

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

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

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

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционный Совет:

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

Батыралиев Т.А. – д.м.н., профессор

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Луи Лутан – проф., Университет Женевы (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

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

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

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

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

www.kgma.kg

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

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

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

Редакциялык жамаат:

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакциялык Кеңеш:

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

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

Батыралиев Т.А. – м.и.д., профессору

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Луи Лутан – профессор, Женева университета (Швейцария)

Мингазова Э.Н. – м.и.д., профессор, Казан мамлекеттик медициналык университет (Россия, Татарстан)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

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

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

ISSN 1694-6405

VESTNIK of KSMA named after I.K. AKHUNBAEV

Scientific Medical Journal

The journal is registered at the Ministry of justice KR,
registered certificate - №002564, post index 77346.

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors and candidate dissertations in the field of medicine. It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

www.kgma.kg

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

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

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

Editorial Board:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial Council:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

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

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

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

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

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**Абаева Т.С., Тухватшин Р.Р.**

Показатели красного костного мозга у людей пожилого возраста..... 10

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА**Усубалиев М.Б.**

Лечение осложненных форм микозов стоп 18

Усубалиев М.Б., Шакирова А.Т., Чечейбаева Ж.Ш.Фолликулит и перифолликулит абсцедирующий и подрывающий
Гоффмана – современное состояние проблемы (литературный обзор) 23**ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ****Бекбоева К.Б., Медведев М.А.**Влияние склеропластических операций при близорукости
на функциональное состояние зрительного анализатора..... 31**Бекбоева К.Б.**Клинический случай отдаленных результатов склеропластических
операций у пациентки с миопией высокой степени 38**Кулбаев У.А.**Опыт лечения синдрома диабетической стопы с применением
инфракрасного излучения и региональной лимфостимуляции..... 43**Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О., Ниязбеков К.И.**Однорядный кишечный шов как мера профилактики несостоятельности
кишечных анастомозов в неотложной хирургии 49**Оморов Р.А., Абдиев А.А., Акешов А.Ж., Абдрасулова М.С.**

Стрессовые язвы желудка как осложнение в абдоминальной хирургии..... 56

Сопуев А.А., Турдалиев С.А., Бакиров С.А.,**Бигишиев М.М., Эрнисова М.Э.**

Полипы желчного пузыря. Распространенность и факторы риска развития..... 63

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ**Омурбеков Т.О., Сатылганов А.В.**

Оценка эффективности лечения остеобластокластомы у детей..... 76

Тихонова Т.С., Богомолец К.Ю., Алымбаев Э.Ш.Особенности свертывающей системы крови и ее вязкости при
гломерулонефрите с нефритическим синдромом у детей..... 81**ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ****Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Халитова Е.А.**Уровень и структурная характеристика распространенности
заболеваний и смертности у осужденных в исправительных колониях..... 91**Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Халитова Е.А.**Анализ соблюдения прав заключенных на охрану здоровья
в исправительных колониях мужского контингента..... 100**Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Турганбаев А.Э.,****Айтмырзаев Б.Н., Токтосун у. Б.**Трахеостомия, её осложнения и судебно-медицинские аспекты
(экспертный случай) 108

НЕГИЗГИ МЕДИЦИНА**Абаева Т.С., Тухватшин Р.Р.**

Кызыл сөөктүн улгайган адамдардагы көрсөткүчтөрү 10

ИЧКИ МЕДИЦИНА**Усубалиев М.Б.**

Кабылдап кеткен бут кетменинин микозун дарылоо 18

Усубалиев М.Б., Шакирова А.Т., Чечейбаева Ж.Ш.

Гоффмандын абсцесс жана жарылуу чакырчу фолликулити жана перифолликулити – көйгөйдүн учурдагы абалы (адабияттарга сереп жасоо)..... 23

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**Бекбоева К.Б., Медведев М.А.**

Склеропластика операцияларынын көрүү анализаторуна караштуу таасири 31

Бекбоева К.Б.

Миопиясы жогору бейтапта склеропластика операциясынын обочолонгон натыйжаларынын. Клиникалык учуру. 38

Кулбаев У.А.

Диабеттик бут синдромун дарылоодогу колдонулган, инфракызыл нурдануу жана регионалдык лимфодүүлүктүрүү ыкмасы..... 43

Мусаев А.И., Жаманкулова М.К., Сайфулаев Б.О., Ниязбеков К.И.

Шашылыш хирургиядагы бир катар ичеги тигиштери ичеги анастомоздорунун туруксуздугун алдын алуу чарасы катары 49

Оморов Р.А., Абдиев А.А., Акешов А.Ж., Абдрасулова М.С.

Ич-көңдөй хирургиясында ашказандын стресс жаралары катары өтүшүп кетүүлөрү 56

Сопуев А.А., Турдалиев С.А., Бакиров С.А.,**Бигишиев М.М., Эрнисова М.Э.**

Өт баштыкчасынын полиптери. Алдын алуу жана коркунуч факторлору 63

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**Омурбеков Т.О., Сатылганов А.В.**

Балдардын остеобластокластомдорун дарылоонун натыйжалуулугун баалоо 76

Тихонова Т.С., Богомолец К.Ю., Алымбаев Э.Ш.

Балдардын нефриттик синдрому менен гломерулонефрит оорусунунда кездешкен кан уюу системасынын жана анын илешкектүүлүгүнүн өзгөчөлүктөрү 81

ЭКСПЕРТТИК ИШМЕРДИГИ МАСЕЛЕЛЕРИ**Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Халитова Е.А.**

Түзөтүү колонияларындагы соттолгондордун тараган ооруларынын жана өлүмүнүн деңгээли жана түзүмдүк мүнөздөмөсү 91

Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Халитова Е.А.

Эркектердин түзөтүү колонияларындагы медициналык жардам алууга укуктарын сакталышын изилдеп серептөө 100

Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Турганбаев А.Э.,**Айтмырзаев Б.Н., Токтосун у. Б.**

Трахеостомия, анын кабылдоолору жана соттук-медициналык жагдайлары (эксперттик иштен) 108

FUNDAMENTAL MEDICINE**Abaeva T.S., Tuhvatshin R.R.**

Indicators of red bone marrow in elderly people 10

INTERNAL MEDICINE**Usubaliev M.B.**

Treatment of complicated forms of foot mycoses 18

Usubaliev M.B., Shakirova A.T., Checheibaeva Zh.Sh.Folliculitis and perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens
(Hoffman's disease) – current state of the problem (literature review) 23**QUESTIONS OF SURGERY****Bekboeva K.B., Medvedev M.A.**The effect of scleroplasty operations in myopia on the
functional condition of the visual analyzer 31**Bekboeva K.B.**Clinical case of long-term results of scleroplasty surgeries in
a patient with a high myopia 38**Kulbaev U.A.**Experience of treatment of diabetic foot disease with the use
of infrared light and regional lymphatic stimulation 43**Musaev A.I., Zhamankulova M.K., Saifulaev B.O., Niizbekov K.I.**Single-row intestinal seam as a measure for preventing intestinal
anastomotic failure in emergency surgery 49**Omorov R.A., Abdiev A.A., Akeshov A.Zh., Abdrasulova M.S.**

Stressful stomach ulcers as a complication in abdominal surgery 56

Sopuev A.A., Turdaliev S.T., Bakirov S.A.,**Bigishiev M.M., Ernisova M.E.**

Gall bladder polyps. Prevalence and risk factors 63

QUESTIONS OF PEDIATRY**Omurbekov T.O., Satylganov A.V.**

Evaluation of the effectiveness of treatment of osteoblastoclastoma in children 76

Tikhonova T.S., Bogomolets K.Yu., Alymbaev E.Sh.

Peculiarities of the coagulative blood system and its viscosity in case of glomerulonephritis with nephritic syndrome in children..... 81

QUESTIONS OF FORENSIC ACTIVITIES**Kolopov A.S., Mukashev M.Sh., Halitova E.A.**

The level and structural content of the morbidity and mortality rate amongst prisoners in correctional colonies 91

Kolopov A.S., Mukashev M.Sh., Halitova E.A.

Analysis of observance of prisoners 'rights to health protection in correctional colonies of the men's contingent 100

Mykashev M.Sh., Matsakov T.T., Turganbaev A.E.,**Aitmyrzaev B.N., Toktosun u. B.**

Tracheostomy, its complications and forensic and medical aspects (expert case)..... 108

УДК ККМ- 612.419-053.9

ПОКАЗАТЕЛИ КРАСНОГО КОСТНОГО МОЗГА У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Т.С. Абаева, Р.Р. Тухватшин

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

E-mail: tamarakgma@mail.ru

Аннотация. Исследована гистология красного костного мозга, взятая методом пункционной биопсии у 28 лиц пожилого возраста, умерших в регионах Кыргызстана. Одной из самых важных тканей нашего организма является кровь. Кроветворные органы человека относятся к главным структурам организма, которые выполняют функцию формирования новых клеток крови. На препаратах произведен подсчет количества миелокариоцитов, ретикулоцитов, а мазках – подсчет миелограмм.

Установлено, что у жителей г.Бишкека, г.Чолпон-Аты и г.Нарын (реальный счет клеточных элементов на 500 клеток) стерильный пунктат клеточный, все ростки кроветворения сохранены. В гранулоцитарном ростке отмечается незначительное омоложение. Мегокарициты в достаточном количестве, функция полноценна. У жителей г. Карабалты отмечено, что костномозговой индекс нейтрофилов составляет 0,6%, лейкоэритробластическое отношение – 2,6%. У проживших в г. Чолпон-Аты – 2,2%, г. Нарын – 2,6% и у жителей г. Бишкек составляет 4,4%. Мегакарициты в достаточном количестве, зрелых тромбоцитов мало. Проживание в г. Карабалта, расположенного вблизи уранового хвостохранилища, сопровождается нарушением кроветворной функции костного мозга, строения костной ткани и состояния стромы, изменением соотношения кроветворной и жировой ткани, клеточный состав характеризуется различной степенью патологических процессов, на что указывают показатели миелограмм в г. Карабалты по сравнению с показателями других регионов КР.

Ключевые слова: красный костный мозг, миелограмма, трупный материал, пожилой возраст.

КЫЗЫЛ СӨӨКТҮН УЛГАЙГАН АДАМДАРДАГЫ КӨРСӨТКҮЧТӨРҮ

Т.С. Абаева, Р.Р. Тухватшин

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

Корутунду. Кызыл сөөк кемигин 28 улгайган убакка чейин жашаган адамдардын мүчөлөрүнө изилденүү жүргүзүлдү. Кан жаратуу органы организмде эн башкы ролду түзөт, алар жаңы клеткаларды жаратат. Ошонун себебинен клеткаларды кислород менен жабдыганга жооп берет, б. а. клеткаларды органдарды жана системаларды азыктандырат.

Препараттарда миелокарициттер ретикулоциттер, айнек бетиндеги сүйкөлгөн сөөк кемигин миелограмманы эсептөө жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн негизинде далилденди, Бишкекте, Чолпон-Атада жана Нарын шаарында жашагандардын стернал пункциясында, баардык кан жаратуу өсүүсү сакталган. Кара-Балта шаарында жашагандарда кызыл сөөк индексинин көрсөткүчүндө нейтрофилдер 0,6%, лейкоэритробласт көрсөткүчү 2,6%. Жетилген тромбоциттер аз кездешет. Чолпон-Атада жашаган адамдарда жана Нарын шаарындагылардын анчалык өзгөгрүү жок, плазматикалык клетка 0,2%. Кара-Балта жашагандарда уран көмгөн жерге жакын жашаганга байланыштуу башка өрөөндөрдө жашагандарга салыштырмалуу кан - жаратуу функциясынын бузулушу кездешет. Кызыл кан сөөк кемигинин кызыл чучук менен сары чучуктардын салыштырмасы өзгөрөт, ошондой эле клетка курамы ар кандай даражадагы патологиялык процесстерди мүнөздөйт, аны миелограммдан көрсө болот.

Негизги сөздөр: кызыл сөөк, миелограмма, өлүктүн материалы, улгайгын курак.

INDICATORS OF RED BONE MARROW IN ELDERLY PEOPLE

T.S. Abaeva, R.R. Tuhvatshin

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

Abstract. Histology of red bone marrow taken by puncture biopsy in 28 elderly patients (cadavers) was studied. Human hematopoietic organs are the main structures of the body that perform the function of forming new blood cells. One of the most important tissues of our body is blood. It is responsible for the supply of oxygen, that is, the nutrition of all cells, organs and systems. The number of myelocaryocytes and reticulocytes was calculated on the preparations, and the number of myelograms was calculated on the smears.

Cellular elements per 500 cells have a sternal punctate cell, all the sprouts of hematopoiesis are preserved. In the granulocytic germ, there is a slight rejuvenation. Megakaryocytes in sufficient quantity, the function is complete. In residents of Karabalta, it was noted that the bone marrow index of neutrophils is 0.6%, and the leukoerythroblastic ratio is 2.6%. The population of Cholpon-Ata is 2.2%, Naryn is 2.6% and Bishkek is 4.3%. Megakaryocytes in sufficient quantity, Mature platelets are not enough. Studies

of bone marrow taken from cadaver material were conducted. Accommodation in the city Karabalta located near uranium tailings is accompanied by a disturbance of hematopoietic function of bone marrow, pattern of bone tissue and the condition of the stroma, changing the ratio of hematopoietic and adipose tissue as well as cellular composition is characterized by a different degree of pathological processes, as indicated by the indicators myelogram in karabalty in comparison with indicators of the other regions.

Keywords: red bone marrow, myelogram, cadaver material, old age.

Введение. Кыргызстан является одним из экологически опасных регионов: на его сравнительно небольшой территории около 199 тыс.км и с населением 6 млн. находится уже более 60 лет 49 хвостохранилищ и 80 отвалов горных пород, где захоронено 70 млн. м³ отходов уранового производства. Вопросы радиационной безопасности являются особо актуальными для Кыргызстана, поскольку страна ранее была основным поставщиком уранового сырья в виде оксидов урана и молибдена [1,2,3,4]. Постоянное поступление сравнительно небольших доз радионуклидов и тяжелых металлов в организм, не обязательно ведет к классическим болезням радиации, но влияет на защитные системы (иммунную). Вследствие чего, организм становится более восприимчивым к так называемым обычным заболеваниям (ОРЗ, гастрит и прочие), которые протекают длительно. Наиболее уязвимыми являются растущие организмы, в частности, система кроветворения, причем, уровень воздействия одинаковых доз облучения на детский и юношеский организм в 10-20 раз выше, чем у взрослых [4,5,6, 7,8,9].

Вследствие эксплуатации урановых месторождений в Кыргызстане, обогащения уранового сырья, возникли отстойники и хвостохранилища с большим содержанием урана, тория и

других радиоактивных элементов. Эти проблемы привели к необходимости решения проблемы захоронения радиоактивных элементов и токсичных химических отходов, тяжелых металлов с минимальным риском загрязнения окружающей среды и ее влияние на здоровье человека. Ранее, города и поселки, находившиеся вблизи урановых рудников, были закрытыми и засекреченными, именовавшимися «почтовыми ящиками», что не позволило в прошлом целенаправленно изучать состояние здоровья населения, проживающих в них [1,2,3].

Целью настоящего исследования является изучение и сравнение структуры (состояния клеточных популяций) красного костного мозга у людей пожилого возраста - жителей г. Карабалты (в зоне уранового хвостохранилища) и жителей г. Бишкек, г. Чолпон-Аты и г. Нарын Кыргызской Республики, расположенных на территориях, свободных от радионуклеидов.

Материал и методы исследования

Красный костный мозг изучен на 28 трупах умерших в пожилом возрасте от причин, не связанных с иммунно-дефицитными состояниями. Причины смерти и основные заболевания определялись по гистолого-анатомическим исследованиям микропрепаратов. За-

бор материала производился в течение суток после летального исхода.

Стернальная пункция выполнялась иглой И.А. Кассирского с предохранительным щитком по методу М.И. Аринкина. Фиксированные и окрашенные препараты костного мозга исследованы под малым увеличением (об.10, ок.8; об.40, ок.20) для оценки клеточности костного мозга. На препаратах крови производился подсчет количества миелокариоцитов, ретикулоцитов, а мазках – подсчет миелограмм.

Морфологический анализ клеток костного мозга (подсчет миелограмм) произведен на 500 клетках костного мозга, из чего вычисляли процентное содержание каждого вида клеток. Статистическую обработку полученных количественных данных осуществляли с помощью пакета прикладных программ Microsoft Office 2010, а также

программы Biostat 2003. Проверку статистических гипотез в группах проводили с использованием параметрического t-критерия Стьюдента, согласно современным требованиям к проведению анализа медицинских данных.

Результаты исследования

В результате исследования миелограммы установлено, что у умерших жителей г.Бишкек (8 труп.) реальный счет на 500 клеток составляют: бласты – $0,2 \pm 0,02$, промиелоциты – $1,6 \pm 0,001$, миелоциты – $10,0 \pm 0,002$, базофилы – $1,2 \pm 0,001$, эозинофилы – $2,0 \pm 0,01$, лимфоциты – $12,0 \pm 0,1$, эритроидный росток – $17,9 \pm 0,01$, индекс созревания крови – $0,8 \pm 0,01$.

На гистологических препаратах стернальный пунктат клеточный. Все ростки кроветворения в норме. Мегакариоциты в достаточном количестве, функция сохранена (рис. 1).

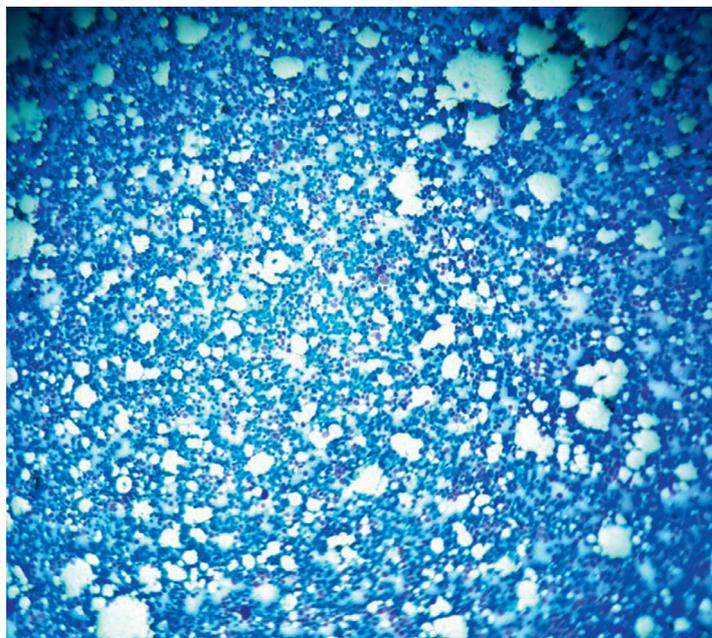


Рис. 1. Красный костный мозг. Окраска гематоксилин-эозином. Малое увеличение (x10). Гемопоэтические клетки. Синусоидные капилляры (группа г. Бишкек).

Таким образом, результаты исследования у умерших бишкекчан миелограмм и гистологических препаратов показывают, что гранулоцитарный росток в норме. Эритроидный росток по нормобластическому типу кроветворения. Лимфоидный росток представлен лимфоцитами, в норме. Мегакарициты в достаточном количестве, функция скудная, есть молодые формы. Показатели базофилов увеличены незначительно.

Результаты миелограммы у умерших жителей в г. Кара-Балты выявили следующее: бласты – $1,8 \pm 0,04$, промиело-

циты – $8,8 \pm 1,0$, миелоциты – $7,0 \pm 0,01$, базофилы – $0,6 \pm 0,02$, эозинофилы – $5,0 \pm 0,1$, лимфоциты – $18,4 \pm 0,04$, эритроидный росток – $17,0 \pm 4,6$, индекс созревания крови – $0,7\%$.

На гистологических препаратах выявлен стернальный пунктат клеточный. Все ростки кроветворения сохранены, но при этом в эритроидном отсутствуют молодые клетки, а лимфоидный увеличен за счет зрелых лимфоцитов (рис. 2). Мегакарициты встречаются в достаточном количестве, их функция сохранена.

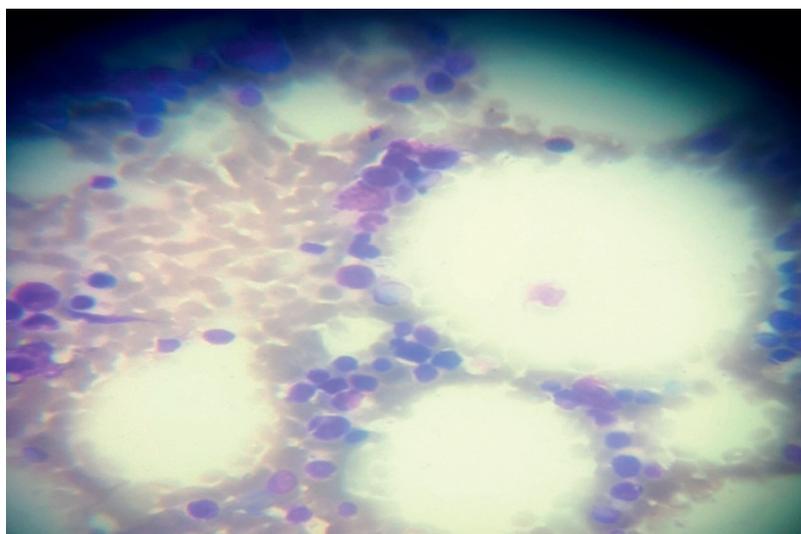


Рис. 2. Красный костный мозг. Окраска гематоксилин-эозином. Большое увеличение (x40) (группа г. Кара-Балта).

Таким образом, исследование костного мозга взятого от трупного материала г. Кара-Балта (9 труп.), показало тенденцию к увеличению показателей клеточных популяций, в форме промиелоцитов, юных, лимфоцитов и эозинофилов. При этом нормоциты базофильного ряда уменьшены. Местами встречается атрофия долек и жировой клетчатки.

Показатели миелограммы у умерших жителей г. Чолпон-Ата в основном совпадают с данными г. Бишкек: бласты – $0,4 \pm 0,02$, промиелоциты – $2,2 \pm 0,001$, миелоциты – $5,0 \pm 0,002$, базофилы – $0,4 \pm 0,001$, эозинофилы – $1,8 \pm 0,01$, лимфоциты – $10,8 \pm 0,1$, эритроидный росток – $34,9 \pm 0,01$, индекс созревания крови – $0,7 \pm 0,01$.

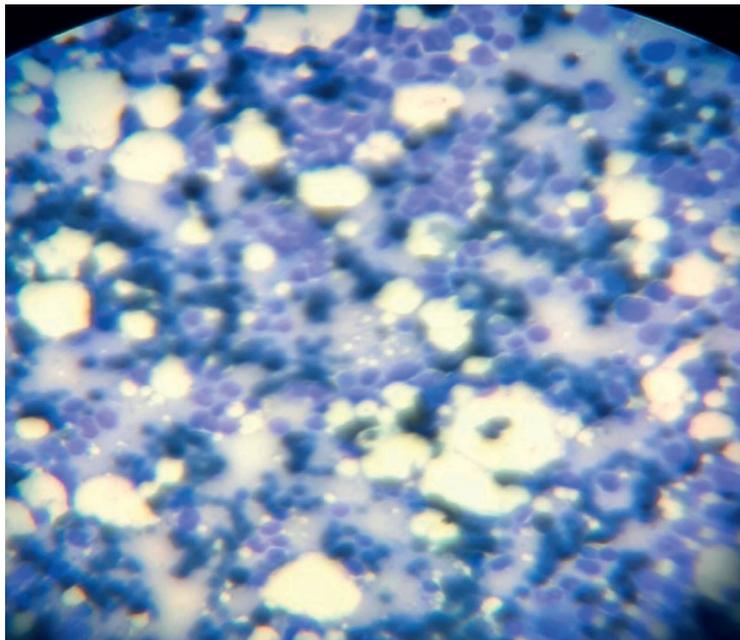


Рис. 3. Красный костный мозг. Окраска гематоксилин-эозином. Малое увеличение (x20). Гемопоэтические клетки. Синусоидные капилляры (группа г. Чолпон-Ата).

