивации к получению знаний, а также разочарование в выбранной профессии. Студенты, которые учатся на четвертом курсе, ищут дополнительный доход, совмещая учебу и работу(7)

Но есть и другое мнение. Так, В. Терентьев (8) считает, что, как правило, у большинства учащихся встречаются одни и те же причины плохой успеваемости. Хотя все люди и разные, однако, первопричиной всех бед и страданий является определённая группа причин, которые и оказывают негативное влияние на успехи в учёбе. Приводятся 3 причины плохой успеваемости у студентов: отсутствие желания учиться, наличие «обеспеченного будущего», слабые способности к обучению. Учеба – это систематический процесс получения новых знаний. Если же взять человека, у которого нет желания учиться, а есть огромное желание замещать этот процесс

другими делами, то он, в большинстве случаев, действует фрагментарно и порывисто. Слабые способности к обучению встречаются реже, чем все остальные, однако они реально существуют.

На наш взгляд, в качестве объективной оценки познаваемости знаний студентами, является также выявление исходного уровня знаний, который включает в себя минимальный уровень знаний по фундаментальным дисциплинам для познания, основанных на них, следующих специальных дисциплин, в том числе и клинических.

Исходный уровень знаний студентов требует его оценки контроля. С этой целью применяется оценка исходного уровня базовых знаний студентов. На основе результатов исходного уровня знаний возможна коррекция процесса обучения, выявление их готовности к продолжению образования, согласование предметных требований при переходе от фундаментального образовательного этапа к последующему преκληическому этапу, разработать алгоритм действий по преодолению трудностей и слабых мест, характерных для предшествующей ступени (9).

Исходя из этого, нами был проведен анализ исходного уровня знаний студентов 2-го курса по некоторым фундаментальным предметам, которые необходимы для усвоения предмета «Введение в клинику».

**Материалы и методы.** Проведено анкетирование 289 студентов 2-го курса лечебного факультета на выявление исходного уровня знаний. Анкета включала в себя вопросы по предметам: нормальная анатомия и нормальная физиология, а также знания студентами прав на передачу, возможности коммуникации с больными.

**Результаты исследования.** В 2010-2011 учебном году из 180 студентов и в 2011-2012 учебном году из 109 студентов 2 курса лечебного факультета при проверке исходного уровня знаний по результатам анкетирования выявлено следующее. На вопрос: Проходили ли предмет «Общий уход за больными»? Ответили «да» все студенты. На 2 второй вопрос, если «да», то было ли общение с больными? В 2010-2011 учебном году 48 студентов, а в 2011-2012 учебном году 94 студентов ответили «да», то есть лишь 26,6% в 2010-2011 учебном году и 87% в 2011-2012 учебном году имели общение с больными. На вопрос информированы ли Вы

о предстоящих экзаменах на 2ом курсе? Не были информированы в 2010-2011 учебном году 27 студентов и 9 студентов в 2011-2012 учебном году, что составляет 15% в 2010-2011 учебном году и 8% в 2011-2012 учебном году. На вопрос, если «да», информированы ли Вы, в какой форме предстоит сдать экзамен? В 2010-2011 учебном году из 180 опрошенных 63 студентов (35%) и в 2011-2012 учебном году из 109 студентов 84 студентов (77%) не были информированы о форме сдачи экзаменов. На вопрос: информированы ли Вы о правилах поведения и соблюдении деонтологии в медицинских учреждениях в процессе обучения на занятиях, на лекциях, положительно ответили в 2010-2011 учебном году из 180 студентов 148 студентов (82,2%), в 2011-2012 учебном году из 109 студентов-104 студентов. А 32 студентов (12,7) в 2010-2011 учебном году из 180 студентов, в 2011-2012 учебном году из 109 студентов 5 студентов (2%) не знают базовых правил поведения в медицинских учреждениях. На вопрос информировали ли: сколько раз по « Положению высшей школы» студент имеет право пересдать экзамен? Оказалось, что не информированы в 2010-2011 учебном году 37 студентов(20,5%) из 180 студентов, а в 2011-2012 учебном году 102 студентов (94,6%) из 109 студентов.