На гистологических препаратах стернальный пунктат умеренно клеточный. Гранулоцитарный росток с незначительной тенденцией к сужению, но индекс созревания сохраняется в норме. Эритроидный по нормобластическому типу кроветворения, увеличено число оксифильных нормоцитов. Лимфоидный состав клеток сохранен (рис. 3). Мегакарициты единичные, наблюдается отшнуровка тромбоцитов.

Таким образом, показатели миелограмм умерших жителей г. Чолпон-Аты (7 труп.) выявили, что гранулоцитарный росток в норме. Эритроидный росток

функционально по нормобластическому типу кроветворения. Лимфоидный росток представлен лимфоцитами, в норме. Мегакарициты в достаточном количестве, функция скудная, есть молодые формы. Нормоциты оксифильные увеличены незначительно.

У умерших жителей в г. Нарын (6 труп.) на миелограмме были зафиксированы следующие показатели: базофилы – $2,6 \pm 0,2$, эозинофилы – $5,8 \pm 0,01$. Миелоциты $6,0 \pm 0,01$. Нормоциты базофильные – $5,0 \pm 0,01$. Мегакарициты в достаточном количестве, тромбоциты в полях лежат группами.

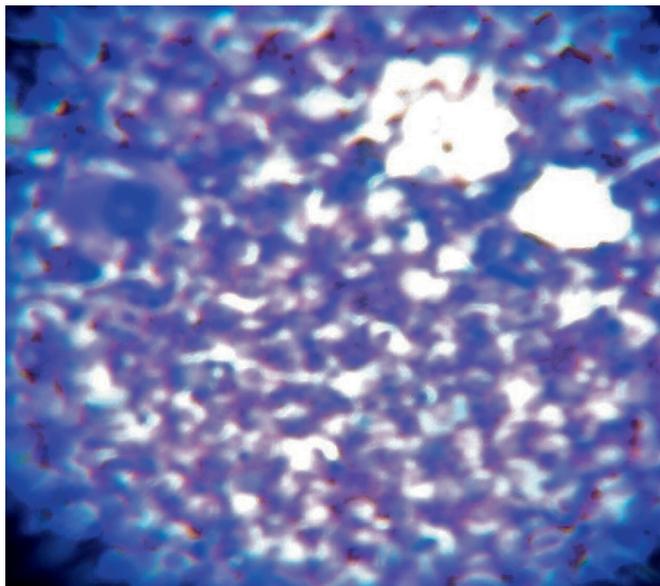


Рис. 4. Красный костный мозг. Окраска гематоксилин-эозином. Малое увеличение (x20). Гемопоэтические клетки (группа г. Нарын).

На гистологических препаратах стерильный пунктат клеточный. Гранулоцитарный росток в пределах нормы. Эритроидный росток по нормобластическому типу кроветворения, сохранен. Лимфоидный росток представлен зрелыми лимфоцитами. Мегакариоциты в препарате в достаточном количестве, функция обильная, встречаются скопления тромбоцитов (рис. 4).

Таким образом, результаты исследования по г. Нарын показывают, что пунктат клеточный. Гранулоцитарный росток сохранен. Эритроидный росток по нормобластическому типу кроветворения, в норме. Лимфоидный росток представлен лимфоцитами, норма. Мегакариоциты в препарате в достаточном количестве, тромбоциты в полях зрения единичные. Показатели миелоциты и нормоциты базофильные, эозинофилы и нормоциты базоф. увеличены.

Заключение

Таким образом, результаты исследования миелограмм у умерших жителей г. Бишкек, г. Чолопон-Аты и г. Нарын выявлены нормальное функционирование гранулоцитарного ростка и эритроидного ростка по нормобластическому типу кроветворения. Лимфоидный росток представлен лимфоцитами, в норме. Мегакариоциты в достаточном количестве, функция скудная, но есть молодые формы. Незначительно увеличено уровень базофилов. В тоже время исследования костного мозга, взятого от трупного материала умерших жителей в пожилом возрасте г. Кара-Балта, показали тенденцию к увеличению клеточных популяции в виде: промиелоцитов, юных, лимфоцитов и эозинофилов. Нормоциты базофилы оказались уменьшены.

Литература

1. Камчыбеков, Э.Б. Клинико-лабораторные особенности гемопоеза и иммунный статус у детей, проживающих в районе хвостохранилища и за пределами: Автореф. дис. ... канд. мед.наук. – Бишкек, 2006. – 26 с.
2. Каримов, К.А. Основные проблемы безопасности окружающей среды в Кыргызстане // Экология Кыргызстана, проблемы, прогнозы, рекомендации. – Бишкек, 2000. – С. 5-9.
3. Тухватшин, Р.Р. Урановые хвостохранилища – опасно! – Бишкек, 2012. – 12 с.
4. Агарков, Н.М. Эпидемиологический анализ врожденных пороков развития новорожденных детей: Матер. науч.-практ. конф. «Региональные проблемы охраны здоровья населения». – Белгород, 2000. – С. 54-56.
5. Зенков, Н.К., Меньшиков, Е.Б., Шкурпий, В.А. Старение и воспаление // Успехи современной биологии. –2010. – Т. 130. – № 1. – С. 20-37.
6. Анохина, Е.Б. Влияние пониженного содержания кислорода на культивируемые мезенхимальные стромальные клетки-предшественники костного мозга крыс: Автореф. дис. ... канд. биол. наук. – М., 2007. – 25 с.
7. Бородинкина, А.В. Молекулярные механизмы ответов энтодермальных стволовых клеток человека на окислительный стресс: Автореф. дис. канд. биол. наук. – М., 2015. – 25 с.
8. Козлов, В.А., Труфакин, В.А., Карпов, Р.С. Стволовые клетки: действительность, проблемы, перспективы // Вестник РАМН. – 2004. – №9. – С. 32-40.
9. Bianco, P., Riminucci, M., Gronthos, S., Robey, P.G. Bone marrow stromal stem cells: nature, biology, and potential applications // Stem Cells. – 2001. – V.19. – N3. – P. 180-192.
10. Conget, P. A., Minguell, J.J. Phenotypical and functional properties of human bone marrow mesenchymal progenitor cells //J. Cell Physiol. – 1999. – V. 181. – №1. – P. 67-73.

УДК 616.5-002.828

ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ МИКОЗОВ СТОП

М.Б. Усубалиев

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

E-mail: meikin78@mail.ru

Резюме. В статье даны результаты лечения микозов стоп, осложненных пиодермией. В основной группе больных применено комбинированное лечение, системный противогрибковый препарат флуконазол и для местной терапии крем скинзолин и кетоконазол. При этом отмечено более быстрое разрешение клинических проявлений микозов стоп по сравнению с группой сравнения.

Ключевые слова: микоз стоп, пиодермия, кетоконазол, скинзолин, лечение.

КАБЫЛДАП КЕТКЕН БУТ КЕТМЕНИНИН МИКОЗУН ДАРЫЛОО

М.Б. Усубалиев

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

Корутунду. Макалада пиодермия менен кабылдап кеткен бут кетменинин микозун дарылоонун натыйжалары берилген. Бейтаптардын негизги тобунда курама дарылоо колдонулган, системдик грибокко каршы флуконазол дарысы, ал эми жергиликтүү дарылоо үчүн скинзолин жана кетоконазол кремдери колдонулган. Ошону менен бирге, бут кетменинин микоздорунун клиникалык көрүнүштөрү салыштырмалуу топко караганда тезирээк кеткен.

Негизги сөздөр: бут кетменинин микозу, пиодермия, кетоконазол, скинзолин, дарылоо.

TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF FOOT MYCOSES

M.B. Usubaliev

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

Summary. The article presents the results of the treatment of foot mycosis with complicated pyoderma. In the main group of patients, combined treatment, a systemic antifungal drug fluconazole, and skinzolin and ketoconazole cream for local therapy were used. At the same time, a faster resolution of the clinical manifestations of foot mycoses was noted compared with the comparison group.

Key words: foot mycosis, pyoderma, ketoconazole, skinzoline, treatment.

Введение. Микоз стоп, широко и повсеместно распространенное заболевание и занимают одно из ведущих мест среди грибковых заболеваний, поражая разные возрастные группы [1, 2].

Микозы стоп оказывают негативное воздействие на качество жизни и общее состояние здоровья больных, поражая наиболее трудоспособное население, и делают эту проблему не только медицинской, но и социально-экономической. По данным различных авторов, клиника микозов стоп претерпевает в настоящее время определенные изменения – отмечается тенденция к быстрой хронизации и распространенности процесса, присоединяются различные осложнения [3, 4, 5].

На первый взгляд, лечение ограниченных микозов кожи не представляет сложности при имеющемся разнообразии современных антифунгальных препаратов для наружного применения. Однако, в ряде случаев, противогрибковые препараты для наружного применения не только не оказывают

необходимого эффекта, но и способствуют обострению воспалительного процесса, которое проявляется усилением зуда, гиперемией, экссудацией и появлением везикуляции и мокнутия. Отсюда возникает практическая необходимость настойчивых поисков и апробации лекарственных препаратов, обладающих широким спектром биологической активности [6,7].

Цель исследования: оценка эффективности комбинированного лечения микозов стоп, осложненной пиодермией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 86 больных микозом стоп осложненной пиодермией. Возраст больных составил от 21 до 72 лет.

Пациенты были разделены на 2 группы: основная, состоящая из 46 человек, где применялось изучаемое терапевтическое вмешательство, и группа сравнения из 40 человек.

В основной группе местное лечение проводили дважды в сутки кремом скинзолин (кетоконазол/неомицин/кло-

бетазол) в течение 7 суток с последующим использованием 2% крема кетоконазол в течение 2 недель. В группе сравнения – традиционное лечение (10% серно-салициловая и клотримазоловая мази после снятия островоспалительных явлений) в течение 3-4 недель.

Критерии излеченности: отсутствие клинических проявлений и отрицательные результаты микроскопических и культуральных исследований на грибы.

До начала и сразу после окончания наблюдения были проведены следующие лабораторные исследования крови и мочи: общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: билирубин общий, билирубин прямой, билирубин непрямой; тимоловая проба; аспартатаминотрансфераза (АСТ), аланинаминотрансфераза (АЛТ).

Лабораторное обследование включало в себя два компонента: микроскопию и культуральное исследование биологического материала больного после предварительной обработки 70% этиловым спиртом для удаления возможных остатков крема и мазей. Материал забирали на границе здоровой и пораженной кожи. Мелкие чешуйки и покрывки везикул собирали пинцетом в виде соскоба скальпелем.

Результаты и обсуждение. При культуральном исследовании рост грибов на среде Сабуро с циклогексимидом и хлорамфениколом отмечено у 71 (82,5%) пациента. Основными возбудителями микозов стоп являлись дерматомицеты. Они обнаруживались в 79,2% случаев: *Trichophyton rubrum* (65,6%) и *Trichophyton interdigitale* (13,6%). *Candida albicans* выделен у 8,4 % боль-

ных, плесневые грибы (*Aspergillus alternate* и *Penicillium chrysogenum*) у 3,4% больных. При этом грибковые ассоциации в виде дерматомицетов и *C. albicans* отмечено у 7,8% обследованных.

Сроки обращаемости к врачу-дерматовенерологу составили от 3 дней болезни до 18 лет. Наиболее часто в качестве места, где могло произойти заражение, называли бани, сауны, бассейны – 45 больных (46,9%), 16 пациентов (18,6%) в качестве источника заражения отметили членов семьи, остальные пациенты не смогли установить источник инфекции (34,5%).

Наиболее часто у больных микозами стоп, осложненных пиодермией, была констатирована дисгидротическая форма – 42 пациентов (48,9%), интертригинозная форма – у 21 (24,4%). Сочетание интертригинозной и дисгидротической форм встретились у 13 (15,1%), сквамозно-гиперкератотической с интертригинозной или дисгидротической формой микоза стоп – у 10 (11,6%) больных.

Системную антимикотическую терапию в обеих группах проводили препаратом флуконазол 100 мг по 1 капсуле 1 раз в день в течение 2 недель. В основной группе местное лечение при интертригинозной и дисгидротической формах или их сочетании проводили путем ножных ванночек с раствором перманганата калия 1:6000 2 раза в день, наложением примочек с раствором резорцина в течение 2-3 суток. После снятия отека и мокнутия на очаги поражения наносили крем скин-золин 2 раза в день в течение 7 суток,

после чего наносили 2% крем кетоконазол в течение 2 недель.

В группе сравнения больные в качестве местного лечения после ванночек и примочек с резорцином, участки поражения смазывались 10% серно-салициловую мазью дважды в день в течение 2 недель, с последующим нанесением на очаги поражения мази клотримазол также в течение 2 недель.

В ходе лечения положительная динамика, наблюдавшаяся у пациентов, как в основной группе, так и в группе сравнения, выражалась в уменьшении клинических проявлений. Исчезновение зуда и жжения кожи стоп в основной группе происходило в среднем на $5,3 \pm 0,6$ день, что на $2,9 \pm 0,1$ дней быстрее ($p < 0,01$), чем в группе сравнения – на $8,2 \pm 0,7$ сутки. Регресс эритемы в основной группе происходил в среднем на $8,5 \pm 1,6$ день, что на $3,2 \pm 0,5$ дней раньше, чем в группе сравнения. Эрозии у больных в основной группе эпителизировались в среднем к $8,1 \pm 2,3$ дню лечения, в группе сравнения – к $12,7 \pm 1,4$. Глубокие трещины кожи подошв и боковых поверхностей стоп исчезали в среднем на $10,2 \pm 1,5$ день в основной группе и на $14,6 \pm 1,8$ день в группе сравнения. Все вышеизложенные различия средних величин были статистически достоверны ($p < 0,05$), что говорит о большей эффективности лечения у больных в основной группе.

Патологических изменений в общеклинических анализах крови и мочи в обеих группах больных выявлено не было ни до, ни после лечения. Гепатотоксичности при применении предложенной методики в комплексном лечении микозов стоп, осложненной пиодермией не наблюдалось.

Побочных эффектов в процессе лечения не отмечено. Рецидивов микоза стоп при диспансерном наблюдении за больными в течение 6 месяцев не наблюдались.

Таким образом, достоинство предложенной нами схемы состоит в том, что применение комбинированного крема скинзолин с последующим применением 2% крема кетоконазол дает отчетливый противовоспалительный, антимикотический и антибактериальный эффект, достоверно превышавший таковой у 10% серно-салициловой мази и клотримазола. Благодаря этому действию достигался достоверно более быстрый регресс местных островоспалительных явлений при применении препарата скинзолин совместно с системным антимикотиком. Сроки этиологического и клинического излечения сокращаются соответственно на $3,2 \pm 0,6$ и $4,7 \pm 0,5$ дней. Это позволяет рекомендовать его в местном комплексном лечении микозов стоп осложненной пиодермией в практике врача-дерматовенеролога.

Литература

1. Соколова Т.В. Эпидемиология микозов стоп (Обзор литературы) [Текст] / Т.В. Соколова, Т.А. Малярчук // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2015. – Т. 14, № 1. – С. 70-74.
2. Позднякова О.Н. Современные особенности эпидемиологии зооантропофильных дерматомикозов, микозов стоп и кистей, онихомикозов в г. Новосибирске [Текст] / О.Н. Позднякова, Д.В. Чебыкин, С.Г. Бычков // *Journal of Siberian Medical Sciences*. – 2019. – №2. – С. 71-78.
3. К вопросу профилактики грибковых заболеваний кожи [Текст] / [Р.С. Фассахов, И.М. Хисматулина, Л.Е. Никитина и др.] // Вестник последипломного медицинского образования. – 2007. – №2. – С. 37-38.
4. Файзуллина Е.В. Эффективность терапии онихомикоза Ирунином (по результатам многоцентрового исследования 2010 и 2011 гг.) [Текст] / Е.В. Файзуллина, Л.В. Сирина, В.А. Файзуллин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 2. – С. 64-71.
5. Хисматуллина И.М. Микоз стоп: рациональная терапия [Текст] : дис. ... канд. мед. наук / И.М. Хисматуллина. – М., 2009. – 119 с.
6. Усубалиев М.Б. Этиологические и клинические особенности микозов стоп и онихомикозов у больных сахарным диабетом 2 типа [Текст] / М.Б. Усубалиев, П.Л. Итикеева // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2014. – № 2. – С. 89-92.
7. Valihanov U.A. Dynamics and structure of dermatomycoses [Text] / U.A. Valihanov, S.A. Hamidov, M.K. Baltabaev // *JEADV*. – 2004. – Vol.18, N 1. – P. 102-103.

**ФОЛЛИКУЛИТ И ПЕРИФОЛЛИКУЛИТ
АБСЦЕДИРУЮЩИЙ И ПОДРЫВАЮЩИЙ ГОФФМАНА –
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ
(ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)**

М.Б. Усубалиев, А.Т. Шакирова, Ж.Ш. Чечейбаева

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

E-mail: meikin78@mail.ru

Резюме. В обзорной статье представлено современное состояние по изучению этиологии, патогенеза, методах диагностики и терапии абсцедирующего и подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффмана (АППГ). Подробно описана клиническая картина заболевания, а также сочетанные синдромы. Представлены новые методы лечения АППГ.

Ключевые слова: фолликулит и перифолликулит Гоффмана, пиодермии, патогенез, диагностика и лечение, изотретиноин.

**ГОФФМАНДЫН АБСЦЕСС ЖАНА ЖАРЫЛУУ ЧАКЫРЧУ
ФОЛЛИКУЛИТИ ЖАНА ПЕРИФОЛЛИКУЛИТИ –
КӨЙГӨЙДҮН УЧУРДАГЫ АБАЛЫ
(АДАБИЯТТАРГА СЕРЕП ЖАСОО)**

М.Б. Усубалиев, А.Т. Шакирова, Ж.Ш. Чечейбаева

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

Корутунду. Макалада Гоффмандын абсцесс жана жарылуу чакырчу фолликулит жана перифолликулитинин (ГАПП) этиологиясы, патогенези, диагноз коюусу жана дарылоо ыкмаларынын учурдагы заманбап абалы берилген. Оорунун клиникасы, ошондой эле ага байланыштуу синдромдор кеңири сүрөттөлөт. ГАПП дарылоодогу жаңы ыкмалар сунушталган.

Негизги сөздөр: Гоффмандын фолликулити жана перифолликулити, пиодермия, патогенези, диагностикасы жана дарылоосу, изотретиноин.

**FOLLICULITIS AND PERIFOLLICULITIS CAPITIS
ABSCEDENS ET SUFFODIENS (HOFFMAN'S DISEASE) –
CURRENT STATE OF THE PROBLEM
(LITERATURE REVIEW)**

M.B. Usubaliev, A.T. Shakirova, Zh.Sh. Checheibaeva

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

Summary. The review article presents the current state of the art in the study of the etiology, pathogenesis, methods of diagnosis and treatment of abscessed and disruptive folliculitis and Hoffmann's perifolliculitis (APPV). The clinical picture of the disease, as well as associated syndromes, are described in detail. New methods of treating APPV are presented.

Key words: folliculitis and perifolliculitis of Hoffmann, pyoderma, pathogenesis, diagnosis and treatment, isotretinoin.

Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит Гоффмана (АППГ) – редко встречающееся хроническое гнойное заболевание неясной этиологии, проявляющееся поражением волосяных фолликулов кожи головы, реже – паховой, перианальной и подмышечной областей, характеризующееся образованием абсцессов, с последующей рубцовой атрофией [1].

Е. Hoffman (1868-1959) дал клиническое описание этого заболевания в 1907 году. Однако первые сообщения о данном заболевании под названием «суппуративный конглобатный перифолликулит», согласно С.М. Федорову и соавт., принадлежат врачу Мясицкой больницы А.Н. Черногубову (заседание Московского общества дерматовенерологов, 1892) и врачу Московской Голицинской больницы С.О. Живульту («Больничная газета Боткина», 1894). За рубежом первые клиничко-гисто-

логические описания под названием *Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata* дали E. Lang, L. Spitzer, G. Nobl [2].

АППГ поражает представителей обоих полов, преимущественно в возрасте 18-40 лет. Однако мужчины болеют примерно в 5 раз чаще женщин [3].

Причина абсцедирующего подрывающего фолликулита до конца не известна. Главные процессы при АППГ в основном те же, что и при вульгарных угрях [3, 4]: ретенционный гиперкератоз воронки волосяного фолликула, образование комедоноподобных масс, руптурация фолликулярной стенки, выход содержимого фолликула (погибших корнеоцитов, бактерий, жирных кислот, волос) в дерму, образование воспалительного перифолликулярного инфильтрата, присоединение вторичной инфекции, формирование абсцесса и фистульных ходов, образование гра-

нулемы, инкапсулирование очага, рубцевание. Однако, в отличие от вульгарных акне, пока отсутствует какая-либо теория, объясняющая эти процессы при АППГ. Для поражения АППГ «выбирает» только один из трех типов волосяных фолликулов – терминальные волосяные фолликулы, располагающиеся на коже волосистой части головы. Именно локализация определяет клиническую картину и течение данного заболевания. Согласно топографической анатомии на коже волосистой части головы расположены самые крупные сальные железы, с количеством до 5 долек, глубоко залегающие, с длинными извитыми протоками [5]. Явления гнойного воспаления, признаки интоксикации и лабораторные показатели острой фазы воспаления при АППГ хорошо объясняются, так как являются результатом вторичного воспалительного процесса. Некоторые авторы связывают это с результатами исследований, в которых сделаны выводы о том, что цитокератин 17, имеющийся в норме в протоках сальных желез, отсутствует в эпителии протоков сальных желез пациентов с инверсными акне, что является причиной хрупкости эпителия и разрыва стенки фолликулярного протока. Бактериальная инфекция на высыпаниях развивается вторично и не является причиной данного заболевания. При бактериологическом исследовании содержимого узлов обычно выявляются различные бактериальные представители микрофлоры кожи человека: *Staphylococcus albus*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus group A*, *Pseudomonas aeruginosa*. Иногда возбудитель не об-

наруживается вовсе [6, 7]. Можно уверенно сказать, что у АППГ нет специфического инфекционного возбудителя. Не обнаружено каких-либо генетических маркеров АППГ.

Имеются исследования, доказавшие, что антигены HLA-A3 и B35, внутрилокусные сочетания HLA A2-A3 и HLA A2-Ax можно расценивать в качестве протективных иммуногенетических маркеров, а сочетания HLA A2-B7, HLA A1-B17, HLA A2-B12 – как провоцирующие развитие тяжелых акнеформных заболеваний [8].