При выявлении исходного уровня знаний по фундаментальным дисциплинам на вопрос: сколько анатомических полостей у сердца, в 2010-2011 учебном году 33 студентов (18,3%) из 180 студентов, в 2011-2012 учебном году 4 студента (3,76%) из 109 студентов не знают до сих пор количество анатомических полостей сердца. На вопрос, куда вытекает кровь из левого желудочка, в 2010-2011 учебном году из 180 студентов ответили положительно 159 студентов (88,3%) и в 2011-2012 учебном году 108 студентов (99%) из 109 студентов. Соответственно, отрицательно ответили в 2010-2011 учебном году 14 студентов(11,7%), 7 студентов не дали ответ, а в 2011-2012 учебном году 1 студент(0,9%). На вопрос, к чему равна жизненная емкость легких у здорового человека, в 2010-2011 учебном году 78 студентов, что составляет 43,3% и в 2011-2012 учебном году 45 студентов из 109 студентов, что составляет 41,2%, ответили правильно. На вопрос, из скольких долей состоит печень, в 2010-2011 учебном году из 180 студентов 100 студентов (55,5%) ответили правильно, а в 2011-

## ВОПРОСЫ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

В 2012 учебном году из 109 студентов правильно ответили 97 студентов (88,9%). Соответственно, в 2010-2011 учебном году 68 студентов (37,7%) и в 2011-2012 учебном году 10 студентов (9,17%) показали незнание количества долей в печени. На вопрос, к какому отделу кишечника относится сигмовидная кишка, в 2010-2011 учебном году из 180 студентов 172 студента ответили правильно, а в 2011-2012 учебном году 97 студентов (88,9%) из 109 студентов ответили правильно, что сигмовидная кишка относится к толстому отделу кишечника.

Вызывает настороженность, что от 2 до 12 студентов не могут вообще ответить на заданные вопросы, что может быть связано с непониманием студентами поставленных вопросов, или же с нежеланием отвечать, или же, действительно, с незнанием основ фундаментальных дисциплин.

Таблица №1

**Ответы студентов на 11 заданных вопросов в 2010- 2011 учебном году**

№ во-просов	Положительные ответы: да или правильно	Кол-во студ.	%	Отрицательные ответы: нет или неправильно	Кол-во студ.	%	Нет Отв.	Кол-во студ.	%
1	Да	180	100	Нет	-	-	Нет	-	-
2	Да	48	26,6	Нет	129	71,6	Нет	3	1,6
3	Да	150	83,3	Нет	27	15	Нет	3	1,6
4	Да	114	63,3	Нет	63	35	Нет	3	1,6
5	Да	148	82,2	Нет	23	12,7	Нет	9	5
6	Да	134	74,4	Нет	87	20,5	Нет	9	5
7	Правильный	138	76,6	Неправильно	33	18,3	Нет	11	6,1
8	Правильный	159	88,3	Неправильно	14	7,7	Нет	7	3,8
9	Правильный	94	52,2	Неправильно	78	43,3	Нет	8	4,4
10	Правильный	100	55,5	Неправильно	68	37,7	Нет	12	6,6
11	Правильный	172	95,5	Неправильно	8	4,5	Нет	-	-

Таблица №2

**Ответы студентов на 11 заданных вопросов в 2012- 2012 учебном году**

№ во-просов	Положительные ответы: да или правильно	Кол-во студ.	%	Отрицательные ответы: нет или неправильно	Кол-во студ.	%	Нет отв.	Кол-во студ.	%
1	Да	109	100	Нет	-	-	Нет	-	-
2	Да	94	87	Нет	12	11	Нет	3	2
3	Да	100	92	Нет	9	8	Нет	-	-
4	Да	24	22,1	Нет	84	77	Нет	1	0,9
5	Да	104	96	Нет	5	4	Нет	-	-
6	Да	7	6,4	Нет	102	94,6	Нет	-	-
7	Правильный	105	96,3	Неправильно	4	3,7	Нет	-	-
8	Правильный	108	99	Неправильно	1	0,9	Нет	-	-
9	Правильный	59	54,1	Неправильно	45	41,2	Нет	5	4,5
10	Правильный	70	64,2	Неправильно	37	33,9	Нет	2	1,83
11	Правильный	97	88,9	Неправильно	10	9,17	Нет	2	1,83