Клинически в начале на волосистой части головы около отдельных волос появляются фолликулярные пустулы и небольшие узелки, которые постепенно увеличиваются в размерах и превращаются в крупные, возвышающиеся над уровнем кожи полушаровидные, узловатые или удлиненные в виде «валика» образования, напоминающие мозговые извилины и соединяющихся между собой. Кожа над ними имеет обычную окраску или застойно-синюшна. Вначале узлы имеют плотную консистенцию, затем размягчаются, абсцедируются, и гнойно-геморрагическое содержимое через фистулы под давлением извне выделяется на поверхность покрасневшей и отечной кожи одновременно в нескольких местах. Образовавшиеся полости выполнены вязкими, студнеподобными грануляциями. Волосы на пораженных участках полностью выпадают. Заболевание развивается медленно, протекает хронически и может постепенно распространиться на всю волосистую часть головы с образованием гипертрофических рубцов. В ряде случаев начало и острая фаза болезни

могут сопровождаться увеличением шейных регионарных лимфатических узлов, субфебрильной температурой, повышением СОЭ, лейкоцитозом, снижением уровня сывороточного альбумина, повышением содержания глобулинов, изменением клеточного иммунитета.

Диагностика абсцедирующего подрывающего фолликулита и перифолликулита Гоффмана основана на клинической картине, трихологическом исследовании, при необходимости гистологии.

Гистологическая картина заболевания зависит от степени воспаления. На ранней стадии наблюдается фолликулярный гиперкератоз с закупоркой и дилатацией фолликула. Вследствие этого возникает апоптоз и фолликулярный эпителий разрушается. В дальнейшем образуются инфильтраты из нейтрофилов, лимфоцитов и гистиоцитов. Позднее наблюдается образование абсцесса, приводящее к разрушению волосяного фолликула. Абсцессы могут проникать в дерму и подкожно-жировую клетчатку. При развитии процесса в дерме и подкожно-жировой клетчатке формируется грануляционная ткань, содержащая лимфоплазматический инфильтрат и гистиоциты, а также многоядерные гигантские клетки вокруг кератина и волосяных стержней. Процесс заживления завершается обширным фиброзом. На поздних стадиях отмечается рубцевание, фиброз, подкожные синусы, хронические гранулемы, которые представлены лимфоцитами, макрофагами, гигантскими клетками инородных тел, клетками плазмы крови [9, 10].

Методом трихоскопии можно обнаружить характерные признаки: «3D» («трехмерные») желтые точки в области дистрофичных волос, желтые аморфные области, белые точки с ореолами, молочно-красные области, не имеющие фолликулярных отверстий [10].

Абсцедирующий подрывающий перифолликулит может быть одним из симптомов, входящих в синдром фолликулярной окклюзии, который включает сочетание заболеваний кожи, сходных по патофизиологическим проявлениям: конглобатные акне, инверсные акне (или гидраденит), абсцедирующий подрывающий перифолликулит, пилонидальная киста. В настоящее время в литературе описаны двойной синдром фолликулярной окклюзии, триада фолликулярной окклюзии и тетрада фолликулярной окклюзии [11].

Двойной синдром фолликулярной окклюзии сочетает абсцедирующий подрывающий перифолликулит и конглобатные акне. Триада фолликулярной окклюзии встречается у больных, имеющих конглобатные акне, абсцедирующий подрывающий перифолликулит и инверсные акне (или гидраденит), а при наличии пилонидальной кисты диагностируется как тетрада фолликулярной окклюзии. Точный патогенез этой группы заболеваний неизвестен, но данные свидетельствуют о том, что они имеют одинаковый патологический процесс, инициируемый фолликулярной окклюзией [9, 13].

В настоящее время единых подходов и руководств к лечению подрывающего фолликулита не разработано, потому что этиология заболевания до конца не изучена. Антибиотики широкого спек-

тра действия не являются препаратами первой линии для лечения данного заболевания, так как бактериальная инфекция при подрывающем фолликулите Гоффмана вторична. Имеются данные об успешном применении таких антибиотиков, как доксициклин, ципрофлоксацин, рифампицин и дапсон [12, 13]. Однако антибиотикотерапия часто дает тяжелые рецидивы заболевания. Лечение тяжелых форм акне в виде монотерапии антибиотиками широкого спектра действия является малоэффективным и поэтому не рекомендуется Американской академией дерматовенерологов ААД [14]. Нельзя недооценивать и тот факт, что в настоящее время в мире злоупотребление антибиотиками привело к развитию антибиотикорезистентных бактерий. Нехватка новых противомикробных препаратов может в ближайшее время привести к серьезной глобальной угрозе. В недавнем заявлении Центров по контролю за заболеваниями сообщается, что только в США ежегодно происходит около 23 000 смертей, являющихся прямым результатом антибиотикорезистентности [15, 16]. Тенденция к росту числа устойчивых к антибиотикам бактерий продолжается; даже антибиотики последних поколений, такие как колистин, которые используются для лечения инфекций с множественной лекарственной устойчивостью, становятся неэффективными. Дерматологи имеют уникальную возможность реагировать на растущую угрозу антибиотикорезистентных штаммов бактерий, вдумчиво назначая антибактериальные препараты для системного применения только по строгим показаниям. Показаниями

к системному назначению антибиотиков являются распространенный гнойный процесс, множественные глубокие поражения, вовлечение в патологический процесс регионарных лимфоузлов, интоксикационно-воспалительный синдром, проявляющийся повышением температуры, острофазовыми показателями в периферической крови: лейкоцитозом, сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышением СОЭ, СРБ, сиаловых кислот, серомукоида, диспротеинемией.

В литературе описаны методики внутривенного введения стероидов (триамцинолона ацетонид), которые имеют много побочных эффектов и результаты только на ранних стадиях заболевания. Имеются сообщения об энтеральном применении сульфата цинка, благодаря которому было отмечено улучшение патологического процесса, но полного контроля над заболеванием достичь не удалось. Препарат применялся по схемам: 400 мг 3 раза в день с последующим снижением до 135 мг 3 раза в день в течение 3 месяцев. При отмене препарата наблюдался рецидив подрывающего фолликулита [17]. По всей вероятности, целесообразно назначать препараты цинка в качестве поддерживающей терапии при достижении стойкого эффекта с целью предупреждения рецидивов заболевания, что оправдано эффектами, вызванными повышением концентрации цинка в периферической крови. Как известно, снижение уровня цинка в крови ведет к повышению выработки андрогенов, цинк обладает противовоспалительной активностью, снижает хемотаксис нейтрофилов, активизирует фагоцитоз,

снижает продукцию провоспалительных цитокинов, фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), IL-6.

Наилучшая результативность в терапии подрывающего фолликулита Гоффмана была получена при применении системного изотретиноина, который помимо прямых терапевтических свойств способствует оптимистичному прогнозу в плане удержания волосяных фолликулов и последующего возобновления роста волос. Изотретиноин является препаратом первой линии для лечения подрывающего фолликулита Гоффмана из-за его влияния на пилосебациальную единицу. Он изменяет схему кератинизации фолликула, оказывает антикомедогенное действие, уменьшает размер и активность сальных желез и препятствует размножению бактериальной флоры. Он также обладает некоторым противовоспалительным действием. Эти уникальные эффекты системного изотретиноина нашли свое применение в терапии многих тяжелых заболеваний, включая не только тяжелые формы акне, но и розацеа, болезнь Морбигана, дискоидную красную волчанку и многие другие [18]. Целесообразно применять длительный курс терапии при фолликулите Гоффмана в суточной дозировке до 1 мг/кг массы тела в течение приблизительно 4 месяцев с дальнейшим снижением дозы до 0,75 мг/кг в течение еще 3-6 месяцев. Чтобы избежать рецидивов, лечение следует продолжать в течение примерно 2 месяцев после того, как заболевание кажется клинически неактивным [19, 20].

В современной литературе имеются единичные публикации, демонстрирующие высокую эффективность генно-ин-

женерных биологических препаратов, таких как адалимумаб, инфликсимаб. Описан случай терапии адалимумабом трех пациентов страдающих АППГ. Во время лечения клинические симптомы прекратились в течение 8 недель после лечения у всех трех пациентов. Через 3 месяца клиническая активность и субъективные симптомы пациентов были эффективно снижены. Однако результаты биопсии во время лечения показали, что, хотя воспалительный инфильтрат был снижен у 2 из 3 пациентов, ранее существовавшие патологические остаточные структуры, такие как подкожные синусовые тракты, оставались неизменными. В конечном итоге, когда лечение адалимумабом было приостановлено у одного пациента после 4 месяцев успешного лечения, активность болезни вернулась в течение 4 недель, и адалимумаб пришлось возобновить. Биологический агент адалимумаб связывается с ФНО- α , не давая ему активировать рецепторы ФНО- α . Доказано, что инактивация фактора некроза опухоли-альфа играет важную роль в подавлении воспалительных реакций, связанных с рядом иммуноопосредованных заболеваний. Поскольку биологические агенты часто находятся на переднем крае биомедицинских исследований, они обычно используются для лечения заболеваний, для которых нет других удовлетворительных методов лечения. Они дали нам возможность легко и быстро уменьшить воспаление при многих дерматозах. Часто быстрое уменьшение симптомов и клинической активности интерпретируется как лекарство. Однако, при прекращении действия биологических агентов происхо-

дит рецидив заболевания. Означает ли длительное использование анти-ФНО в качестве монотерапии фактическое разрешение подкожных эпителизированных синусовых путей и может ли это быть экономически оправдано, еще неизвестно [21, 22, 23].

В ряде публикаций положительно рекомендовал себя хирургический метод лечения, применяющийся при торпидном и осложненном течении подрывающего фолликулита Гоффмана. Заключается он в резекции пораженных участков скальпа с последующей трансплантацией кожи. У таких пациентов в течение года не наблюдалось

рецидивов заболевания, что говорит об эффективности данного метода [23].

При своевременной и адекватной терапии прогноз АППГ относительно благоприятный. Нередки рецидивы заболевания, поскольку оно обусловлено не столько инфекцией, сколько собственными физиологическими особенностями кожи больного. После заживления патологических очагов на волосяном покрове остаются участки рубцовой алопеции, которые являются заметным эстетическим дефектом. Серьезным осложнением АППГ, как и многих хронических гнойно-воспалительных дерматозов, может быть плоскоклеточная карцинома [24].

Литература

1. Каламкарян А.А. Хроническая стафилококковая инфекция кожи [Текст] / А.А. Каламкарян, А.М. Бухарович. – К.: Здоров'я, 1990. – 131 с.
2. Вклад русских исследователей в учение о пиодермитах [Текст] / [С.М. Федоров, Г.Д. Селицкий, В.И. Кулагин и др.] // Вестник дерматологии. – 1995. – № 6. – С. 54-55.
3. *Dissecting cellulitis of the scalp: a retrospective study of 51 patients and review of literature* [Text] / [A. Badaoui, P. Reygagne, B. Cavelier-Balloy et al.] // *Br. J. Dermatol.* – 2016. – Vol.174 (2). – P. 421-423.
4. *Scheinfeld N.S. A case of dissecting cellulitis and a review of the literature* [Text] / N.S. Scheinfeld // *Dermatol Online J.* – 2003. – Vol. 9(1). – P. 8.
5. Соболевская И.С. Некоторые морфометрические показатели липиднакапливающих и липидсинтезирующих структур кожи человека [Текст] / И.С. Соболевская // Вестник ВГМУ. – 2012. – Т.1, №2. – С. 19-25.
6. *Scheinfeld N. Dissecting cellulitis (perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens): a comprehensive review focusing on new treatments and findings of the last decade with commentary comparing the therapies and causes of dissecting cellulitis to hidradenitis suppurativa* [Text] / N. Scheinfeld // *Dermatol Online J.* – 2014. – Vol. 20(5). – 22692.
7. *Wasserman E. Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens with rheumatoid arthritis* [Text] / E. Wasserman // *Arch. Dermatol. Syph.* – 1951. – №64. – P. 787-789.
8. *Bolz S. Successful treatment of perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens with combined isotretinoin and dapsone* [Text] / S. Bolz, U. Jappe, W. Hartschuh // *J. Dtsch. Dermatol. Ges.* – 2008. – Vol. 6(1). – P. 44-47.
9. *Scheinfeld N. Diseases associated with hidradenitis suppurativa: part 2*

- of ase rison hidradenitis [Text] / N. Scheinfeld // Dermatol Online J. – 2013. – Vol. 19 (6). – 18558.*
10. *Perifolliculitis Capitis Abscedens et Suffodiens in a 7 Years Male: A Case Report with Review of Literature Case Rep Surg. 2016: 21230 [Text] / [L. Gaopande Vandana, Maithili M. Kulkarni, Avinash R. Joshi et al.] // Int. J. Trichology. – 2015. – Vol. 7 (4). – P. 173-175.*
11. *Vani Vasanth. Follicular occlusion tetrad [Text] / Vani Vasanth // Indian Dermatol Online J. 2014. – Vol. 5 (4). – P. 491-493.*
12. *Dissecting cellulitis of the scalp treated with rifampicin and isotretinoin: case reports [Text] / [S. Georgala, C. Korfitis, D. Ioannidou et al.] // Cutis. – 2008. – Vol. 82 (3). – P. 195-198.*
13. *Greenblatt D.T. Dissecting cellulitis of the scalp responding to oral quinolones [Text] / D.T. Greenblatt, N. Sheth, F. Teixeira // Clin. Exp. Dermatol. – 2007. – Vol. 33 (1). – P. 99–100.*
14. *Дрождина М.Б. Применение Акнекутана для лечения фульминантных акне [Текст] / М.Б. Дрождина // Консилиум. Дерматовенерология. – 2019. – Т.2, №171. – С. 25.*
15. *Bowe W.P. Antibiotic resistance and acne: where we stand and what the future holds [Text] / W.P. Bowe // J. Drugs Dermatol. – 2014. – Vol. 13(6). – P. 66-70.*
16. *Rosen T. Antibiotic resistance: an editorial review with recommendations [Text] / T. Rosen // J. Drugs Dermatol. – 2011. – Vol. 10 (7). – P. 724-733.*
17. *Kobayashi H. Successful treatment of dissecting cellulitis and acne conglobata with oral zinc [Text] / H. Kobayashi, S. Aiba, H. Tagami // Br. J. Dermatol. – 1999. – Vol. 141 (6). – P. 1137-1138.*
18. *Дрождина М.Б. Болезнь Морбигана. Современный обзор литературы. Описание редкого клинического случая [Текст] / М.Б. Дрождина // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2020. – Т. 15, №1. – С. 15-21.*
19. *Perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens successfully controlled with topical isotretinoin [Text] / [A. Karpouzis, A. Giatromanolaki, E. Sivridis et al.] Eur. J. Dermatol. – 2003. – Vol. 13(2). – P. 192-195.*
20. *New approach in combined therapy of perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens [Text] / [F. Jacobs, G. Metzler, J. Kubiak et al.] Acta Derm. Venereol. – 2011. – Vol. 91 (6). – P. 726-727.*
21. *Юцковская Я.А. Клинический случай абсцедирующего подрывающего перифолликулита Гоффмана [Текст] / [Я.А. Юцковская Я.А., А.Д. Юцковская, М.Г. Таран и др.] // Украинский журнал дерматологии и венерологии. – 2012. – № 2. – С. 33-39.*
22. *Martin-Garcia R. F. M. Refractory dissecting Cellulitis of the Scalp Successfully controlled with Adalimumab [Text] / R. F. Martin-Garcia, J. M. Rullan // P. R. Health Sci. J. – 2015. – Vol. 34 (2). – P. 102–104.*
23. *Кубанов А.А. Абсцедирующий подрывающий фолликулит и перифолликулит гоффмана и синдром фолликулярной окклюзии [Текст] / А.А. Кубанова, Ю.А. Ю.А. Галлямова, Т.А. Сысоева // Лечащий врач. – 2017. – №8. – С. 69-73.*
24. *European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inverse [Text] / [C.C. Zouboulis, N. Desai, L. Emtestam et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2015. – Vol. 29 (4). – P. 619-644.*

ВЛИЯНИЕ СКЛЕРОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ БЛИЗОРУКОСТИ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗРИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗАТОРА

К.Б. Бекбоева, М.А. Медведев

Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кафедра офтальмологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: dr._kunduz@mail.ru

Аннотация. В статье представлены результаты изучения эффективности влияния склеропластических операций при близорукости на функциональное состояние зрительного анализатора. В отдаленном периоде после хирургического вмешательства при близорукости различной степени, наблюдается уменьшение размеров слепого пятна, а при близорукости высокой степени еще и повышение порога цветоразличения, что подтверждает благоприятное влияние склеропластических операций на функциональное состояние зрительного анализатора.

Ключевые слова: прогрессирующая миопия, склеропластика, слепое пятно, порог цветоразличения.

СКЛЕРОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯЛАРЫНЫН КӨРҮҮ АНАЛИЗАТОРУНА КАРАШТУУ ТААСИРИ

К.Б. Бекбоева, М.А. Медведев

Кыргыз-Россия Славян университети,
офтальмология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада көрүү анализаторунун функционалдык абалына склеропластикалык операциялардын таасир этүүсүн изилдөөнүн натыйжалары берилген. Мезгил өткөндөн кийин хирургиялык кийлигишүүлөр учурунда алыстагыны көрбөстүк ар кандай даражадагы азайганы байкалат жана өлчөмдөрүн ачык эмес, ал эми алыстагыны көрбөстүк жогорку даражадагы дагы жогорулатуу жана өңдү таанып билүү жагы жагымдуу таасири склеропластических операцияларды функционалдык абалын көрүү анализатордун.

Негизги сөздөр: алыстагыны көрбөстүк, склеропластика, сокур так, түс айырмалоо чеги.

THE EFFECT OF SCLEROPLASTY OPERATIONS IN MYOPIA ON THE FUNCTIONAL CONDITION OF THE VISUAL ANALYZER

K.B. Bekboeva, M.A. Medvedev

Kyrgyz-Russian Slavic University,
Department of Ophthalmology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. The article presents the results of studying the effectiveness of scleroplasty operations in myopia on the functional condition of the visual analyzer. In remote period after surgery, with myopia of varying degrees, there is a decrease in the size of the blind spot, and with myopia of a high degree, there is also an increase in the color sensitivity threshold. The study proves a favorable effect of scleroplasty on the functional condition of the visual analyzer.

Keywords: progressive myopia, scleroplasty, blind spot, color sensitivity threshold.

Актуальность. Прогрессирующая миопия в настоящее время является одной из самых значимых аберраций глаза, поскольку данная аномалия рефракции значительно ухудшает качество жизни, а также может привести к инвалидности по зрению, что делает её серьёзной медико-социальной проблемой [1]. При этом миопия удерживает первое место среди аномалий рефракции по частоте возникновения и возможным осложнениям клинического течения.

По данным различных авторов, распространенность миопии и миопического астигматизма среди лиц молодого трудоспособного возраста в России, странах Европейского Союза и США составляет от 27% до 45% [2]. За последние десятилетия частота близорукости возросла в США и Европе в 1,5 раза, в 2 раза и более – в Китае, Тайване, Гонконге. В настоящее время в некоторых регионах Востока, а именно в Южной Корее и Китае, частота ми-

опии у студентов составляет 80-94%, при этом доля миопии высокой степени также является беспрецедентно высокой (20-22%) [3].

Лечебно-профилактические мероприятия, необходимые для стабилизации прогрессирующей миопии, эффективны лишь в том случае, если они имеют патогенетическую направленность, то есть воздействуют на установленные механизмы ее развития. Однако проблемой является то, что патогенез прогрессирующей миопии до сих пор до конца не изучен.

Однако большинство исследователей считают, что возникновение и прогрессирование миопии является следствием не только генетических факторов и факторов, вызванных воздействием окружающей среды в эмбриональном периоде и онтогенезе, но также связывают миопию с особенностями зрительного восприятия, а также с общим состоянием здоровья.

Ведущим фактором прогрессирующего и осложненного течения миопии является дистрофический процесс, который развивается не только в склере вследствие снижения ее опорных (биомеханических) свойств, но также во внутренних оболочках глаза [4]. Возникновение и прогрессирование патологических изменений в центральном и периферическом отделах глазного дна также связано с нарушением кровообращения в растянутых оболочках глаза. Установлено, что при миопии развивается состояние гипоперфузии глаза, и по мере роста глазного яблока и усиления рефракции нарастают признаки дефицита кровотока и ишемии в различных структурах глаза. При этом, если миопия сопровождается центральной и/или периферической хориоретинальной дистрофией (ЦХРД и ПХРД), показатели гемодинамики снижаются больше, чем в миопических глазах без таких изменений. Согласно этому, лечение, направленное на стабилизацию миопии, помимо склероукрепляющего воздействия должно включать и трофическую терапию, улучшающую кровоснабжение оболочек глазного яблока [5].

С целью остановки быстрого прогрессирования миопического процесса, а также профилактики его ретинальных осложнений, долгое время используются склеропластические операции бандажирующего типа или другие склероукрепляющие вмешательства с применением различных трансплантационных материалов [6]. По данным различных исследователей, проведение склеропластики не только повышает биомеханическую устойчивость склеральной оболочки глаза, но и улуч-

шает состояние периферических зон глазного дна за счет реваскуляризации и стимулирующего влияния на гемодинамику. Установлено, что проведение склеропластики бандажирующего типа или склерореконструктивной операции предотвращает появление новых патологических зон миопического генеза и в центральных отделах сетчатки [7].

Цель работы: изучить эффективность влияния хирургического вмешательства (склеропластики) при прогрессирующей миопии на функциональное состояние зрительного анализатора.

Материал и методы исследования

Нами были обследованы 40 пациентов (80 глаз) с миопией, которым проведена склеропластика полимерным биоклеем и по Пивоварову-Приставко и 40 пациентов (80 глаз) с миопией, которые получили только консервативное лечение. Пациентам обеих групп проведено исследование центрального и периферического зрения до начала лечения и через 30 дней после его окончания. Наиболее многочисленную группу составили пациенты в возрасте от 13 до 15 лет (38 из 80, 47,5%), преобладали девочки – 74 человека (67,5%).

Большинство пациентов – сельские жители, 48 из 80 (60%). Основными методами обследований были: визометрия, рефрактометрия, кампиметрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, исследование цветового зрения по таблицам Рабкина и на аномалоскопе АН-59, площадь слепого пятна рассчитывали по формуле: $S = \pi a^2 / 2$, где:

π – постоянная величина, равная 3,14; a – длина вертикального диаметра (см);

b – длина горизонтального диаметра (см).

В норме размеры слепого пятна находятся в пределах 48-56,5 см².

Результаты исследования

Склеропластика проведена на 80 глазах (40 подростки), в 97,5% случаев с близорукостью средней и высокой степени. Среди пациентов преобладали девочки (65%). У всех пациентов мак-

симальная корригированная острота зрения была высокой. До операции у всех пациентов размеры слепого пятна превышали вариант нормы (табл. 1). Наибольшие размеры слепого пятна отмечены у пациентов с близорукостью высокой степени.

Таблица 1 - Размеры слепого пятна до хирургического лечения

Степень близорукости	Площадь слепого пятна (см ²)	Всего глаз
слабая	66	6
средняя	72	34
высокая	74	40
итого		80

Через 30 дней после склеропластики вновь проведено измерение слепого пятна. Выявлено, что размеры слепого пятна уменьшились на 8,8% при миопии слабой степени, на 9,8% при миопии средней степени и на 5,2% при миопии высокой степени.