Диаграмма № 1

**ВОПРОС 1. «Проходили ли Вы предмет «Общий уход за больными»? (%)»**

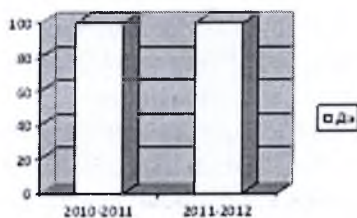


Диаграмма №2

**ВОПРОС 2. «Было ли общение с больными до предмета «Введения в клинику»? (%)»**

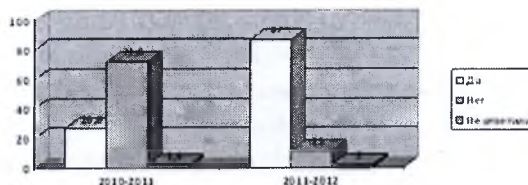


Диаграмма №3

**ВОПРОС 3. «Информированы ли Вы о предстоящих экзаменах на 2ом курсе? » (%)»**

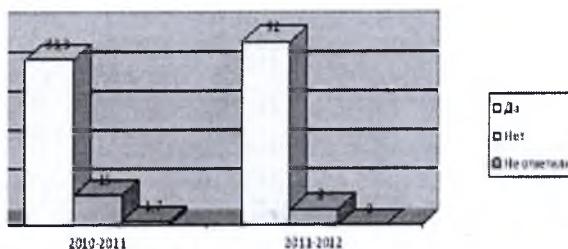


Диаграмма №4

**ВОПРОС 4. «Если «да», информированы ли Вы, в какой форме предстоит сдать экзамен? » (%)»**

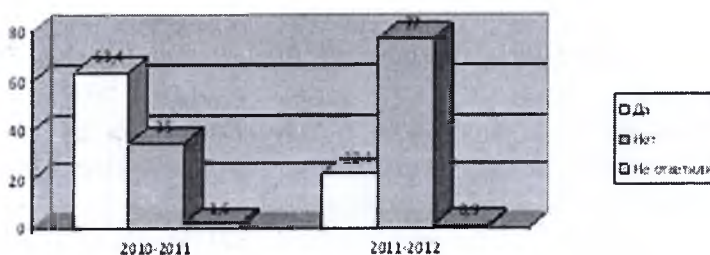
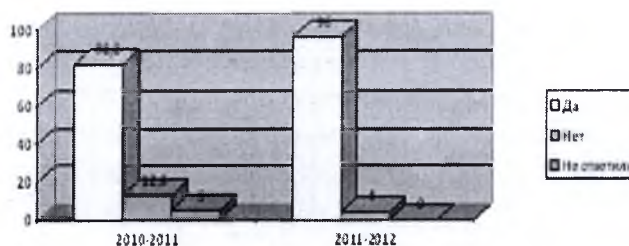


Диаграмма №5

**ВОПРОС 5. Информированы ли Вы о правилах поведения и соблюдении деонтологии в медицинских учреждениях в процессе обучения на занятиях, на лекциях.? » (%)»**



Выявленное приводим в таблицах №1 и №2 и в диаграммах №1-11.

Диаграмма №6

**ВОПРОС 6. «Информировали ли: сколько раз по « Положению высшей школы» студент имеет право передатъ экзамен?» (%)**

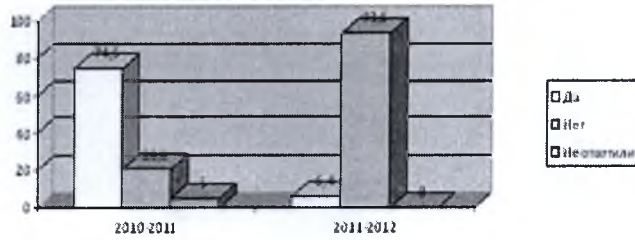


Диаграмма №7

**ВОПРОС 7. «Сколько анатомических полостей у сердца?» (%)**

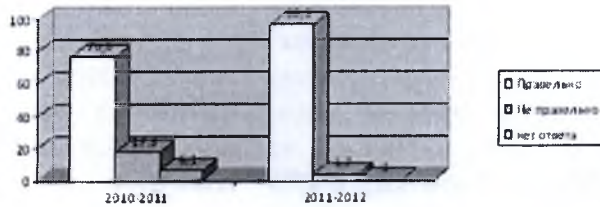


Диаграмма №8

**ВОПРОС 8. «Куда вытекает кровь из левого желудочка?» (%)**

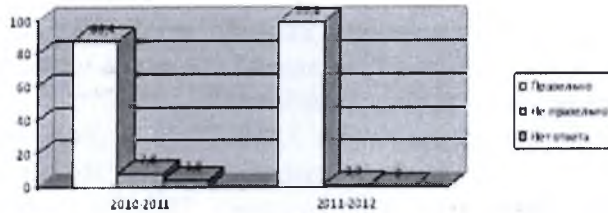


Диаграмма №9

**ВОПРОС 9. « Чему равна жизненная емкость легких у здорового человека ? » (%)**

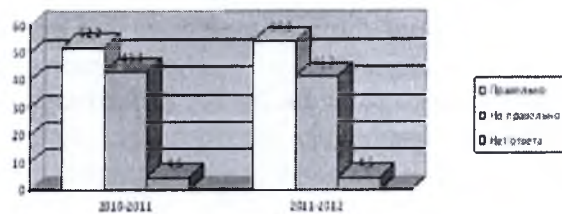
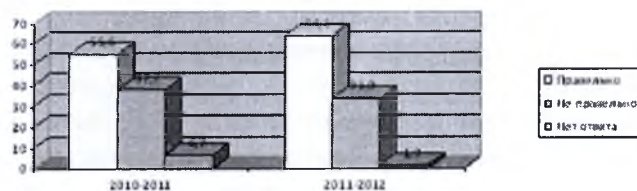
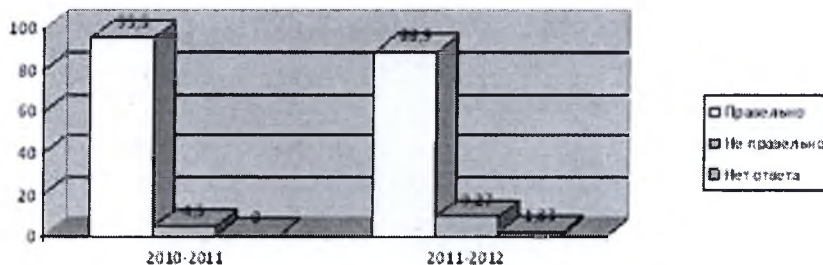