Через 30 дней после склеропластики вновь проведено измерение слепого пятна. Выявлено, что размеры слепого пятна уменьшились на 8,8% при миопии слабой степени, на 9,8% при миопии средней степени и на 5,2% при миопии высокой степени.

Таблица 2 - Размеры слепого пятна после склеропластики

Степень миопии	Площадь слепого пятна (см ²)	Всего глаз
слабая	60,2	6
средняя	65	34
высокая	70,2	40
итого		80

Цветовое зрение у данных пациентов проверялось по таблицам Рабкина, у всех пациентов цветоощущения было в пределах нормы, после чего проводилось исследование на аномалоскопе АН-59. Учитывали порог цветоразличения по цифровым указателям на ба-

рабанах, которые в норме составляют от нуля до пяти делений.

Порог цветоразличения при миопии высокой степени до и после проведения склеропластики превышал норму (табл. 3-4).

Таблица 3 - Состояние порога цветоразличения до хирургических вмешательств

Степень миопии	Порог цветоразличения	Всего глаз
слабая	2,7	6
средняя	5,1	34
высокая	7	40
итого		80

Таблица 4 - Состояние порога цветоразличения после хирургических вмешательств

Степень миопии	Порог цветоразличения	Всего глаз
слабая	2,3	6
средняя	5	34
высокая	6,5	40
итого		80

В послеоперационном периоде у пациентов с различной степенью миопии не отмечено заметного изменения цветочувствительности.

Консервативную терапию проводили на 80 глазах (40 детей) с миопией различной степени, из которых преобладала близорукость средней (50%) и слабой степени (32,5%). До начала терапии и через 30 дней после ее окончания, всем пациентам было проведено исследование размеров слепого пятна и порога цветоразличения.

Консервативное лечение заключалось в назначении упражнений по укреплению цилиарной мышцы, электростимуляции сетчатки и медикаментозной терапии: биогенные стимуляторы, ангиопротекторы, ноотропы, витаминотерапия. Как и в группе пациентов с хирургическим лечением, наибольшие размеры слепого пятна отмечены у подростков с близорукостью высокой степени (табл. 5).

Таблица 5 - Размеры слепого пятна до консервативного лечения миопии

Степень миопии	Площадь слепого пятна (см ²)	Всего
слабая	63	26
средняя	69	40
высокая	73,5	14
итого		80

Через 30 дней после окончания консервативного лечения вновь проведено измерение слепого пятна. Выявлено, что размеры слепого пятна уменьшились на 1,6 % при миопии слабой сте-

пени и на 1,5% при миопии высокой степени, что показывает весьма незначительное уменьшение показателей (табл. 6).

Таблица 6 - Размеры слепого пятна после консервативного лечения миопии

Степень миопии	Площадь слепого пятна (см ²)	Всего
слабая	62	26
средняя	69	40
высокая	72,4	14
итого		80

Порог цветоразличения при миопии высокой степени как до, так и после консервативного лечения превышал норму. Нами было установлено, что курс консервативного лечения практически не повлиял на нормы цветоразличения (табл. 7).

Таблица 7 - Состояние порога цветоразличения до и после консервативного лечения миопии

Степень миопии	Порог цветоразличения		Всего глаз
	До лечения	После лечения	
слабая	2,7	2,6	13
средняя	5	5	20
высокая	6,9	6,8	7
итого		–	40

Заключение

Размеры слепого пятна являются довольно точным критерием оценки различных методов лечения миопии. Близорукость различной степени сопровождается увеличением размера слепого пятна. Полученные данные свидетельствуют о благоприятном влиянии склеропластики на функциональное состояние зрительного анализатора в отдаленном периоде после хирургического вмешательства, так как сопровождаются уменьшением размера слепого пятна, возможно, за счет усиления обменных процессов в оперированном глазу. Консервативное лечение непосредственно после проведенного курса

оказывает менее эффективное влияние на функциональное состояние зрительного анализатора (размеры слепого пятна не изменились).

Близорукость высокой степени характеризуется повышением порога цветоразличения. Склеропластика в ближайшем периоде после операции привела к незначительному понижению порога цветоразличения, курс консервативного лечения практически не повлиял на порог цветоразличения.

Таким образом, склеропластика направлена не только на стабилизацию прогрессирования миопии, но и на улучшение функционального состояния зрительного анализатора.

Литература

1. Катаргина Л.А, Михайлова Л.А. Состояние детской офтальмологической службы в РФ // *Российская педиатрическая офтальмология*. – 2015. – Т. 10, №1. – С. 5-10.
2. Iomdina E., Tarutta E., Markossian G., Aksejnova J., Smirnova T., Bedretdinov A. Sclera as the Target Tissue in Progressive Myopia // *Pol. J. Life Sci.* – 2015. – Vol. 61, №2. – P. 146-152.
3. Jung S.K. Prevalence of myopia and its association with body stature and educational level in 19-year-old male conscripts in Seoul, South Korea // *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci.* – 2012. – Vol. 53, № 9. – P. 5579-5583.
4. Тарутта Е.П., Максимова М.В., Кружкова Г.В., Ходжабекян Н.В., Маркосян Г.А. Акустическая плотность склеры как фактор прогноза развития периферических витреохориоретинальных дистрофий при миопии: результаты 10-летнего динамического наблюдения // *Вестник офтальмологии*. – 2013. – №1. – С. 13-20.
5. Гндоян И.А., Петраевский А.В. Влияние некоторых местных лекарственных препаратов на гемоперфузию переднего сегмента глаза при миопии // *Российская педиатрическая офтальмология*. – 2015. – № 2. – С. 5-9.
6. Тарутта Е.П. Склероукрепляющее лечение и профилактика осложненной прогрессирующей близорукости // *Зрительные функции и их коррекция у детей / под ред. Аветисова С.Э., Кащенко Т.П., Шамишиновой А.М.* – М.: Медицина, 2015. – С. 191-202.
7. Zhu Z., Ji X., Zhang J., Ke G. Posterior scleral reinforcement in the treatment of macular retinoschisis in highly myopic patients // *Clin. Exp. Ophthalmol.* – 2009. – Vol. 37, № 7. – P. 660-663.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ СКЛЕРОПЛАСТИЧЕКИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТКИ С МИОПИЕЙ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ

К.Б. Бекбоева

Кыргызско-Российский Славянский университет,
Кафедра офтальмологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: dr_kunduz@mail.ru

Аннотация. Прогрессирующая близорукость продолжает оставаться одной из актуальных проблем в современной офтальмологии. Актуальность и значимость этой проблемы обусловлены тем, что миопия наиболее распространенная патология рефракции и часто приводит к утрате трудоспособности в молодом возрасте.

Цель: изучение рефракционных и клинических особенностей лечения пациентки с миопией высокой степени. В данной статье представлены результаты лечения пациентки с диагнозом: миопия высокой степени, сложный миопический астигматизм, начальная катаракта OU. Из анамнеза известно, что 44 года назад пациентке была проведена операция склеропластики на правом глазу по поводу прогрессирующей миопии, в последующем – кератотомия и сквозная кератопластика. На левом- бандажирующая склеропластика и кератопластика. На данный момент максимальная острота зрения составляет: OD: 0,01 sph-10,0 cyl-8,0 ax84=0,2; OS: 0,05 sph-3,50 cyl-1,75 ax90=0,6. По данным кератотопограммы правого глаза (после кератопластики) имеется обратный астигматизм в 5,5 дптр. Пациентке проводились стандартные методы обследования, включающие в себя проведение визометрии с определением максимально корригируемой и некоррегированной остроты зрения, авторефрактометрия на аппарате Topcon ST-80, тонометрия на бесконтактном тонометре Topcon ST-80, периметрия, биомикроскопия с использованием щелевой лампы SL 120 Carl Zeiss Meditec AG, OCT переднего отрезка глаза на приборе OCT Zeiss и хирургическое лечение.

Ключевые слова: прогрессирующая миопия, астигматизм, склеропластика.

МИОПИЯСЫ ЖОГОРУ БЕЙТАПТА СКЛЕРОПЛАСТИКА ОПЕРАЦИЯСЫНЫН ОБОЧОЛОНГОН НАТЫЙЖАЛАРЫНЫН. КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ.

К.Б. Бекбоева

Кыргыз-Россия Славян университети,
офтальмология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация. Прогрессивдүү миопия азыркы офтальмологиянын актуалдуу көйгөйлөрүнүн бири болуп кала берет. Бул көйгөйдүн актуалдуулугу жана маанилүүлүгү миопия эң көп тараган сынуу патологиясы болгондуктан жана жаш кезинде майыптыкка алып келет.

Максаты: Миопиясы жогору бейтапты дарылоонун сынуу же клиникалык өзгөчөлүктөрүн изилдөө. Бул макалада жогорку миопия, татаал миопиялык астигматизм, баштапкы катаракта OU диагнозу коюлган бейтапты дарылоонун натыйжалары келтирилген. Анамнезинен белгилүү болгондой, 44 жыл мурун пациентке прогрессивдүү миопия үчүн оң көзүнө склеропластика операциясы жасалып, андан кийин кератотомия жана кирүүчү кератопластика жасалган. Сол жагында склеропластика жана кератопластика бар. Учурда көздүн максималдуу курчтугу: OD: 0,01 sph – 10,0 cyl – 8,0 ax84 = 0,2. OS: 0,05 s-3,50 cyl-1, 75 ax90 = 0,6. Оң көздүн кератопрограммасы боюнча (кератопластикадан кийин) 5,5 диоптринин тескери астигматизми байкалат. Бейтап стандарттуу текшерүү ыкмаларын, анын ичинде максималдуу оңдолгон жана оңдолбогон көрүү курчтугун аныктоочу изометрия, Торсон СТ-80 шайманында атеррефрактометрия, Торсон СТ-80 контактсыз тонометрде тонометрия, периметрия, биомикроскопия менен жарака чырактын жардамы менен өткөрдү SL.120 Carl Zeiss Meditec AG, OCT аппараттагы көздүн алдыңкы бөлүгү алардын OCT Zeiss хирургиялык дарылоосу болуп саналат.

Негизги сөздөр: прогрессивдүү миопия, астигматизм, склеропластика.

CLINICAL CASE OF LONG-TERM RESULTS OF SCLEROPLASTY SURGERIES IN A PATIENT WITH A HIGH MYOPIA

K.B. Bekboeva

Kyrgyz-Russian Slavic University, Department of Ophthalmology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Annotation. Progressive myopia continues to be one of the topical problems in present ophthalmology. The urgency and significance of this problem are due to the fact that myopia is the most common pathology of refraction and often leads to disability at a young age. Objective: to study the refractive and clinical features of the treatment of patients with a high myopia. This article presents the results of treatment of the patient with a diagnosis of high myopia, complex myopic astigmatism, initial cataract OU. From the anamnesis, it is known that 44 years ago the patient underwent scleroplasty surgery on her right eye for progressive myopia, later keratotomy and penetrating keratoplasty. On the left eye the patient underwent a bandaging scleroplasty and keratoplasty. At the moment, the best visual acuity is: OD: 0,01 sph-10,0 cyl8.0 ax84 = 0,2; OS: 0.05 sph-3,50 cyl-1,75 ax90 = 0,6. According to the keratopograms of the right eye (after keratoplasty) there is a reverse astigmatism of 5.5 diopters. The patient was subjected to standard examination methods, including visometry with the definition of both best corrected and uncorrected visual acuity, autorefractometry, tonometry on a non-contact tonometer Topcon CT-80, perimetry on the arc perimeter PRP-60, biomicroscope SL 120 Carl Zeiss Meditec AG, OST of the anterior segment of the eye on the device OCT Zeiss and surgical treatment.

Key words: progressive myopia, astigmatism, scleroplasty.

Классический подход к лечению прогрессирующей миопии заключается в стабилизации миопического процесса первым этапом, и коррекции миопической рефракции вторым этапом.

Клиническая история пациентки началась в 2005 году, когда склеропластика, радиальная кератотомия и тоннельная кератопластика, на тот момент, являлись операциями выбора при прогрессирующей миопии.

Цель: изучение и оценка рефракционных и клинических особенностей комплексного лечения миопии высокой

степени в отдаленном периоде наблюдения.

Задача: изучение результатов операций склеропластики в комплексном подходе к лечению прогрессирующей миопии высокой степени в отдаленный период наблюдения.

Представлен клинический случай пациентки С. 60 лет. Правый глаз: В 2005 году, после постановки диагноза прогрессирующая миопия высокой степени (- 12.0 Д.), с целью стабилизации близорукости, была проведена склероукрепляющая операция – хондропла-

стика. Через год величина миопии составляла – 11.0 Д. В последующие 8 лет клиническая рефракция не изменялась, далее в 2013 году выполнена операция радиальная кератотомия правого глаза, при которой на роговицу было нанесено 64 насечки, с рефракционным эффектом в 6,0 Д. Послеоперационный период был длительным, с заживлением роговичных надрезов по 3-му типу (И.С. Федоров, 1984 г.). В 2014 году, в связи с клинически значимым помутнением роговицы правого глаза, была выполнена сквозная кератопластика. С 2015 года пациентка жаловалась на неприятные ощущения, рези в правом глазу. При осмотре роговицы обнаружено прорезывание швов, которые вызывают индуцированный роговичный астигматизм, а также раздражение конъюнктивы и роговицы швами на 3, 5 и 9 часах, которые были удалены

под местной анестезией. Левый глаз: В 2005 году поставлен диагноз прогрессирующая миопия высокой степени (-12.0 Д.), в связи, с чем провели бандажирующую склеропластику по методу Снайдера-Томпсона, после которой величина миопии составляла –11.0 Д. В 2014 году с целью снижения клинической рефракции проведена тоннельная кератопластика левого глаза. Рефракционный эффект операции составил 6.0 Д. Status presents: OD 0,01 sph-10,0 cyl-8,0 ax84=0,2; OS 0,05 sph-3,50 cyl-1,75 ax90=0,6. OD: роговичный трансплантат прозрачный, зеркальный, сосуды отсутствуют, обнаружено выстояние края трансплантата на 3, 5 и 9 часах, в результате прорезывания роговичных швов. По данным ОСТ левого глаза: в слоях роговицы визуализируются участки повышенной экзогенной структуры (рис. 1).

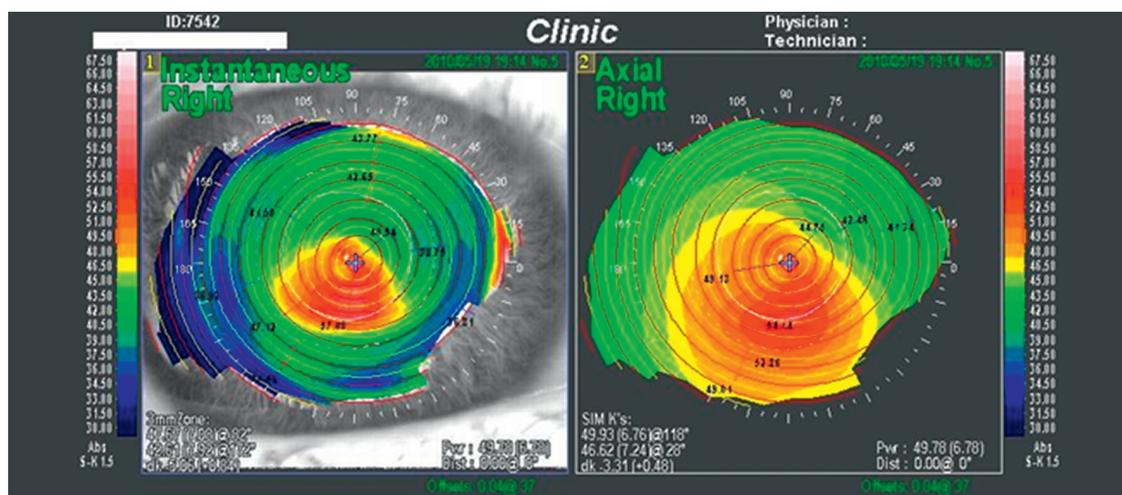


Рис. 1. ОСТ переднего отрезка левого глаза. Стрелками указаны участки повышенной экзогенной структуры.

По данным офтальмометрии: OD: R1 49,25D cyl-6,0 ax86, R2 43,25D cyl-6,0 ax176; OS: R1 38,00 cyl-1,00 ax98, R2 39,00D cyl-1,00 ax8. По данным кера-

тотографии правого глаза наблюдается обратный астигматизм в 5,5 дптр (рис. 2).

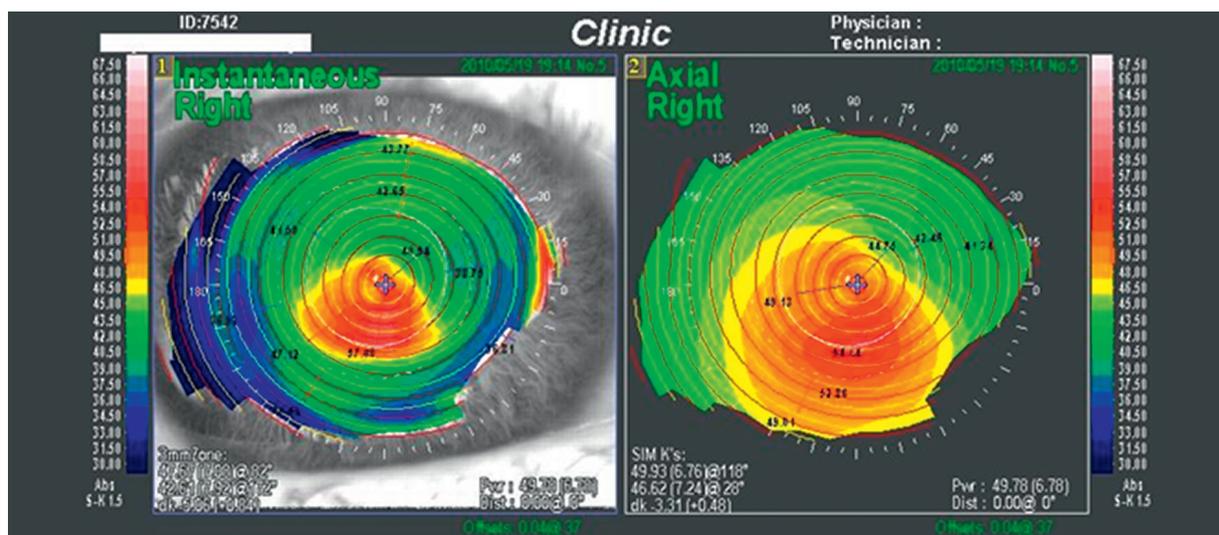


Рис. 2. ОСТ переднего отрезка левого глаза прибавка корригированной остроты зрения $0,15 \pm 0,07$.

Заключение. В представленном клиническом случае показано, что у пациентки была достигнута стабилизация прогрессирования миопии при сроке наблюдения 15 лет и максимальный рефракционный эффект склеропластической операции составил 6,0 дптр. Стабилизация процесса в течение 1 года 100%. Стабилизация процесса в течение 3 лет 83%. Уменьшение оптической силы роговицы (офтальмометрия) $1,17 \pm 0,25D$. Прибавка некорригированной остроты зрения $0,09 \pm 0,05$. Прибавка корригированной остроты зрения $0,15 \pm 0,07$. Наличие haze более 3 месяцев 25%. Наличие haze более 6 ме-

сяцев 0%. Уменьшение уровня астигматизма (офтальмометрия) $1,58 \pm 0,33D$.

Выполнение склеропластических операций при прогрессирующей близорукости высокой степени дает положительные клиничко-рефракционные результаты и, на наш взгляд, показано при комплексном подходе к лечению. На современном этапе при выборе хирургических методов коррекции высокой миопической рефракции целесообразно руководствоваться принципами наименьшей травматизации и применять лазерные методы коррекции, такие как LASIK.

Конфликт интересов отсутствует.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИНФРАКРАСНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ И РЕГИОНАЛЬНОЙ ЛИМФОСТИМУЛЯЦИИ

У.А. Кулбаев

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: ulukkulbaev@mail.ru

Резюме. Цель исследования- представить результаты лечения синдрома диабетической стопы, осложненной гнойно-воспалительным процессом с применением инфракрасного лазерного излучения и региональной лимфостимуляции.

Лечение проведено 44 больным, из которых выделены две группы: первая, контрольная (18 больных) получали традиционное лечение и вторая, основная (26 чел.) в комплекс лечения включили инфракрасное излучение и региональную лимфостимуляцию. В оценке лечения использовали клинические показатели (исчезновение отека, сроки очищения раны, появление грануляций, эпителизации и сроки стационарного лечения) и лабораторные (лейкоцитарный индекс интоксикации, бактериологическое исследование отделяемого ран, сроки санации). Лучшие результаты получены у больных основной группы (не было случаев высоких ампутаций и снизились сроки стационарного лечения (с $21,8 \pm 2,12$ до $14,1 \pm 0,37$ койко-дней).

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая стопа, лечение, инфракрасное излучение, региональная лимфостимуляция.

ДИАБЕТТИК БУТ СИНДРОМУН ДАРЫЛООДОГУ КОЛДОНУЛГАН, ИНФРАКЫЗЫЛ НУРДАНУУ ЖАНА РЕГИОНАЛДЫК ЛИМФОДУУЛҮКТҮРҮҮ ЫКМАСЫ

У.А. Кулбаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Жалпы практикалык хирургия кафедрасы жана комбустиология курсу
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максаттуу изилдөөнүн – Диабеттик бут синдромуна сезгенип, ириндеген кабылдоосундагы, инфракызыл лазер нурдануусу жана регионалдык лимфодуулүктүрүү жолу менен дарылоонун жыйынтыгын көрсөтүү.

Дарылоо 44 бейтапка жүргүзүлүп, алар эки тайпага бөлүндү: биринчиси контролдук (18 бейтап) ушул убакытка чейин дарыланып келген жол менен, экинчиси негизги тайпа (26 бейтап) дарылоо учурунда кошумча инфракызыл нурдануу жана регионалдык лимфодүүлүктүрүү колдонулду. Дарылоого баа берүүдөгү клиникалык көрсөткүчтөр (шишиктердин тароосу, жараттын тазалануу мөөнөтү, гранулдашуу, эпителизациялашуу, стационардык дарылоонун мөөнөтү) жана лаборатордук (интоксикациянын лейкоцитардык индекси, жараттын бактериологиялык изилдөөсү, саламаттандыруу мөөнөтү). Жакшы көрсөткүчтөр негизги тайпадагы бейтаптардан алынды (жогорку ампутациялар кездешкен жок жана стационардык дарылоонун мөөнөтү кыскарды ($21,8 \pm 2,12$ ден $14,1 \pm 0,37$ кунго чейин))

Негизги сөздөр: кант диабети, буттун диабети, дарылоо, инфракызыл нурлары, регионалдык дүүлүктүрүү.

EXPERIENCE OF TREATMENT OF DIABETIC FOOT DISEASE WITH THE USE OF INFRARED LIGHT AND REGIONAL LYMPHATIC STIMULATION

U.A. Kulbaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of General Practice Surgery with Combustiology Course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Research goal is to provide the results of treatment of diabetic foot syndrome complicated by mattery-inflammatory process using infrared laser light and regional lymphatic stimulation.

The treatment of 44 patients was conducted, two groups are allotted from them: the first one is control group (18 patients), they were treated traditionally, and the second one was core (26 people), infrared light and regional lymphatic stimulation were included in treatment complex of last group. Clinical (disappearance of edema, terms of wound cleansing, appearance of granulation tissue, epithelialization, and terms of hospital treatment) and laboratory parameters (leukocytal intoxication index, bacteriologic examination of sequestered of wounds, terms of sanitation) were used in review of treatment. The best results were received from patients of core group (there were no cases of high amputation and terms of inpatient treatment decreased (from 21.8 ± 2.12 up to 14.1 ± 0.37 bed day)).

Key words: diabetes mellitus, diabetic foot, treatment, infrared radiation, regional lymphatic stimulation.

Введение. В последние года сахар- неинфекционный эпидемии и показанный диабет принял характер всемирной тель его распространенности с каждым

годом увеличивается и растет частота его осложнений. Одним из наиболее тяжелых его осложнений является синдром диабетической стопы при прогрессировании которого выполняется ампутация на уровне голени и бедра [1,2], что ведет к существенному снижению качества жизни больных. Одной из самых трудных и сложных задач является лечение этого заболевания [3,4].

В литературе представлено большое количество работ по выбору метода лечения, но основным направлением является коррекция углеводного обмена, артериального давления, массивная противовоспалительная терапия, которая в основном включает антибиотики с различными способами их введения в организм больного, коррекция иммунных нарушений, лечение сопутствующих заболеваний, назначение антиоксидантных препаратов, но в каждом случае необходимо учитывать превалирующие нарушения и строить план лечения [5,6,7].

В оперативном лечении все исследователи стремятся выполнять органосохраняющие операции и лишь по жизненным показаниям осуществлять высокую ампутацию (голень, бедро).

Несмотря на множество предложенных методов лечения, результаты их

далеки от совершенства, поэтому идут поиски методов, которые бы позволили улучшить результаты лечения.

Цель работы: представить результаты лечения синдрома диабетической стопы, осложненной гнойно-воспалительным процессом применением инфракрасного лазерного излучения и региональной лимфостимуляции.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 44 больных, которые получали лечение в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек в период 2018-2019г. Из них женщин – 24, мужчин – 20, в возрасте от 42 до 83 лет. Субкомпенсированная форма сахарного диабета была у 25 и декомпенсированная у 19. У всех был сахарный диабет 2-го типа.

Сахарным диабетом страдали от одного года до 23 лет, а у двух сахарный диабет установлен при поступлении в стационар.

При обследовании больных у большинства (28) установлена нейропатическая форма, у 4 ишемическая, а у остальных смешанная форма (12 чел). Характер гнойно-воспалительных осложнений дан в таблице 1.

Таблица 1 - Характер гнойно-воспалительных осложнений у больных синдромом диабетической стопы

Воспалительные осложнение	Всего	
	абс.ч	%
Флегмона стопы	21	47,7
Флегмона голени	3	6,8
Гангрена пальцев	8	18,2
Длительно незаживающие раны	12	27,3
Всего	44	100,0

Наибольшую группу составили больные с флегмоной стопы и с длительно незаживающими гнойными ранами, и больные часто поступали с уже развившейся гангреной пальцев.

Для оценки применения разработанных нами мер лечения были выделены две группы: первая, контрольная (18 чел.), которая получала традиционное лечение применяемое в клинике и вторая – основная (26 чел.) – в комплекс лечения которых было включено инфракрасное излучение на область раны и выполняли антибиотико–лимфотропную региональную лимфостимуляцию по Левину (1986).

Методика лечения: все больные получали сахароснижающие препараты и инфузионную терапию.

Первый этап в обеих группах включал хирургическое лечение – вскрытие очага (флегмоны), с адекватным дренированием при флегмонах, а при гангрене пальцев сначала выполняли противовоспалительную и инфузионную терапию, а после отграничения – выполняли ампутацию пальцев. Больным контрольной группы после хирургического этапа на рану накладывали повязку с мазью левомеколь, а после очищения раны с маслом облепихи.

Больным основной группы после хирургического этапа рану обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, затем накладывали повязку с 0,02% раствором декасана и через 2 суток после обработки раны выполняли ИК облучение раны. После очищения раны и появления грануляций после облучения накладывали повязку с озонированным маслом.

Больным основной группы наряду с местным лечением включали непрямую региональную антибиотиколимфотропную терапию по Левину Ю.М. [8]: после предварительной наложенной манжетки от аппарата для измерения АД создавали давление до 20-30 мм.рт.ст. и после обработки наружной поверхности голени в подкожную клетчатку вводили антибиотик (цефтриаксон 1,0) с лимфотропной смесью (гепарин 70 ед. на кг веса тела, лидаза – 8-12 ед и новокаин 0,5%-10-15 мл). Мы использовали эту методику, так как она более проста в сравнении с прямой лимфотропной терапией, при которой необходимо дренировать лимфатический сосуд.

Введение антибиотика с лимфотропной смесью позволяет поддерживать концентрацию антибиотика в очаге поражения в течение суток. Эту процедуру выполняли один раз в сутки, на курс лечения 5-8 инъекций. Мы обратили внимание на положительное влияние этого комплекса: ни в одном случае не наблюдали прогрессирования гнойно-некротического процесса и не потребовалась повторная операция.

Результаты обработаны путем определения средней арифметической (M), средней квадратичной (сигма) и ошибки ряда (m), а степень достоверности по величине t-таблице Стьюдента

Результаты и их обсуждение

В комплекс лечения основной группы мы включали инфракрасное излучение, так как ряд исследователей использовали ИК при лечении многих воспалительных заболеваний и гнойных ран и указывают, что ИК проникает в ткани на 2-3 см, оказывает бактерицидной и

противовоспалительный эффект [9,10] и, учитывая его механизм действия, мы использовали его в лечении гнойно-воспалительных осложнений СДС. ИК выполняли аппаратом «Матрикс» «с экспозиций 10 минут», на курс ле-

чения 5-6 сеансов, а региональную лимфостимуляцию на курс лечения 5-6 инъекции.

Полученные результаты лечения мы сравнили в двух наблюдаемых нами группах (таблица 2).

Таблица 2 - Клинические показатели контрольной и основной групп (в сутках)

	Контрольная гр.	Основная гр.	Р-степень достоверности
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	
Исчезновение отека	4,8±0,17	3,4±0,15	<0,05
Исчезновение гиперемии	3,2±0,21	2,9±0,38	>0,05
Очищение раны	3,8±0,23	2,9±0,13	<0,05
Появление грануляций	6,5±1,32	4,2±0,42	<0,05
Появление эпителизации	8,2±0,28	6,1±0,13	<0,01
Сроки стационарного лечения	21,8±2,12	14,1±0,37	<0,01

При анализе полученных результатов необходимо отметить, что лишь сроки исчезновения гиперемии не отличались, а в остальных показателях были достоверные различия подтверждающие преимущество применения ИК излучения и региональной лимфостимуляции.

Мы также проследили за сроками санации ран обеих наблюдаемых групп. При поступлении из 14 больных контрольной группы, у которых выполнен посев отделяемого ран золотистый стафилококк обнаружен у 4, кишечная палочка у 4, а у 6 ассоциация микробов. Из 20 пациентов основной группы, у которых выполнен посев отделяемого: золотистый стафилококк выявлен у 7, стрептококк – у 3, кишечная палочка - у 3, а у остальных 7-ми – ассоциация микробов.

На 5-е сутки от момента лечения, в посевах отделяемого ран из 14 обследованных контрольной группы мономикробиота обнаружена у 10, а у 4 – ассоциация микробов.

В основной группе на 5-е сутки в отделяемом раны ни в одном посева ассоциации не выявлено, у 5-ти – мономикробиота, а у остальных посев роста не дал.

Выводы:

Использование инфракрасного излучения в сочетании с региональной лимфостимуляцией способствует более быстрой ликвидации воспалительного процесса и заживлению ран.

Инфракрасное излучение и региональная лимфостимуляция обладают однонаправленным действием и могут быть использованы в лечении больных с СДС, осложненным гнойно-некротическим процессом.

Литература

1. Маркович П.С. Основные направления лечение синдрома диабетической стопы/ П.С. Маркович, С.Ю. Денисенко, А.Н. Плеханова// Бюллетень ВСНЦ РАМН. – 2010. – том 12, №2. – С.59-65.
2. Митиш В.А. Гнойно-некротические поражение стопы. Критические ишемия нижних конечностей и сахарный диабет. Хирургическое лечение/ В.А. Митиш, Ю.С. Паскалова, И.А. Ерошин// Неотложная медицинская помощь. – 2015. - №2. – С.35-39.
3. Доброквашин С.В. Опыт хирургического лечения синдрома диабетической стопы/ С.В. Доброквашин, Р.Р. Якунов// Казанская медицинская хирургия. – 2010. – том 91, №5. – С.630-633.
4. Шапкин Ю.Г. Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы, осложненного гнойно-некротическим процессом/ Ю.Г. Шапкин, Е.В. Ефимов, А.В. Мирошкевич// Новости медицины. – 2012. – том 20, №6. – С.116-120.
5. Галимов О.В. Синдром диабетической стопы, принципы комплексного лечения/ О.В. Галимов, О.В.Ханов, Г.Ф. Галиева// Вестник хирургии им. Грекова. – 2015. – том 174, №5. – С.61-65.
6. Лохвицкий С.В. Направленный транспорт антибиотиков при лечении больных с диабетической гнойной остеоартропатией/ С.В. Лохвицкий, Ш.А. Ержанов, М.И. Бишболкин // Журнал сахарного диабета. – 1999. - №3. – С.40-42.
7. Жолдошбеков Е.Ж. Синдром диабетической стопы/ Е.Ж. Жолдошбеков. - Бишкек, 2014. – 186 с.
8. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии/ Ю.М.Левин. - М: Медицина, 1986. – 287 с.
9. Походенько-Чудакова И.О. Современная физиотерапия в комплексном лечении гнойно-воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области и шеи: учеб.-метод. пособие/ И.О. Походенько – Чудакова, Н.Н. Чешно. - Минск: БГМУ, 2013. -27 с.
10. Атыканов А.О. Эффективность лечения воспалительных заболеваний придатков матки у женщин репродуктивного возраста/ А.О. Атыканов, М.Б. Осмонова// Вестник КРСУ. – 2014. – том 14, №4.– С. 28-31.

ОДНОРЯДНЫЙ КИШЕЧНЫЙ ШОВ КАК МЕРА ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев, К.И. Ниязбеков

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: bsaifulaev@bk.ru

Резюме. Проанализированы результаты лечения 36 больных, которым были наложены однорядные кишечные ручные анастомозы, оперированных в экстренном и неотложном порядке по поводу острой кишечной непроходимости (75%), различных ранений кишечника (16,7%) и тромбоза брыжеечных артерий (8,3%). Для профилактики несостоятельности швов кишечных анастомозов использовали аппликацию фибрин-коллагеновой субстанции на линию кишечных швов, интра- и послеоперационную лимфостимуляцию.

Благодаря разработанному комплексу мероприятий ни одного случая несостоятельности швов кишечных анастомозов не было зафиксировано. Выявлен один случай анастомозита, который был излечен консервативным путем.

Ключевые слова: кишечный анастомоз, несостоятельность, однорядный шов, меры профилактики, фибрин-коллагеновая субстанция, лимфостимуляция.

ШАШЫЛЫШ ХИРУРГИЯДАГЫ БИР КАТАР ИЧЕГИ ТИГИШТЕРИ ИЧЕГИ АНАСТОМОЗДУРУНУН ТУРУКСУЗДУГУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАСЫ КАТАРЫ

А.И. Мусаев, М.К. Жаманкулова, Б.О. Сайфулаев, К.И. Ниязбеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова),
Комбустиология курсу бар жалпы практикалык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Курч ичегинин өтө алгыстыгында (75%), ичегинин ар түрдүү жаракаттарында (16,7%) жана чычыркай артерияларынын тромбозунда шашылыш операция жасалган бейтаптарга бир катар ичеги анастомоздору колго тигилген 36 оорулууну дарылоонун жыйынтыктары анализденген. Ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугун алдын алуу үчүн ичеги тигиштеринин сызыгына

фибрин-коллагендик субстанциянын аппликациясын, операция учурунда жана андан кийин лимфостимуляцияны колдонушкан.

Иштелип чыккан чаралар комплексине байланыштуу ичеги анастомоздорунун тигиштеринин туруксуздугу менен бир дагы учур катталган эмес. Бир гана учурда анастомозит катталган, ал консервативдик жол менен дарыланган

Негизги сөздөр: ичеги анастомозу, туруксуздук, бир катар тигиш, алдын алуу чаралары, фибрин-коллагендик субстанциясы, лимфостимуляция.

SINGLE-ROW INTESTINAL SEAM AS A MEASURE FOR PREVENTING INTESTINAL ANASTOMOTIC FAILURE IN EMERGENCY SURGERY

A.I. Musaev, M.K. Zhamankulova, B.O. Saifulaev, K.I. Niiazbekov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector – d.m.s, professor Kudaibergenova I.O),

Department of surgery of general practice with a course of combustiology

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The results of treatment of 36 patients were analyzed, which were imposed single-row manual intestinal anastomoses, operated on in an emergency or urgent order for acute intestinal obstruction (75%), various intestinal injuries (16.7%) and mesenteric artery thrombosis (8.3%). Application of fibrin-collagen substance to the intestinal suture line, intra- and post-operative lymphostimulation were used to prevent the failure of intestinal anastomosis sutures,

Thanks to the developed complex of measures of any case of incompetence of sutures of intestinal anastomoses has not been fixed. There was one case of anastomosis that was treated conservatively.

Key words: intestinal anastomosis, insolvency, single row seam, preventive measures, fibrin-collagen substance, lymphostimulation.

Введение. Формирование соустьий между полыми органами является неотъемлемой частью абдоминальной хирургии. Несмотря на значительные успехи современной абдоминальной хирургии, одним из тяжелейших осложнений в раннем послеоперационном периоде после резекций и реконструктивных операций на полых органах брюшной полости является несостоятельность швов анастомоза. По данным разных авторов, она колеблется от 3 до 32,1 % с летальностью, достигающей от 5,7 до 89,0 % [1, 2]. Многообразие видов кишечного шва – более 450 (В.Н. Егиев, 2002) [3] и появление новых методов его наложения (аппаратный шов, использование компрессионных устройств, клеевых композиций и т.п.) свидетельствуют об

известной неудовлетворенности хирургов достигнутыми результатами.

В настоящее время в абдоминальной хирургии по-прежнему доминируют разновидности ручного шва. При этом среди хирургов растет число сторонников применения однорядного его варианта. Они считают, что увеличение числа рядов шва не снижает риска его несостоятельности [4, 5].

Настоящим испытанием для любой хирургической техники является ее применение в экстренных условиях и в колоректальной хирургии. Сравнение результатов экстренных резекций желудка и тонкой кишки, выполненных с применением однорядного непрерыв-

ного и двухрядного швов, показало значимые преимущества первого [6].

Высокая частота осложнений и летальности явились основанием для выполнения нашего исследования.

Цель: Изучить эффективность наложения однорядного кишечного анастомоза в неотложной хирургии и разработать меры профилактики несостоятельности кишечного анастомоза.

Материалы и методы

В нашем исследовании, которое проводилось с 2017 по 2019 гг. приняли участие 36 больных в возрасте старше 20 лет. Чаще всего обращались больные в возрастной группе от 51 до 60 лет, по полу - преимущественно поступали женщины (табл. 1).

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего	из них в возрасте						
	абс.	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60
Муж	14	38,9	-	1	3	-	7	3
Жен	22	61,1	1	4	4	6	3	4
Всего	36	100	1	5	7	6	10	7
%	100	2,7	14	19,4	16,6	27,7	19,4	

Все больные госпитализированы в экстренном порядке. По срокам заболевания самой многочисленной группой явились больные, поступившие с

давностью заболевания от 12 часов до суток, которые составили 50 % всех исследуемых (табл. 2).

Таблица 2 - Сроки заболевания экстренных больных

Срок	до 6ч	от 7-12ч	от 13-24ч	от 25-72ч	позже 3- суток
Всего 36	9	5	18	3	1
%	25	14	50	8,3	2,7

По характеру патологии: 75,0% всех исследуемых поступили с клиникой острой кишечной непроходимости, 8,3% с тромбозом мезентериальных со-

судов, 16,7% с различными ранениями кишечника.

Проанализировав причины, приведшие к острой кишечной непроходимости, выяснено, что самой частой причи-

ной явились спаечная болезнь брюшной полости, которая составила 27,7%, ущемленные грыжи составляли 22,2% и по 5,5% – заворот сигмовидной киш-

ки, инородное тело ЖКТ, инвагинация кишечника и рак толстого кишечника (табл. 3).

Таблица 3 - Характер патологии

Заболевание	абс.	%
Кишечная непроходимость, из них:	27	75
Ущемленные грыжи	8	22,2
Заворот сигмовидной кишки	2	5,6
Спаечная болезнь	10	27,7
Инвагинация	2	5,6
Инородное тело ЖКТ	2	5,6
С-г толстого кишечника	3	8,3
Тромбоз мезентериальных артерий	3	8,3
Различные ранения кишечника	6	16,7
Всего	36	100

Всем больным проведена предоперационная подготовка, которая по времени длилась не более одного часа и включала в себя инфузионную терапию для восполнения объема циркулирующей крови (ОЦК) и поддержания водно-электролитного состава крови, для декомпрессии желудочно-кишечного тракта устанавливали назогастральный зонд, проводились очистительные клизмы.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы в экстренном порядке, под эндотрахеальным наркозом. Больным проведены следующие виды операции: правосторонняя гемиколэктомия 7 (19,4%) больным, левосторонняя гемиколэктомия – 6 (16,6%), резекция сигмовидного отдела толстого кишечника – 8 (22,2%), резекция тонкого кишечника 15 (41,6%) больным. Всем больным были наложены однорядные ручные анастомозы.

Однорядный кишечный шов не лишен недостатков, и в связи с тем, что

больные были прооперированы в экстренном порядке, без подготовки кишечника в должной мере, с целью профилактики несостоятельности кишечных анастомозов, мы использовали разработанные нами меры профилактики – это аппликация фибрин-коллагеновой субстанции (ФКС) на линию швов и проведение региональной лимфостимуляции. После этапов резекции кишечника, проводили обработку анастомозируемых концов кишечника 70% спиртом, отсекалась брыжейка от серозной оболочки кишки на 5-6 мм с целью четкой визуализации слоев кишечной стенки. Далее формировали однорядный анастомоз серозно-мышечно-подслизистыми узловыми швами. ФКС предварительно смачивали в физиологическом растворе натрия хлорида комнатной температуры, далее размещали на линию швов и придерживали в течение трех-пяти минут. Аппликация ФКС проводилась в самом

конце операции, во избежание отслойки аппликата во время санации и дренирования брюшной полости.

Из 36 больных 15 (41,6 %) больным применили ФКС, показанием к применению ФКС явились: срок заболевания 24 часа и более, наличие серозно-гнояного и гнойного выпота в брюшной полости и инфильтрированная брыжейка кишечника.

Кроме того, для профилактики несостоятельности однорядного ручного кишечного анастомоза мы использовали интра- и послеоперационную лимфостимуляцию, которая проводилась следующим образом: После этапов резекции кишечника, наложения анастомоза и аппликации ФКС, проводи-

лись инъекции лимфотропной смеси, в брыжейку кишечника, ближе к зоне анастомоза, в зону максимального расположения лимфатических узлов и сосудов. Далее в брыжейку кишечника фиксировали микроирригатор, периферический конец которого выводили наружу. Через этот микроирригатор в послеоперационном периоде один раз в сутки вводилась лимфотропная смесь в течение 4-5 дней.

В послеоперационном периоде оценивали такие клинические показатели, как исчезновение боли, нормализация температуры тела, нормализация количества лейкоцитов, отхождение газов и первый стул после операции (таблица 4).

Таблица 4 - Результаты клинических показателей

Клинические показатели	сутки после операции
	$M \pm m$
Исчезновение боли	$5,6 \pm 0,31$
Нормализация температуры тела	$4,2 \pm 0,42$
Нормализация количества лейкоцитов	$5,3 \pm 1,4$
Отхождение газов	$3,8 \pm 0,22$
Первый стул после операции	$4,9 \pm 0,29$

Также прослеживалась динамика лейкоцитарного индекса интоксикации. Как видно из графика максимальное

значение ЛИИ приходилось на 3 сутки, после 3-х суток наблюдалось его снижение (рис.1).

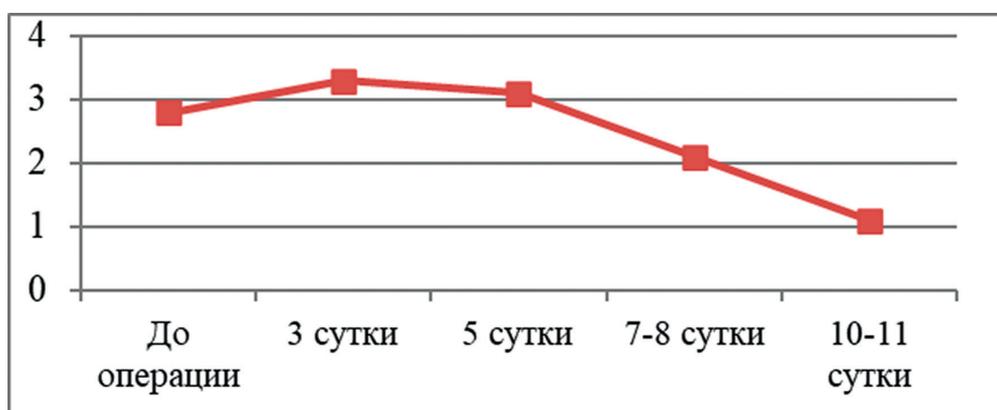


Рис. 1. Динамика ЛИИ.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли наличие свободной жидкости в брюшной полости и в отлогих местах, наличие газа вне просвета кишки, утолщение стенок приводящей и отводящей петель кишки, резкое ослабление или отсутствие перистальтики кишечника. Результаты УЗИ даны в табл. 5.

Таблица 5 - Результаты УЗИ

Сутки после операции	n-36							
	наличие свободной жидкости		наличие газа вне просвета кишки		утолщение стенки кишок		ослабление или отсутствие перистальтики	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3 сутки	3	8,3	-	-	2	5,5	5	13,8
5 сутки	2	5,5	-	-	2	5,5	1	2,7
7 сутки	-	-	-	-	1	2,7	1	2,7
Итого	5	13,8	-	-	5	13,8	7	19,4

На 3-и сутки наличие свободной жидкости определялось у троих больных, утолщение стенки кишок у двух, ослабление и отсутствие перистальтики у пяти. Наличие газов вне просвета кишки не определялось ни в одном случае за все время нашего наблюдения. На 7-е сутки у 1-го больного наблюдалось как утолщение стенки кишок, так и ослабление перистальтики. Случай расценен как анастомозит, который был излечен консервативным путем.

Таким образом, из немногочисленных наших исследований, мы пришли к следующим выводам:

1. При резекции кишечника в неотложной хирургии, наиболее предпочтительным является наложение однорядного шва;

2. Фибрин коллагеновая субстанция усиливает механическую прочность, обеспечивает герметичность линий швов и ускоряет репаративные процессы, тем самым предотвращает несостоятельность швов анастомоза.