Диаграмма №10

**ВОПРОС 10. « Из скольких долей состоит печень ? » (%)**



ВОПРОС 11. «К какому отделу кишечника относится сигмовидная кишка?»(%)



Таким образом, лишь 71,6% в 2010-2011 учебном году и 11% в 2011-2012 учебном году имели возможность коммуникации с больными. В 2010-2011 учебном году 15% студентов, а в 2011-2012 учебном году 8,0% не были информированы о предстоящих экзаменах на 2ом курсе. 35% в 2010-2011 учебном году и 77% опрошенных в 2011-2012 учебном году не были информированы о форме сдачи экзаменов. 20,5% в 2010-2011 году и в 94,6% 2011-2012-году не информированы об ограничении количества пересдачи экзамена.

При выявлении исходного уровня знаний по фундаментальным дисциплинам выявлено, что 18,3% студентов 2го курса лечебного факультета в 2010-2011 учебном году и 3,76% в 2011-2012 учебном году не знают до сих пор количество анатомических полостей сердца. 11,7% студентов в 2010-2011 учебном году и 0,9% 2011-2012 учебном году не знают, куда вытекает кровь из левого желудочка. В 2010-2011 учебном году 43,3% и в 2011-2012 году 41,2% опрошенных не знают объём жизненной емкости легких у здорового человека.

37,7% в 2010-2011 учебном году и в 2011-2012 учебном году 33,9% опрошенных не знают количество долей печени и 4,5% в 2010-2011 учебном году и в 2011-2012 учебном году 9,17% опрошенных не смогли ответить: к какому отделу кишечника относится сигмовидная кишка?

На выявленные результаты, видимо, влияет и то, что 2010-2011 учебном году были опрошены студенты контрактных групп, а в 2011-2012 учебном году студенты смешанных групп.

Вызывает настороженность, что от 2 до 12 студентов не могут вообще ответить на заданные вопросы, что может быть связано с непониманием

студентов поставленных вопросов, или же с нежеланием отвечать, или же, действительно, с незнанием основ фундаментальных дисциплин.

**Заключение.** При анализе исходного уровня знаний у студентов 2-го курса лечебного факультета выявлены недостаточные знания по нормальной анатомии и физиологии и процесс коммуникации с больными, а часть студентов плохо информированы о предстоящих в этом учебном году экзаменах, т.е. не знают по каким предметам предстоит сдавать итоговый контроль. Выявленное, несомненно, отразится на процессе и качестве усвоения предмета «Введение в клинику», который студент будет изучать и сдавать итоговой контроль по окончании 2 курса.

### Литература:

1. Востриков А. С., Никитина Н. Ш., Целебровский Ю. В. Рейтинговая оценка деятельности факультетов Новосибирского государственного технического университета в 1998-2001 гг. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2002,- 25с.
2. Гутник Г. В. Мониторинг в контексте информатизации образования// Стандарты и мониторинг в образовании. -2001.- N 4,-С 25-31.
3. Елисеев О.Н. Применение статистических методов для оценки успеваемости. – МГТУ «СТАНКИН», Россия - <http://tqm.stankin.ru/arch/n02/articles/10.htm>
4. Рыбанов А.А., Шевчук В.П., Приходько Е.А. Интеллектуальная система оценки качества учебного процесса / Системные проблемы качества, математического моделирования, информационных и электронных технологий./ Материалы Международной конференции и Российской научной школы. Часть 4. – М.: Радио и связь, 2003.
5. Савельева Г. П., Никитина Н. Ш., Скок

Г. Б. Примерная методика обобщения и анализа информации о качестве образования в вузе и системе его обеспечения //.....

6. Рейтинговая оценка деятельности сотрудников, кафедр и факультетов СПбГАУ – Санкт-Петербург-2011/<http://spbgau.ru/files/nid/1431/rating-2011.pdf>

7. В.Терентьев Google.AdWords и Yandex.

Direct! [www.krolikplatit.ru](http://www.krolikplatit.ru)

8. Оценка исходного уровня базовых знаний студентов по дисциплине “иностраный язык” (placement test) и последующий их контроль. Современное образование, проблемы и решение, №2, 2007/ [http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show\\_article&article\\_id=7777865](http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7777865)