3. Для профилактики несостоятельности швов у больных с первичными анастомозами на фоне острой кишечной непроходимости и распространенного перитонита целесообразно проведение региональной лимфотропной терапии в интра- и послеоперационном периодах.

Литература

1. Бадиков, В.Д. Антибиотикопрофилактика хирургической инфекции / В.Д. Бадиков, Г.Н. Цыбуляк, И.П. Миннуллин // *Вестн. хирургии.* – 2002. – №4. – С. 95-101.
2. Выбор метода оперативного лечения больных с паховыми грыжами / [В.Г. Сахаутдинов, О.В. Галимов, Е.И. Сендерович и др.] // *Хирургия.* – 2002. – № 1. – С. 45-48.
3. Егиев, В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. – М.: Медпрактика, 2002. – 100 с.
4. Применение кишечного шва в абдоминальной хирургии / [Ю.С. Винник, Л.В. Кочетова, Н.М. Маркелова и др.] // *Фундаментальные исследования.* – 2014. – №7-1. – С. 177-180.
5. Postoperative complications following surgery for rectal cancer / [B.C. Paun, S. Cassie, A.R. MacLean et al.] // *Ann Surg.* – 2010. – №251. – P.807.
6. Брискин, Б.С. Внутривольничные инфекции и их профилактика: взгляд хирурга / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян // *Consilium Medicum.* – 2001. – №6. – С. 309-312.

СТРЕССОВЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Р.А. Оморов, А.А. Абдиев, А.Ж. Акешов, М.С. Абдрасулова
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: meerimka.abdrasulova@gmail.com

Резюме. Цель – оценить результаты лечения и мер профилактики стрессовых язв после повторных операций на печени. В обследовании, помимо общеклинических методов, использовано УЗИ до операции и после нее, эзофагогастродуоденоскопия. Представлены результаты лечения 10 больных, у которых после операции возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением (из 208 оперированных стрессовые язвы у 10 – 4,8%). У всех использована гемостатическая терапия (хлористый кальций 10% – внутривенно, аминокaproновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса), из них умерло 3. На основании неудовлетворительных результатов лечения, разработаны меры профилактики стрессовых язв, которые включали следующие меры: орошение желудка озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, в первые 3-4 дня периодически ингаляции кислорода по 20-30 мин, назначали квамател внутривенно по 20 мг на 400 мл физиологического раствора хлорида натрия на протяжении 7-10 дней и раннее энтеральное питание. Из 102 оперированных, у которых осуществляли меры профилактики, стрессовые язвы возникли у одного (0,9%), осложненные кровотечением, которое остановлено гемостатическими средствами.

Меры профилактики стрессовых язв, осложненных кровотечением, позволили снизить их частоту с 4,8 до 0,9%.

Ключевые слова: заболевания печени, повторные операции, осложнения, стрессовые язвы, лечение, меры профилактики.

ИЧ-КӨНДӨЙ ХИРУРГИЯСЫНДА АШКАЗАНДЫН СТРЕСС ЖАРАЛАРЫ КАТАРЫ ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРҮ

Р.А. Оморов, А.А. Абдиев, А.Ж. Акешов, М.С. Абдрасулова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максат – боорго кайра кайталанып жасалган операциялардан кийинки ашказанда стресс жаралардын пайда болушун алдын алуу шарттарын жана жыйынтыгын аныктоо.

Изилдөөдө жалпы клиникалык ыкмалардан тышкаары, операцияга чейинки жана кийинки убакытта ультрадобуштук изилдөө жана эзофагогастродуоденоскопия колдонулду. Операциядан кийинки убакыттагы 10 бейтаптын ашказанында стресс жаралары пайда болуп, канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсү берилди (операция болгон 208 бейтаптын ичинен 10 – 4,8% да стресс жарасы катталды). Баардыгына гемостатикалык терапия колдонулуп (хлордуу кальций 10% венага, аминокапрон кычкылдыгы, жаңы тоңдурулган плазма, эритроциттик масса) көз жумганы 3. Канааттандырбаган жыйынтыктардан улам, ашказанда стресс жара пайда болуусун алдын алуу шарттарды иштеп чыгарылды, алар: 8-10 мкг/кг концентрациясындагы озондоштурулган физиологиялык хлордуу натрий менен ашказанды жуу, баштапкы 3-4 күндөрүндө 20-30 мүнөткө чейин кычкылтек менен ингаляция, 400 мл физиологиялык хлордуу натрийге 20 мг квамател кошуп 7-10 күнгө чейин венага куйуу жана эрте энтералдык тамак берүү.

Алдын алуу шарттарын колдонуп операция болгон 102 бейтаптын ичинен стресс жарасынын канап кетүүсү 1-0,9% бейтапта катталды, аны гемостатикалык дарылар менен токтоттук.

Ашказан стресс жарасынын канап кетүү түрдө өтүшүп кетүүсүнүн жыштыгын 4,8 ден – 0,9% чейин алдын алуу шарттар түшүрдү.

Негизги сөздөр: боор оорусу, кайталанган операция, өтүшүп кетүү, стресс жаралары, дарылоо, алдын алуу шарттары.

STRESSFUL STOMACH ULCERS AS A COMPLICATION IN ABDOMINAL SURGERY

R.A. Omorov, A.A. Abdiev, A.Zh. Akeshov, M.S. Abdrasulova

Kyrgyz State Medical Academy n. a. I.K. Akhunbaev,

Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The goal is to evaluate the results of treatment and measures to prevent stress ulcers after repeated liver operations. In the examination, in addition to general clinical methods, ultrasound was used before and after the operation, esophagogastroduodenoscopy. The results of treatment of 10 patients with stress ulcers complicated by bleeding after operation (from 208 operated, stress ulcers in 10 – 4.8%). All used hemostatic therapy (10% calcium chloride – intravenously, aminocaproic acid, freshly frozen plasma, erythrocyte mass), 3 of them died. Based on the unsatisfactory results of treatment, measures were developed for the prevention of stress ulcers, which included the following measures: irrigation of the stomach with an ozonized sodium

chloride solution with an ozone concentration of 8-10 mg/ml, periodically oxygen inhalation of 20-30 minutes for the first 3-4 days; 20 mg per 400 ml of physiological solution of sodium chloride for 7-10 days and early enteral nutrition. Of the 102 operated patients in whom preventive measures were taken, stress ulcers occurred in one (0.9%), complicated by bleeding, which was stopped by hemostatic agents.

Measures to prevent stress ulcers complicated by bleeding have reduced their frequency from 4.8 to 0.9%.

Key words: liver diseases, repeated operations, complications, stress ulcers, treatment, preventive measures.

Введение. Одним из наиболее сложных осложнений, которые наблюдаются при многих заболеваниях являются стрессовые язвы, осложненные перфорацией, кровотечением и эти осложнения отмечены у больных с обширными ожогами, тяжелыми черепно-мозговыми травмами [1], инфаркте миокарда [2], после тяжелых продолжительных операций с массивным кровотечением [3,4,5]. Все исследователи указывают, что стрессовые язвы, как правило, множественные и располагаются в основном в теле и антральном отделе желудка [6,7].

Основным механизмом в их возникновении являются нарушения взаимодействия агрессии и защиты слизистой оболочки желудка, и в этом важную роль играет ишемия слизистой оболочки, а также не маловажное место отводится нервно-психологическим факторам [8,9]. Основную роль в патогенезе стрессовых язв играет увеличение уровня цитокинов, которые способствуют снижению кровотока в слизистой оболочке желудка и угнетению защитных свойств [10,11].

Стрессовые язвы протекают бессимптомно и только при возникновении кровотечения они проявляются рвотой кровью, а при перфорации язв – пери-

тонитом. Лечение этих осложнений сложное, так как они возникают чаще всего у тяжелых больных. При перфорации выполняется операция, а при осложнении кровотечением среди хирургов нет единого мнения, но большинство используют консервативное лечение, хотя и оно не всегда эффективно. Ряд исследователей [12] указывают, что нужно как можно раньше выполнить гатродуоденоскопию для диагностики кровотечений и выбрать адекватную терапию. Учитывая сложность диагностики стрессовых язв, осложненных кровотечением, низкой эффективности терапии, нами обращено внимание на разработку и использование мер профилактики [13].

Цель исследования: оценить результаты лечения и мер профилактики стрессовых язв после повторных операций на печени.

Материал и методы обследования

Выполнен анализ 208 пациентов, оперированных на печени по поводу альвеококкоза, эхинококкоза и гемангиом и повторных операции в период с 2010 по 2014 г., в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек им производили радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе, резекции

печени при альвеококкозе и гемангиоме и повторные операции по поводу осложнений, возникших в послеоперационном периоде и потребовавших хирургического лечения (лапароскопическая холецистэктомия у 2-х и кишечная непроходимость у одного).

Вторую группу составили 108 пациентов, которым также выполняли операции на печени и повторные операции. Обе группы по характеру заболевания, объёму выполненных операции были равнозначны. Больным этой группы выполнены меры профилактики стрессовых язв.

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, свертываемость крови, ЭКГ) использовали УЗИ для определения характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений брюшной и грудной полости. При подозрении на возникновение стрессовых язв применяли эзофагогастродуоденоскопию.

Полученные результаты исследования обработаны с определением относительных величин (в %).

Результаты исследования

В результате выполненного анализа течения послеоперационного периоде из 208 оперированных у 10 возникли стрессовые язвы, осложненные кровотечением, что составило 4,8%. Из них мужчин – 6, женщин – 4, в возрасте от 32 до 60 лет. Ни у одного из них стрессовые язвы не установлены до возникновения кровотечения, а лишь после появления рвоты с кровью заподозрили это осложнение. С целью выявления источника кровотечения у 6 больных выполнена гастродуоденоскопия при

которой в области тела и антрального отдела желудка выявлены множественные кровоточащие изъязвления слизистой размером 0,3x0,4 см, а у 4 – эндоскопическое исследование не выполнено из-за тяжести состояния. Из 10 больных у 4 кровотечение возникло на 3 сутки после операции, еще у 3 на 4 сутки и у 3 на 5 сутки. Это осложнение проявилось резким ухудшением общего состояния больных, падением артериального давления до 80/60 мм рт.ст., частым пульсом, снижением уровня гемоглобина, а затем возникла многократная рвота кровью.

Выполняли гемостатическую терапию у всех пациентов, введение хлористого кальция 10%-10,0 внутривенно, викасол, аминокaproновая кислота, свежезамороженная плазма, эритроцитарная масса, и добиться улучшения и остановить кровотечение удалось у 7, а трое умерли от продолжающегося кровотечения и нарастания полиорганной недостаточности.

Учитывая эти результаты, нами было обращено внимание на профилактику стрессовых язв, которое было направлено на снижение агрессии желудочного содержимого.

До операции больным, которым планировали обширное вмешательство, за 3-4 дня назначали квамател по 20 мг на 400 мл на физиологическом растворе хлорида натрия.

К концу операции вводили в желудок назогастральный зонд, отмывали содержимое, зонд оставляли на 2-3 суток в течение которых ежедневно многократно орошали желудок озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, а

внутривенно по 400 мл озонированного раствора с концентрации 3-4 мкг/мл.

После операции ежедневно назначали ингаляции кислорода по 20-30 минут, 3-4 раза в сутки. Через сутки после операции больные получали квамател по 20 мг внутривенно на протяжении 7-10 суток, в зависимости от тяжести состояния больных, а затем продолжали назначение кваматела в таблетках на 2-3 недели. Мы назначали этот препарат, так как по данным многих исследователей [1,2,13] этот препарат вызывает быстрое и выраженное торможение желудочной секреции, продолжительность действия составляет 10-12 часов, препарат не токсичен для печени. Мы считаем необходимым в комплексе профилактических мер включать раннее энтеральное питание (на 2-е сутки), оно препятствует проникновению бактерий через слизистую оболочку, связывает соляную кислоту и пепсин, снижая ацидопептическую агрессию.

Эти меры профилактики были использованы нами у 102 больных, у которых выполнены обширные операции. В результате проведенных мер у одного больного на 4-е сутки после операции появилась слабость, снизилось артериальное давление и была однократная рвота кровью. После гемостатической терапии улучшилось общее состояние, выполнена гастродуоденоскопия при которой выявлены мелкие эрозивные, кровоточащие участки в области тела желудка. Продолжена гемостатическая терапия и введение кваматела и озонированных растворов внутривенно. Состояние больного постепенно улучшалось, стабилизировались гемодинамические показатели и на 14 сутки после

операции выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты группы больных, которым провели меры профилактики показали целесообразность их применения в абдоминальной хирургии.

Обсуждение

Анализ случаев возникновения стрессовых язв, осложненных кровотечением показал, что это осложнение не является редкостью, особенно после травматичных, продолжительных операций и по нашему материалу это осложнение составило 4,8%. Консервативное лечение мало эффективно, из 10 больных умерли 3, а оперативное лечение было невозможным из-за тяжести состояния больных. Это осложнение в основном обусловлено нарушением взаимодействия факторов агрессии и защиты слизистой оболочки желудка, а также возникновением ишемии слизистой и повреждение стенки желудка соляной кислотой. Учитывая эти факторы, мы и строили меры профилактики для предотвращения возникновения стрессовых язв.

Так как немаловажное значение имеет нервно-психологический фактор, то перед операцией обязательно беседовали с больными, в доступной форме объясняли сущность операции и какое должно быть поведение больного после операции, чтобы снизить агрессию желудочного содержимого. Выполняли орошения желудка озонированным раствором, которое было направлено на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина в желудочном содержимом. Для снижения гипоксии, которое, как правило, имеет место после травматичной операции, назначили ингаляции

кислорода, что существенно улучшало состояние больных. Раннее энтеральное питание также было направлено на снижение концентрации соляной кислоты и пепсина и кроме того инфицирование брюшной полости. Квамател способствовал снижению агрессии слизистых. Этот комплекс мер оказал существенное влияние на частоту возникновения стрессовых язв и развития такого осложнения как кровотечение. Поэтому после травматичных операции в абдоминальной хирургии значительно легче предотвратить возникно-

вание стрессовых язв, чем их лечение, которое сложное и малоэффективное.

Выводы:

1. После операций на печени и повторных операции, стрессовые язвы, осложненные кровотечением, составили 4,8%.

2. Разработанные и внедренные меры профилактики стрессовых язв позволили снизить их частоту возникновения с 4,8 до 0,9%.

3. Меры профилактики могут быть использованы в абдоминальной хирургии после травматичных операций.

Литература

1. Шагивалеев, Н.А. Острые «стрессовые» язвы желудочно-кишечного тракта у пациентов с черпно-мозговыми травмами [текст]/ Н.А. Шагивалеев, В.Г. Самодай // Сб.научн.тр.академии травматологии и ортопедии им Бурдеино. – М., 2010. – С. 28-31.
2. Бокерия, Л.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии [текст]/ Л.А. Бокерия, М.Б. Ярустовский, Е.А. Шипова. – М.: Медицина, 2004. – 112 с.
3. Бебезов, Х.С. Результаты хирургического лечения, осложненного альвеококкоза печени [текст]/ Х.С. Бебзов, Б.Х. Бебезов, Н.Д. Мамашев// Актуальные проблемы хирургической гепатологии: материалы XIX международного конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. - Иркутск, 2012 – С.89-90
4. Кровосберегающие аспекты при обширных резекциях печени [текст]/ [М.А. Алиев, Б.Б. Баймаханов, Т.Ч. Самратов и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. - №3 – С.138 – 149.
5. Кубышкин, В.А. Эрозивно – язвенное поражение верхних отделов желудочно – кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде [текст]/ В.А. Кубышкин, К.В. Шишин // *Хирургия. – Consilium Medicum*. – 2004. - №1. – С. 17-20.
6. Опыт резекционных вмешательств при альвеококкозе печени [текст]/ [М.А. Сексембаев, М.Е. Рамазанов, Д.С. Токсанбаев и др.] // *Вестник хирургии Казахстан*. – 2012. - №1. – С. 101 – 103.
7. Батырова, А.Н. Эрозивно – язвенное поражение гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операция, травма, шок) и тяжелых заболеваниях внутренних органов [текст]/ А.Н.Батыров, Г.С. Бердалина// *Вестник КазНГУ*. – 2014. - №2. – С. 22-24.
8. *Vojrabukka, T. Postoperative problems and management after hepatic resection for blunt injury to the live [text]/T. Vojrabukka, A.L. Bloom, M.*

- Sussman*//*Br. J. Surg.* – 1975. – vol. 62, №3. – P. 189 – 200.
9. Шептулин, А.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы [текст]/ А.А. Шептулин // *Гастроэнтерология.* – 2016. - №4. – С. 72-75.
 10. *Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: review of the evidence [text]*/ W. Althazzori, M. Alshahrani, P. Moayyedi, R. Jaeschke// *Arch.med.* – 2012. - Vol. 122 (3). – P. 107-114.
 11. Криохирurgia очаговых поражений печени [текст]/ [Б.И. Альперович, Н.В. Мерзликин, В.Н. Сало и др.] // *Бюллетень Сибирской медицины.* – 2011. - №1. – С. 143-149.
 12. Профилактика стресс-поврежденный верхнего отдела желудочно – кишечного тракта у больных в критических состояниях [текст]/ [Б.Р. Гельфанд, А.Н. Мартынов, В.А. Гурьянов и др.] // *Consilium Medicum.* – 2003. – приложение 2. – С. 16-20.
 13. Логинов, А.Ф. Обоснование и основы применения кваматела для лечения гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением [текст]/ А.Ф. Логинов, А.Б. Калинин, Е.В. Мороз // *Язвенные болезни желудка: тезисы респуб. конф.* – Анапа, 1996. – С. 98 – 100.

УДК 616.36-002.951.21-06-07-089

ПОЛИПЫ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ

А.А. Сопуев¹, С.А. Турдалиев², С.А. Бакиров³,
М.М. Бигишиев¹, М.Э. Эрнисова¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

² Национальный хирургический центр Министерства Здравоохранения КР
г. Бишкек, Кыргызская Республика

³ Ошская межобластная объединенная клиническая больница
г. Ош, Кыргызская Республика

E-mail: sopuev@gmail.com

Резюме. В данном исследовании представлен анализ факторов риска развития и динамика изменений распространенности полипов желчного пузыря (ПЖП) в Кыргызской Республике за период с 2009 по 2019 год. Проведен анализ 6067 человек, прошедших скрининг общего состояния организма, включая ультразвуковое обследование органов брюшной полости в период с 2009 по 2019 год. Для оценки распространенности полипов желчного пузыря случайным образом были отобраны 1779 человек соответствующих по полу и возрасту. Факторы риска развития полипов желчного пузыря были проанализированы между ПЖП-положительными и ПЖП-отрицательными группами в течение 2009-2011 гг. (Период А) и 2017-2019 гг. (Период В). Годовая распространенность полипов желчного пузыря за 11-летний период составила 6,3%. Годовая распространенность увеличилась с 2,9% в периоде А до 8,5% в периоде В. Независимыми факторами риска развития ПЖП в обоих периодах были мужской пол и ожирение. Позитивность поверхностного антигена вируса гепатита В (HBsAg) была фактором риска для ПЖП в период А, но не являлось в периоде В. Факторы риска развития ПЖП изменились с позитивности HBsAg на аномалии липидного профиля. Другие переменные такие как возраст, артериальная гипертензия, сахарный диабет, нарушение глюкозы натощак, хронический вирусный гепатит С и тесты функции печени не коррелировали с ПЖП. В данном исследовании выявлено изменение факторов риска развития и увеличение распространенности полипов желчного пузыря в Кыргызской Республике, что подчеркивает актуальность данного исследования.

Ключевые слова: полип, желчный пузырь, распространенность, факторы риска, ожирение, мужской пол.

ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ПОЛИПТЕРИ. АЛДЫН АЛУУ ЖАНА КОРКУНУЧ ФАКТОРЛОРУ

**А.А. Сопуев¹, С.А. Турдалиев², С.А. Бакиров³,
М.М. Бигишиев¹, М.Э. Эрнисова¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

² Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу
Улуттук хирургия борбору

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

³ Ош облустар аралык бириккен клиникалык оорукана
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул изилдөөдө 2009-2019-жылдар аралыгында Кыргыз Республикасында өт баштыкчасынын полиптеринин (ӨБП) таралышынын өнүгүшүнө жана өзгөрүү динамикасына таасир этүүчү факторлордун анализи келтирилген. 2009–2019-жылдар аралыгында организмдин жалпы абалын текшерүүдөн өткөргөн, анын ичинде ич органдарын ультра үн менен текшерүүдөн өткөргөн 6067 адамга анализ жүргүзүлдү. Өт баштыкчасынын полиптеринин таралышын баалоо үчүн 1779 адам жынысына жана жашына жараша туш келди тандалып алынган. Өт баштыкчасынын полиптерин иштеп чыгуу тобокелдик факторлору ӨБП -оң жана ӨБП -терс топторунун ортосунда 2009–2011-жылдар аралыгында талданган. (А мезгил) жана 2017–2019-жылдар (В мезгили). Өт баштыкчасынын полиптеринин жылдык таралышы 11 жылдык мезгилде 6,3% ды түздү. Жылдык таралуу А мезгилиндеги 2,9% дан В мезгилинде 8,5% га чейин жогорулады. Эркектердин жынысы жана семирүү эки мезгилде өт баштыкчасынын полиптеринин өнүгүшүнө көз карандысыз тобокелдик факторлорунан болушкан. Гепатит В үстүңкү антигенинин (HBsAg) позитивдүүлүгү А мезгилинде ӨБП үчүн коркунучтуу фактор болгон, бирок В мезгилинде болгон эмес. ӨБП өнүгүү коркунучу HBsAg позитивинен липиддик аномалияга өзгөргөн. Курак, гипертония, кант диабетти, глюкоза, өнөкөт гепатит С вирусу жана боордун иштешин текшерүү сыяктуу башка өзгөрмөлөр ӨБП менен байланышкан эмес.

Бул изилдөөнүн натыйжасында өт баштыкчасынын полиптеринин өнүгүү коркунучу факторлорунун өзгөрүшү жана Кыргыз Республикасында өт баштыкчасынын полиптеринин таралышынын көбөйүшү аныкталды, бул ушул изилдөөнүн актуалдуулугун баса белгилейт.

Негизги сөздөр: полип, өт баштыкчасы, жайылышы, тобокелдик факторлору, семирүү, эркек жынысы.

GALL BLADDER POLYPS. PREVALENCE AND RISK FACTORS

A.A. Sopuev¹, S.T. Turdaliev^{2,3}, S.A. Bakirov³,
M.M. Bigishiev¹, M.E. Ernisova¹

¹ Kyrgyz State medical academy named after I. K. Akhunbaev

² National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

³ Osh Interregional United Clinical Hospital
Osh, Kyrgyz Republic

Abstract. This study presents an analysis of risk factors for the development and dynamics of changes in the prevalence of gallbladder polyps (GBP) in the Kyrgyz Republic for the period from 2009 to 2019. An analysis of 6067 people, who underwent screening of the general condition of the body, including an ultrasound examination of the abdominal organs, was carried out in the period from 2009 to 2019. To assess the prevalence of gallbladder polyps, 1779 people were randomly selected according to gender and age. Risk factors for developing gallbladder polyps were analyzed between the GBP -positive and GBP -negative groups during 2009-2011. (Period A) and 2017-2019 (Period B). The annual prevalence of gallbladder polyps over the 11-year period was 6.3%. The annual prevalence increased from 2.9% in period A to 8.5% in period B. Male gender and obesity were independent risk factors for the development of GBP in both periods. Hepatitis B surface antigen (HBsAg) positivity was a risk factor for GBP in period A but was not in period B. Risk factors for GBP development changed from HBsAg positivity to lipid abnormalities. Other variables such as age, hypertension, diabetes mellitus, impaired fasting glucose, chronic hepatitis C virus, and liver function tests were not correlated with GBP.

This study revealed a change in risk factors for development and an increase in the prevalence of gallbladder polyps in the Kyrgyz Republic, which emphasizes the relevance of this study.

Keywords: polyp, gallbladder, prevalence, risk factors, obesity, male gender.

Введение. Полипы желчного пузыря – распространенная патология и к числу всех заболеваний она составляет 3-6%, к числу же всех операций на желчном пузыре – до 10%, что указывает на то обстоятельство, что полипы не являются редкостью. Полипы желчного пузыря (ПЖП) – это избыточное разрастание эпителия слизистой оболочки

желчного пузыря, которое обычно обнаруживается случайно при ультразвуковом исследовании (УЗИ). Широкое распространение ультразвукового исследования у пациентов с подозрением на желчно-каменную болезнь позволило установить, что полиповидные образования в желчном пузыре – это довольно частое явление. Распростра-

ненность заболевания среди населения составляет по данным литературы 1,5-9,5% [1].

В последние годы многие исследователи отмечают рост заболеваемости, что, возможно, обусловлено не только увеличением числа больных, но и совершенствованием методов диагностики. За последние десятилетия достигнуты определенные успехи в изучении ПЖП, однако в мировой и особенно в отечественной литературе данная группа заболеваний, объединенная под названием «полип» желчного пузыря, не нашла широкого освещения [2].

Клиническое значение ПЖП заключается в их злокачественном потенциале. Хотя зарегистрированный уровень злокачественных новообразований ПЖП составляет всего 3-8%, поздние или пропущенные диагнозы рака желчного пузыря могут быть смертельными. Общая 5-летняя выживаемость рака желчного пузыря исторически меньше 5%, однако, этот показатель значительно улучшился в связи с увеличением показателей раннего лечения [3].

Поскольку патогенез ПЖП еще не был четко определен, оценка факторов риска развития ПЖП улучшит его понимание, диагностику и профилактику. Наблюдается рост уровня обнаружения ПЖП за счет улучшения качества и доступности УЗИ. В нескольких исследованиях на основе УЗИ сообщается о распространенности ПЖП. Тем не менее, распространенность ПЖП варьируется в широких пределах среди различных групп населения и схем исследования. Имеется недостаточное количество данных о распространенности ПЖП за период более чем 10 лет в конкретной

этнической группе с поправкой на изменения факторов риска [4].

Таким образом, целью этого исследования явилась оценка изменений распространенности и факторов риска для ПЖП в Кыргызстане.

Материалы и методы исследования

В период с января 2009 года по декабрь 2019 года 6067 человек прошли УЗИ брюшной полости в рамках медицинского обследования в Медицинском центре Кыргызской Государственной медицинской академии и Национальном хирургическом центре. Все протоколы этих исследований были подвергнуты комплексному анализу. После исключения субъектов, которым была выполнена холецистэктомия, была проведена случайная выборка с учетом возраста и пола и соотношения состава населения. Процесс выборки основывался на данных переписи населения Национального статистического комитета КР, проведенной в 2009 году [5]. Это исследование включает 1779 индивидов (861 мужчин и 918 женщины). Чтобы оценить тренды ПЖП по временным периодам, мы разделили общий 11-летний период на период А (2009-2011) и период В (2017-2019). Из общего числа 1779 исследованных субъектов 470 входили в период А, а 620 - в период В. В таблице 1 показано распределение по возрасту и полу исследуемой группы населения в периоды А и В. Если пациент прошел более одного клинического обследования в наших центрах, то окончательными считали результаты последнего обследования.

Таблица 1- Возрастное и гендерное распределение изучаемого населения

Период	Возраст	Мужчины		Женщины		Всего
		М	%	М	%	
Период А (2009-2011 гг.)	20-29	52	11,1	49	10,3	101
	30-39	53	11,3	55	11,7	108
	40-49	55	11,7	57	12,1	112
	50-59	35	7,5	37	7,9	72
	Старше 60	33	7	44	9,4	77
	Всего	228	48,6	242	51,4	470
Период В (2017-2019 гг.)	20-29	68	11,0	65	10,4	133
	30-39	70	11,3	73	11,7	143
	40-49	73	11,8	75	12,1	148
	50-59	47	7,6	49	7,9	96
	Старше 60	42	6,8	58	9,4	100
	Всего	300	48,5	320	51,5	620

Диагноз ПЖП. После минимально 11-ти часового отказа от приема пищи и жидкости проводили УЗИ при помощи Philips HD 11 XE (Philips, Bothell, WA, USA) и Mindray DC-3 (Shenzhen Mindray Bio-Medical Electronic Co. Ltd., China), оснащенных 3,5/5,0 МГц ультразвуковым датчиком. Согласно стандартным ультразвуковым критериям, ПЖП диагностировали, если образования были неподвижными, гиперэхогенными массами без акустического затенения, которые были прикреплены к стенке желчного пузыря (ЖП) [6].

Анализ факторов риска. Образцы сыворотки крови собирали рано утром после того, как испытуемый отказывался от приема пищи не менее 8 часов. Уровни глюкозы в плазме натощак (FPG), аспаратаминотрансферазы (AST), аланинаминотрансферазы (ALT), общего холестерина, триглицеридов (TG), холестерина липопротеи-

нов высокой плотности (HDL-C), γ -глутамилтрансферазы (γ -GTP) и общий билирубин измеряли с использованием автоанализатора Hitachi-747 (Hitachi, Nakashi, Tokyo, Japan). Поверхностный антиген гепатита В (HBsAg) и антитело к вирусу гепатита С (анти-ВГС) определяли с использованием Автоматический ИФА-анализатор Brio 2+ {Seac (Radim Group), Италия}.

Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывали путем деления веса на квадрат роста ($\text{кг}/\text{м}^2$). Ожирение определялось в соответствии с критериями ИМТ Всемирной организации здравоохранения для азиатской популяции как ИМТ $\geq 25 \text{ кг}/\text{м}^2$ [12]. Артериальное давление (АД) измеряли на левой руке каждого пациента в сидячем положении после 5-10 минут спокойного отдыха с помощью ртутного сфигмоманометра. Считалось, что субъект имел гипертоническую болезнь (ГБ), если у него было

систолическое АД ≥ 140 мм рт.ст. или диастолическое АД ≥ 90 мм рт.ст. или он принимал антигипертензивные препараты [7]. Сахарный диабет (СД) диагностировали, когда уровень глюкозы в плазме натощак составлял ≥ 126 мг/дл, уровень гемоглобина A1c составлял $\geq 6,5\%$, или когда пациента лечили пероральными гипогликемическими средствами или инсулином. Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) определяли как уровень FPG 100-125 мг/дл [7]. Категоризованное пороговое значение биохимии сыворотки крови определяли в соответствии с эталонным стандартом нашей лаборатории.

Статистический анализ. Статистический анализ проводили с использованием SPSS версии 18.0 (SPSS, Inc., Чикаго, Иллинойс, США). Т-тест Стьюдента использовался для сравнения непрерывных переменных. Категориальные переменные были проанализированы с использованием хи-квадрата

Пирсона и точного критерия Фишера. Логистический регрессионный анализ был использован для анализа потенциальных факторов риска для ПЖП. Двусторонние значения $P < 0,05$ считались статистически значимыми.

Результаты исследования

Общие характеристики ПЖП. В таблице 2 показаны базовые характеристики кыргызской популяции, оцененные от периода А до периода В. Присутствие HBsAg ($P < 0,001$) чаще наблюдалось в периоде А, чем в периоде В. Субъекты в этих двух периодах не различались по возрасту, гендерному распределению, среднему ИМТ, наличию HTN, DM, IFG или конкрементов желчного пузыря и другим лабораторным показателям. Средние размеры ПЖП составляли $4,10 \pm 1,94$ мм в период А и $3,67 \pm 1,61$ мм в период В. В общей сложности 68,8% (15/470) ПЖП в период А и 73,5% (32/620) ПЖП в период В были > 5 мм.

Таблица 2 - Характеристики участников в периоде А и В

Показатели	Период А (2009-2011 гг)		Период В (2017-2019 гг)		P-value
	Число	Процент	Число	Процент	
Возраст	41,12 \pm 12,94		41,41 \pm 12,56		0,431
Пол					0,999
Мужчины	228	48,5	300	48,4	
Женщины	242	51,5	320	51,6	
ИМТ (кг/м ²)	23,1 \pm 3,11		23,46 \pm 3,30		0,195
Коморбидность					
ГБ	104	22,1	116	18,7	0,149
СД	27	5,7	39	6,3	0,267
НТГ	13	2,8	9	1,5	0,174
Общий холестерин > 200 мг/дЛ	83	17,7	102	16,5	0,123
ТГ > 150 mg/dl	61	13,0	68	11,0	0,171
ЛПВП, женщины < 50 , мужчины < 40 mg/dL	79	16,8			0,337
АСТ > 50 IU/L	32	6,8	42	6,8	0,910
АЛТ > 50 IU/L	43	9,1	56	9,0	0,926

ГГТ > 55 IU/L	40	8,5	48	7,7	0,296
Общий билирубин > 1,2 mg/dL	65	13,8	83	13,4	0,598
HBsAg (+)	23	5,0	20	3,2	< 0,001
HCV Ab (+)	3	0,6	3	0,5	0,276
Конкременты желчного пузыря	13	2,8	21	3,4	0,178

Данные № (%) или среднее значение \pm стандартное отклонение. ИМТ, индекс массы тела; HTN, гипертония; СД, сахарный диабет; IFG, нарушение глюкозы натощак; ТС, общий холестерин; ТГ, триглицерид; ЛПВП, холестерин липопротеинов высокой плотности; АСТ, аспартатаминотрансфераза; АЛТ, аланинаминотрансфераза; γ -GTP, γ -глутамилтрансфераза; HBsAg, поверхностный антиген гепатита В; HCV Ab, антитело к вирусу гепатита С; ГБ, желчный пузырь.

Распространенность ПЖП. Среди 1779 субъектов 96 имели ПЖП, а общая распространенность в течение 11-летнего периода составляла приблизительно 5,3%. Годовая распространенность ПЖП показана на Рис.1. Кривая распространенности линейно увеличилась с 2,9% в 2009 году до 8,5% в 2019 году. С периода А до периода В среднегодовая распространенность увеличилась с 3,8% до 7,2%. В течение всего периода исследования средний возраст ПЖП в основной и контрольной группах со-

ставлял $42,55 \pm 12,75$ и $43,29 \pm 13,77$ года соответственно. ПЖП чаще встречались у мужчин (54/861; 6,3%), чем у женщин (42/918; 4,5%). Распространенность ПЖП была далее стратифицирована по полу в разных возрастных группах в периоды А и В. Мужчины показали более высокую распространенность, чем женщины во всех возрастных группах и в обоих периодах. Пик распространенности был у мужчин в возрасте 30-39 лет (7,0% в периоде А и 9,3% в периоде В; Рис. 2).

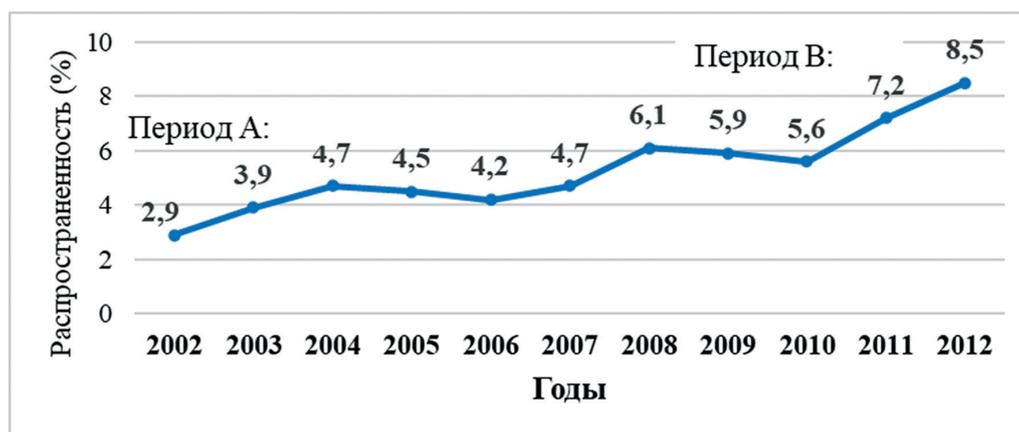
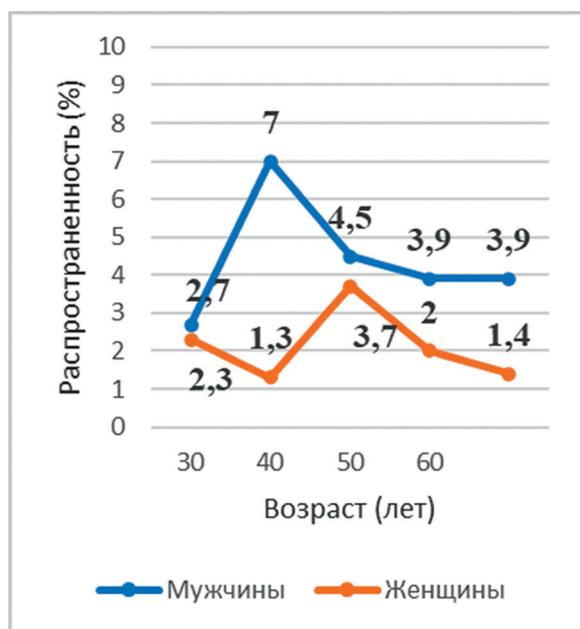
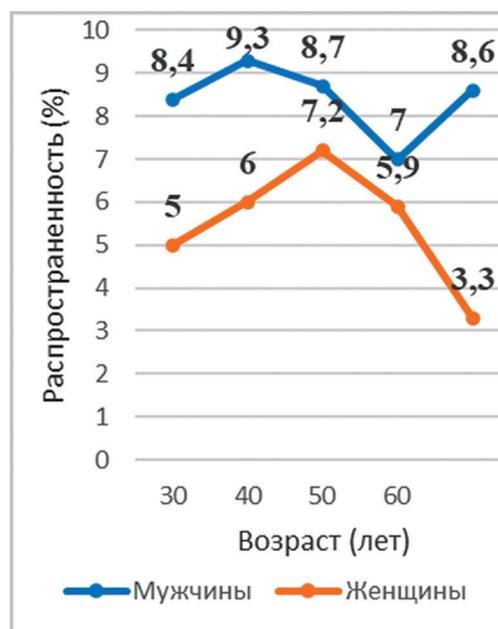


Рис. 1. Распространенность полипов желчного пузыря по годам.



Показатель распространенности
в период А (2009-2011 гг.)



Показатель распространенности
в период В (2017-2019 гг.)

Рис. 2. Распространённость полипов желчного пузыря
в зависимости от пола и возраста.

Факторы, связанные с ПЖП. Однофакторный анализ показал, что возраст ($P=0,042$), мужской пол ($P=0,002$), ожирение ($P<0,001$) и наличие HBsAg ($P<0,001$) были достоверно связаны с ПЖП в период А, тогда как возраст ($P=0,010$), мужской пол ($P=0,001$), ожирение ($P<0,001$), высокие уровни TG ($P<0,001$), низкие уровни HDL ($P<0,001$) и высокие уровни AST ($P=0,030$) были достоверно связаны с высокой вероятностью ПЖП в периоде В (Таблица 3). При многомерном анализе

мужской пол (отношение шансов [OR], 1,55; 95% доверительный интервал [CI], 1,08-2,23; $P=0,018$) и ожирение (OR 1,90; 95% CI 1,32-2,72; $P<0,001$) были значительно связаны с ПЖП в обоих периодах. Тем не менее, HBsAg потерял свое значение в период В. Вместо этого гипер-TG (OR, 1,48; 95% CI, 1,09-2,01; $P=0,013$) и низкий уровень HDL (OR, 1,38; 95% CI, 1,06-1,81; $P=0,018$) коррелировали с ПЖП в периоде В (Таблица 4).

Таблица 3 - Однофакторное сравнение между группой полипов ГБ и контрольной группой

Переменные	Период А			Период Б		
	ПЖП (+) (n=17)	Контроль (n=453)	P	ПЖП (+) (n=43)	Контроль (n=577)	P
Возраст	41,32±12,21	43,25±13,12	0,042	42,12±12,65	43,23±13,54	0,010
Мужчины	11 (64,7%)	217 (47,9%)	0,002	25 (58,1%)	275 (47,7%)	<0,001
Коморбидность						
Ожирение*	8 (47,1%)	134 (29,6%)	<0,001	17 (39,5%)	174 (28,1%)	<0,001
ГБ	4 (23,5%)	100 (22,1%)	0,931	8 (18,6%)	115 (18,6%)	0,526
СД	1 (5,9%)	26 (5,7%)	0,398	3 (7%)	40 (6,5%)	0,678
НТГ	1 (5,9%)	12 (2,7%)	0,419	1 (2,3%)	9 (1,5%)	1,000
Общий холестерин > 200 mg/dL	4 (23,5%)	79 (17,4%)	0,195	6 (14%)	103 (16,6%)	0,149
ТГ ≥ 150 mg/dL	2 (11,8%)	59 (13,0%)	0,751	8 (18,6%)	65 (10,5%)	<0,001
ЛПВП	2 (11,8%)	77 (17,0%)	0,209	11 (25,6%)	105 (16,9%)	<0,001
АСТ > 50 IU/L	1 (5,9%)	30 (6,6%)	0,313	4 (9,3%)	40 (6,5%)	0,030
АЛТ > 50 IU/L	1 (5,9%)	42 (9,3%)	0,328	3 (7%)	58 (9,4%)	0,065
ГГТП > 50 IU/L	1 (5,9%)	38 (8,4%)	0,964	3 (7%)	48 (7,7%)	0,977
Общий билирубин > 1,2 mg/dL	2 (11,8%)	63 (13,9%)	0,939	7 (16,3%)	81 (13,1%)	0,054
HBsAg (+)	3 (17,7%)	23 (5,1%)	<0,001	2 (4,7%)	22 (3,6%)	0,135
HCV Ab (+)	1 (5,9%)	3 (0,7%)	0,579	1 (2,3%)	3 (0,5%)	1,000
Конкременты ЖП	1 (5,9%)	13 (2,9%)	0,787	2 (4,7%)	20 (3,2%)	0,410

Данные № (%) или среднее значение ± стандартное отклонение. * Ожирение определяли как индекс массы тела ≥ 25 кг / м²; † Низкий уровень ЛПВП определялся как ЛПВП < 50 мг / дл у женщин, < 40 мг / дл у мужчин. НТН, гипертония; СД, сахарный диабет; Нарушение толерантности к глюкозе (НТГ); ТС, общий холестерин; ТГ, триглицерид; ЛПВП, липопротеиды высокой плотности; АСТ, аспаратаминотрансфераза; АЛТ, аланинаминотрансфераза; γ -ГТТ, γ -глутамилтрансфераза; HBsAg, поверхностный антиген гепатита В; HCV Ab, антитело к вирусу гепатита С; ГБ, желчный пузырь.

Таблица 4 - Многофакторное сравнение между группой полипов GB и контрольной группой

	Период А			Период Б		
	отношение шансов	95% CI	P	отношение шансов	95% CI	P
Возраст	1,01	0,97-1,00	0,069	0,99	0,98-1,01	0,072
Мужчины	1,55	1,08-2,23	0,018	1,32	1,04-1,67	0,021
Ожирение*	1,90	1,32-2,72	<0,001	1,36	1,07-1,74	0,012
Гипер-ТГ				1,48	1,09-2,01	0,013
Низкий ЛПВП				1,38	1,06-1,81	0,018

HBsAg (+)	3,11	1,88-5,14	<0,001			
АСТ > 50 IU/L				1,19	0,80-1,75	0,839
<i>Ожирение определяли как индекс массы тела ≥ 25 кг / м². 95% ДИ, 95% доверительные интервалы; ТГ, триглицерид; ЛПВП, холестерин липопротеинов высокой плотности; HBsAg, поверхностный антиген гепатита В; АСТ, аспаратаминотрансфераза.</i>						

Обсуждение

Показатели распространенности ПЖП варьируются в зависимости от страны и региона. Результаты западных исследований показали распространенность ПЖП на уровне 1,4%-6,9% [3], тогда как азиатские исследования показали распространенность ПЖП на уровне 2,2%-9,5% [6]. Такие географические различия могут быть связаны с различными генетическими и экологическими факторами. Распространенность ПЖП в КР не высока; в 1998-2003 гг. уровень распространенности составлял 2,2% [4]. Однако в связи с социальными и экологическими изменениями, увеличением продолжительности жизни, повышением уровня сознательности в отношении здоровья и ростом применения УЗИ показатели распространенности ПЖП в КР возросли; с периода А до периода В распространенность ПЖП с поправкой на население увеличилась с 3,8% до 7,1%. Увеличение распространенности, наблюдаемое между двумя периодами нашего исследования, соответствовало наблюдаемым в других исследованиях [8,9].

Во многих исследованиях сообщается о выявлении факторов риска, predisposing к развитию ПЖП. Известно, что мужской пол является фактором риска для ПЖП [7,10]. В соответствии с предыдущими исследованиями,

мы обнаружили, что у мужчин была более высокая распространенность ПЖП, чем у женщин во всех возрастных группах в периоды А и В. Распространенность ПЖП достигла максимума у мужчин 30-39 лет в обоих этих периодах. В большинстве исследований наибольшая распространенность ПЖП наблюдалась в течение третьего-пятого десятилетий жизни [7,12]. Причины пиковой заболеваемости ПЖП у людей среднего возраста до сих пор неясны. В нашем исследовании тот факт, что большинство пациентов, которым была выполнена холецистэктомия, было в возрасте 50-60 лет и старше, может частично влиять на высокий уровень распространенности ПЖП у субъектов среднего возраста. В анализе логистической регрессии в этом исследовании не было обнаружено связи между возрастом и ПЖП, тем не менее, мужской пол является значительным фактором риска для ПЖП.

Влияние ожирения на развитие ПЖП было отмечено в нескольких исследованиях [2,3,12]. Ожирение является глобальной проблемой общественного здравоохранения. В текущем исследовании ожирение было общим фактором риска для ПЖП в периоды А и В. Следовательно, по-видимому, ПЖП является преобладающим у субъектов, страдающих ожирением, а увеличение распространенности ПЖП может быть

отчасти связано с ростом частоты ожирения.

Несколько авторов обнаружили, что распространенность ПЖП была выше у пациентов с HBV-инфекцией, чем у пациентов без HBV-инфекции [2, 6]. Между тем, другие не обнаружили взаимосвязи между инфекцией HBV и ПЖП [1, 3]. Основным механизмом этой ассоциации остается неуловимым. В настоящем исследовании присутствие HBsAg имело статистическое значение в периоде А; однако это не имело постоянного значения в период В. Этот результат, вероятно, связан с программой вакцинации против HBV в стране. В результате распространенность HBsAg у населения неуклонно снижалась. Хотя КР по-прежнему эндемична для инфекции ВГВ, это резкое сокращение HBV-инфекции у населения в целом может повлиять на изменение факторов риска для ПЖП.

В настоящем исследовании повышенный уровень ТГ и низкий уровень ЛПВП были достоверно связаны с ПЖП. Большинство ПЖП – это холестероловые полипы. Хотя патогенез ПЖП остается недостаточно изученным, некоторые исследователи предположили, что прямое отложение желчи или холестерина крови может способствовать образованию холестероловых полипов [7, 13]. К подтверждению этого механизма была предложена аналогичная связь между ПЖП и нарушениями липидного профиля [3, 9]. Тем не менее, этот сдвиг в текущем исследовании заметно отличается от того, о котором сообщалось в предыдущих исследованиях. Наши результаты показали, что нарушения липидного профи-

ля являются новыми факторами риска развития ПЖП. Причина такого сдвига во временных отрезках неясна. Тем не менее, мы предположили, что это, вероятно, связано с изменениями образа жизни и диеты населения КР. Эта новая тенденция нарушения липидного профиля противоречит тенденциям потери значимости инфекции HBV в последние годы.

Наблюдаемая в нашем исследовании растущая распространенность ПЖП может быть объяснена изменением тенденций в факторах риска. В частности, метаболический статус, такой как ожирение и дислипидемия, может играть важную роль в увеличении распространенности ПЖП. Тем не менее, преждевременно делать вывод, что увеличение распространенности является лишь следствием изменения тенденций в факторах риска. Действительно, распространенность ПЖП еще может быть объяснена нераскрытыми факторами риска. Кроме того, улучшение эффективности диагностических методов, вероятно, объясняет увеличение распространенности. По сравнению с периодом А полипы размером менее 5 мм чаще наблюдались в период В. Многочисленные исследования последних лет подтверждают наши результаты и вывод о том, что рост распространенности ПЖП, вероятно, обусловлен повышенной доступностью и улучшенной технологией УЗИ [6, 10, 11].

В нескольких недавних исследованиях была отмечена роль метаболического синдрома в ПЖП [2, 7]. К сожалению, мы не смогли оценить то же самое, потому что окружность талии не была включена в число стандартных

проверок, проводимых в нашем клиническом центре. Кроме того, HTN и IFG, которые вносят вклад в метаболический синдром, не были включены в качестве факторов риска для ПЖП в этом исследовании.

Наше исследование имело несколько ограничений. Во-первых, из-за возрастного и гендерного отбора в конечном итоге было включено относительно немного случаев. Тем не менее, это общая трудность при оценке уровня распространенности, поскольку субъекты, которые посещают один центр скрининга здоровья, не являются репрезентативными для всего сообщества. Во-вторых, FPG измеряли только один раз за одно посещение. Согласно текущему определению, СД диагностируется только после того, как уровень ФПГ > 126 мг/дл зарегистрирован дважды. Аналогично, АД измеряли один раз за одно посещение. HTN диагностируется на основании среднего значения по меньшей мере двух показателей АД при более чем двух посещениях после первоначального скрининга. Хотя эти методы были неизбежны из-за ретроспективного дизайна этого исследования, тот факт, что HTN и DM могут быть переоценены или занижены, мог повлиять на результаты. В-третьих, часто бывает трудно различить небольшие полипы (<5 мм) и камни желчного пузыря. В настоящем исследовании большинство полипов были <5 мм, и диагноз ПЖП был основан на критериях УЗИ [3].

Несмотря на эти ограничения, положительной стороной этого исследования является его дизайн, при котором документировались изменения в течение

длительного периода времени на основе выборки с учетом численности населения. Большинство эпидемиологических исследований по ПЖП не были основаны на скорректированных по отношению к населению результатах. Поэтому в этих исследованиях, возможно, был проведен анализ несоответствующий распределению по возрасту и полу. Насколько нам известно, это первое исследование об изменениях во времени распространенности и факторов риска ПЖП в течение > 10 лет в КР. Таким образом, результаты этого исследования являются надежными и могут быть репрезентативными для населения КР.

Заключение

ПЖП не относятся к редким патологиям. Распространённость ПЖП резко возросла с 2002 по 2012 годы. Факторы риска для ПЖП также изменились с течением времени. Факторы риска для ПЖП смещаются от позитивности HBsAg к повышенному уровню TG и пониженному уровню HDL. Мужской пол, ожирение и нарушение липидного профиля являются текущими факторами риска для ПЖП в КР. Эти результаты могут быть полезным ресурсом для санитарного просвещения, политики здравоохранения и будущих исследований.

Литература

1. Борисов А.Е., Выстунец Б.В., Акимов В.П., Тоидзе В.В. Диагностика и лечение полипов желчного пузыря // Вестник Санкт-Петербургского университета. - 2008. - №1. - С. 59-65.
2. Jones M.W., Deppen J.G. Gallbladder Polyp. // StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan.
3. Wiles R., Thoeni R.F., Barbu S.T., Vashist Y.K., Rafaelsen S.R., Dewhurst C., Arvanitakis M., Lahaye M., Soltes M., Perinel J., Roberts S.A. Management and follow-up of gallbladder polyps: Joint guidelines between the European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR), European Association for Endoscopic Surgery and other Interventional Techniques (EAES), International Society of Digestive Surgery-European Federation (EFISDS) and European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) // *Eur Radiol.* 2017;27(9):3856-3866. doi: 10.1007/s00330-017-4742-y.
4. Мундуков К. Лечебная тактика при полипах желчного пузыря // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2012. - №1. - С. 71-73.
5. Демографический ежегодник Кыргызской Республики // Национальный статистический комитет Кыргызской Республики. Б. 2020. URL: <http://www.stat.kg/ru/publications/demograficheskij-ezhegodnik-kyrgyzskoj-respubliki/>
6. Стяжкина С.Н., Чекалёва М.В., Чумакова К.В. Ультразвуковое исследование в диагностике полипов желчного пузыря // *Colloquium-journal.* - 2020. - №11-3 (63). - С. 57.
7. Lee Y.J., Park K.S., Cho K.B., Kim E.S., Jang B.K., Chung W.J., Hwang J.S. Shifting Prevalence of Gallbladder Polyps in Korea // *J Korean Med Sci.* 2014. Sep;29(9):1247-1252. <https://doi.org/10.3346/jkms.2014.29.9.1247>
8. McCain R.S., Diamond A., Jones C., Coleman H.G. Current practices and future prospects for the management of gallbladder polyps: A topical review. *World J Gastroenterol.* 2018. Jul 14;24(26). P.2844-2852. doi: 10.3748/wjg.v24.i26.2844.
9. Li Y., Tejirian T., Collins J.C. Gallbladder Polyps: Real or Imagined? *Am Surg.* 2018. Oct 1;84(10):1670-1674.
10. Черкашина Е.А. Проблемы диагностики и лечения холестероза желчного пузыря // Ульяновский медицинко-биологический журнал. - 2015. - №1. - С. 50-59.
11. Стяжкина С.Н., Чекалёва М.В., Чумакова К.В. Отличительные особенности течения полипоза желчного пузыря у мужчин и женщин // *Modern Science.* - 2020. - № 4-1. - С. 286-287.
12. Галимов О.В., Ханов В.О., Зиангиров Р.А., Костина Ю.В., Сафин И.Н., Миннигалин Д.М. Проблема хирургического лечения полипов желчного пузыря // *Медицинский вестник Башкортостана.* - 2019. - Т. 14. - №5 (83). - С. 50-54.
13. Сопуев А.А., Самаков А.А., Овчаренко К.Е., Мамакеев Ж.Б. Анализ результатов лапароскопической холецистэктомии у больных пожилого и старческого возраста // Вестник КГМА. – Бишкек. – 2012. - №2. – С. 31 – 36.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ

Т.О. Омурбеков, А.В. Сатылганов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра детской хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: satylganov_91@mail.ru

Аннотация. Под нашим наблюдением находилось 37 детей с остеобластокластомой в возрасте от 3 до 16 лет. Всем детям было произведено оперативное лечение по методу субкортикальной резекции патологически измененного участка кости с обработкой остаточной полости 1% салициловой кислотой, с последующим замещением дефекта аутокостью. Полученные результаты лечения оказались положительными.

Ключевые слова: опухоли костей, остеобластокластома, длинные трубчатые кости, дети, субкортикальная резекция, 1% салициловая кислота, аутопластика.

БАЛДАРДЫН ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМДОРУН ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУН БААЛОО

Т.О. Омурбеков, А.В. Сатылганов

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Балдар хирургиясы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Аннотация. Биздин көзөмөлдө 3 жаштан 16 жашка чейинки курактагы остеобластокластома менен 37 бала болгон. Бардык балдарга операция ыкмасы менен дарылоо колдонуу учурунда илдетке кабылган соокту кортикалык кабыкчасынын алдынан алынып оорду 1% салицил кычкылы менен тазаланган кийин озунон алынган соок менен толтурулган. Алынган дарылоонун жыйынтыктары оң болчу.

Негизги сөздөр: сөөктөрдүн шишиктери, остеобластокластома, узун түтүк сөөктөрү, балдар, субкортикалдык резекция, 1% салицил кычкылы, аутопластика.

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF OSTEOLASTOCLASTOMA IN CHILDREN

T.O. Omurbekov, A.V. Satylganov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
The department of Pediatric Surgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Annotation. Under our supervision, there were 37 children with osteoblastoclastoma aged 3 to 16 years. All children underwent surgical treatment using the method of subcortical resection of pathologically changed bone site with the replacement of the defect with autobone, followed by treatment with 1% salicylic acid.

Keywords: bone tumors, osteoblastoclastoma, long tubular bones, children, subcortical resection, 1% salicylic acid, autoplasty

Актуальность. Среди заболеваний опорно-двигательного аппарата у детей костные опухоли составляют относительно большой процент. По данным М.В. Волкова опухоли костей по отношению к различным видам новообразований у детей составляют 11,4% [1]. Большинство первичных опухолей костей обычно диагностируются у детей и подростков [2] и наблюдаются на костях верхней и нижней конечностей и чаще всего на длинных трубчатых костях [3].

Гигантоклеточная опухоль характеризуется типичным расположением в эпифизе длинной кости. В редких случаях, может быть поражена метафизарная область. Эта опухоль хорошо известна своей возможностью рецидива после лечения, такого как выскабливание или неполная резекция. Исторически сообщалось, что частота местных рецидивов после кюретажа и костной пластики составляет от 25% до 50%. Это побудило хирургов улучшить результаты с помощью адьюван-

тов, таких как жидкий азот, акриловый цемент, фенол, перекись водорода. Широкая резекция отличается лучшим локальным контролем, но часто нарушает функцию конечностей, поскольку подразумевает потерю значительного сегмента кости [4, 5].

Иногда гигантоклеточная опухоль может иметь злокачественное поведение, несмотря на типичные доброкачественные гистологические признаки. Метастазы в легких встречаются у 3% пациентов. Поскольку большинство гигантоклеточных опухолей являются доброкачественными, и у молодых людей локализируются рядом с суставом, некоторые авторы предпочитают метод лечения внутри очага поражения, который сохраняет анатомию кости вместо резекции.

Другие описанные методы включают серийную эмболизацию, бисфосфонаты, химиотерапию и облучение. Последнее было связано со злокачественной трансформацией, но риск этого осложнения недавно был поставлен под сомнение.

Недавние публикации также сообщают об использовании деносумаба, человеческих моноклональных антител против RANKL (активатор рецептора ядерного фактора-лиганда кВ) [6,7].

Учитывая, что многие детские хирурги и ортопеды недостаточно знакомы с течением различных форм опухолевых заболеваний скелета у детей и особенно с вопросами дифференциальной диагностики их и показаниями к хирургическому лечению, мы произвели анализ результатов лечения детей, находившихся у нас в клинике, в основном эти дети были с остеобластокластомами, характеризующимися как гигантоклеточные опухоли с наличием однорядных клеток остеобластов и многоядерных остеокластов с кровянистыми и серозными кистами.

В связи со сложностью клинического течения, наличием ортопедических осложнений в отдаленном периоде и угрозой развития малигнизации, хирургическое лечение остеобластокластомы остается одной из актуальных проблем в детской хирургии [8, 9, 10].

Цель данного исследования: изучить частоту встречаемости остеобластокластомы у детей и оценить отдаленные результаты лечения.

Материалы и методы исследования

В ходе нашего исследования периоде под нашим наблюдением находились дети, поступившие в ГДКБ СМП в период с 2010 по 2016 год включительно в возрасте от 3-х до 16 лет.

Клинические проявления остеобластокластомы во многом определялись локализацией опухоли. Первым признаком отмечались боли в области

поражения у всех детей (100%), развитие деформации костей у 6 (16%), и патологические переломы у 11 детей (28%).

Рентгенологически: ячеисто-трабекулярная фаза остеобластокластомы обнаружена у 4 (11%) детей, где определялись очаги деструкции костной ткани, разделенные перегородками. Литическая фаза остеобластокластомы обнаружена у 33 (89%) и характеризовалась наличием очага обширной деструкции с ограничением очага деструкции от неповрежденной костной ткани.

В предоперационном периоде, учитывая наследственный характер заболевания, тщательно выяснялся анамнез заболевания, проводились общие методы обследования, такие как развернутый анализ крови со свертывающей системой, биохимические анализы, по показаниям выполнялась компьютерная томография пораженной конечности.

Всем больным было проведено оперативное лечение в плановом порядке, которое заключалось в субкортикальной резекции патологически измененного участка кости с замещением дефекта кости аутокостью. Вслед за субкортикальной резекцией всем детям произведена обработка полости 1% раствором салициловой кислоты, обладающей антисептическим, местнораздражающим, ранозаживляющим, противовоспалительным действием, а также способствующей раннему очищению раны от гнойного отделяемого, ускоренному заживлению раны и ликвидации перифокального воспаления. При этом учитывается, что в высокой концентрации салициловая кислота оказывает отвлекающее, кератолитиче-

ское и в низкой концентрации керато-пластическое действие.

Аутопластика при замещении дефекта из малоберцовой кости нами была произведена у 6 (16%) детей и из гребня большеберцовой кости у 31 (83%) детей. У 11 детей дополнительно было произведена фиксация металлофиксатором места патологического перелома.

Результаты и их обсуждение

В период с 2010 по 2016 год включительно под нашим наблюдением находились 37 детей с остеобластокластомами в возрасте от 3-х до 16 лет.

При распределении заболевания по полу было выявлено, что преимущественно ОБК выявлялась у мальчиков 31 (84%) и 6 (16%) у девочек, что по всей вероятности обусловлено преобладанием подвижности у мальчиков, сопровождающейся частой травматизацией.

Локализовался процесс в длинных трубчатых костях в эпиметафизарном отделе с отсутствием прорастания в суставной и эпифизарный хрящ: поражение бедренной кости наблюдали у 12 (32%), костей голени – 14 (38%), плечевой кости – 9 (24%), костей предплечья – 2 (6%).

Результат лечения у большинства больных оказался положительным. При изучении отдаленных результатов от 1 года до 4-х лет рецидив был отмечен у 2 детей, которые в последующем были прооперированы повторно.

Заключение

Наше исследование показало что, проведение полной субкортикальной резекции патологически измененного участка кости в сочетании с обработкой полости 1% салициловой кислотой, является оптимальным методом лечения остеобластокластомы у детей с последующим благоприятным исходом.

Литература

1. Волков М.В. Опухоли костей // *Детская ортопедия*. 1985;18:228.
2. H. van den Berg, H.M. Kroon, A. Slaar, P. Hogendoorn. Incidence of biopsy-proven bone tumors in children: a report based on the Dutch pathology registration «PALGA» // *J Pediatr Orthop*. Jan-Feb 2008;28(1):29-35. doi: 10.1097/BPO.0b013e3181558cb5
3. Дурнов Л.А. Опухоли костей // *Детская онкология*. 2002;16:370.
4. Turcotte R.E., Wunder J.S., Isler M.H., Bell R.S., Schachar N., Masri B.A., Moreau G., Davis A.M. Giant cell tumor of long bone: a Canadian Sarcoma Group study // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. April 2002;397:248-258. doi: org/10.1097/00003086-200204000-00029
5. Dongqi Li, Jinlei Zhang, Yi Li, Junfeng Xia, Yihao Yang, Mingyan Ren, Yedan Liao, Shunling Yu, Xiaojuan Li, Yan Shen, Ya Zhang, Zuozhang Yang. Surgery methods and soft tissue extension are the potential risk factors of local recurrence in giant cell tumor of bone // *World J Surg Oncol*. 2016;14:114. Published online 2016 Apr 19. doi: 10.1186/s12957-016-0871-z
6. Ziyad M Mohaidat, Hisham Z Al-jamal, Audai M Bany-Khalaf, Ahmad M Radaideh, Ziad A Audat Giant cell tumor of bone: Unusual features

- of a rare tumor// Rare Tumors. 2019;11:2036361319878894. Published online 2019 Sep 25. doi: 10.1177/2036361319878894*
7. Frank MKlenke, Doris E Wenger, Carrie Y Inwards, Peter S Rose, Franklin H Sim. Giant cell tumor of bone: risk factors for recurrence // *Clin Orthop Relat Res.* 2011 Feb;469(2):591-9. doi: 10.1007/s11999-010-1501-7.
 8. Васильев Н.В., Мухамедов М.Р., Чойнзонов Е.Л., Кульбакин Д.Е., Байдала П.Г., Жамгарян Г.С. Гигантоклеточные опухоли: обзор литературы // *Сибирский онкологический журнал.* 2011;5:64- 69.
 9. Derek F Amanatullah, Tyler R Clark, Matthew J Lopez, Dariusz Borys, Robert M Tamurian. Giant cell tumor of bone // *Orthopedics.* 2014 Feb;37(2):112-20. doi: 10.3928/01477447-20140124-08.
 10. Ryzhikov D.V., Gubina E.V., Podorozhnaya V.T., Senchenko E.V., Sadovoy M.A. Repair of defects and osteosynthesis of long bones in children with osteoclastoma // *AIP Conference Proceedings.* 2016. 1760, 020059. doi.org/10.1063/1.4960278

УДК: 612.1+616.15+616.611-002-616.9+616-053.2

ОСОБЕННОСТИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ И ЕЕ ВЯЗКОСТИ ПРИ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ С НЕФРИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У ДЕТЕЙ

Т.С. Тихонова¹, К.Ю. Богомолец^{1,2}, Э.Ш. Алымбаев¹

¹Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра факультетской педиатрии

²Кыргызский Государственный Технический Университет им. И. Раззакова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель: выявление маркеров поражения системы гемостаза при гломерулонефрите с нефритическим синдромом. Ретроспективно в Национальном центре охраны материнства и детства, отделении нефрологии была произведена выборка историй болезней за 2016-2020 гг. Под наблюдением за отчетный период находилось 89 детей с диагнозом гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Группы разделились по этиологическим факторам, приведшим к заболеванию: 1 группа – дети с постстрептококковым гломерулонефритом (38 пациентов, 42,7%); 2 группа – дети с постинфекционным гломерулонефритом не ясной этиологии (51 пациент, 57,3%). На каждого больного составлялась карта, были проведены необходимые лабораторные анализы. Материалом исследования являлось общий анализ крови и свертывающая система крови. Наибольшее количество детей с гломерулонефритом было выявлено в Чуйской области. Основной этиологической причиной в обеих группах была острая респираторно-вирусная инфекция. В двух обследуемых группах с гломерулонефритом с нефритическим синдромом наблюдалось снижение показателей вязкости крови. Со стороны свертывающей системы крови в половине случаев наблюдалось повышение показателей фибриногена, протромбинового времени и МНО. Протромбиновый индекс в половине случаев был ниже нормы в обеих группах. В связи с полученными результатами выявляется необходимость в ранней диагностике, лечении и профилактике данного заболевания и его возможных осложнений.

Ключевые слова: гломерулонефрит, нефритический синдром, свертывающая система крови, вязкость крови, биофизика крови, острая респираторно-вирусная инфекция, дети.

БАЛДАРДЫН НЕФРИТТИК СИНДРОМУ МЕНЕН ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ООРУСУНУНДА КЕЗДЕШКЕН КАН УЮУ СИСТЕМАСЫНЫН ЖАНА АНЫН ИЛЕШКЕКТҮҮЛҮГҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Т.С. Тихонова¹, К.Ю. Богомолец^{1,2}, Э.Ш. Алымбаев¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Академиясы

Факультеттик педиатрия кафедрасы

²Исхак Раззаков атындагы Кыргыз мамлекеттик техникалык университети

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Максат: нефриттик синдрому бар гломерулонефрит оорусунда гемостаз системасынын жабыркашынын маркерлорун аныктоо. Энени жана баланы коргоо улуттук борборунун нефрология бөлүмүндө 2016-2020 жылдардагы бейтаптардын баяндарынын тандоосу өткөн. Кароого алынып жаткан мезгил ичинде нефриттик синдрому бар гломерулонефрит диагнозу менен 89 бала көзөмөлдө болгон. Топтор ооруга алып келген этиологиялык факторлор боюнча бөлүнгөн: 1 топто – стрептококктон кийинки гломерулонефрит диагнозу менен 38 бала, 42,7% болсо, ал эми 2 топто – белгисиз этиология менен жугуштуу оорулардан кийин гломерулонефрит диагнозу менен 51 бейтап бала, 57,3% түзгөн. Ар бир бейтапка медициналык карта ачылып, керектүү лабораториялык изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Изилдөөнүн материалы катары кандын жалпы анализи жана кан уюу системасы алынган. Гломерулонефрит диагнозу менен ооруган балдардын саны Чүй өрөөнүндө басымдуу болгон. Эки топтун тең негизги этиологиялык себеби бул курч кармаган респиратордук-вирустук инфекциянын кесепетинен келип чыккан. Нефриттик синдрому бар гломерулонефрит диагнозу менен ооруган эки топто тең кандын илешкектүүлүк көрсөткүчүнүн төмөндөшү байкалган. Кан уюу системасы тарабынан кээ бир учурларда фибриноген көрсөткүчтөрүнүн жогорулашы, протромбинделген убактысы жана ЭАНБдө байкалган. Протромбинделген индекс кээ бир учурларда эки топто тең нормадан төмөн болгон. Топтолгон жыйынтыктардын негизинде бул ооруну дарылоо, профилактикалоо жана күчөп кетүүдөн сактоого, эрте диагностика кылууга муктаж экендиги келип чыгат.

Негизги сөздөр: гломерулонефрит, нефриттик синдром, кан уюу системасы, кандын илешкектүүлүгү, кан биофизикасы, курч кармаган респиратордук жугуштуу инфекция, балдар.

PECULIARITIES OF THE COAGULATIVE BLOOD SYSTEM AND ITS VISCOSITY IN CASE OF GLOMERULONEPHRITIS WITH NEPHRITIC SYNDROME IN CHILDREN

T.S. Tikhonova¹, K.Yu. Bogomolets^{1,2}, E.Sh. Alymbaev¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of Faculty Pediatrics

² Kyrgyz State Technical University named after I. Razzakov,
Kyrgyz-German Technical University

Department of Mechanics and Industrial Engineering
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. Goal: identification of markers of damage to the hemostatic system in case of glomerulonephritis with nephritic syndrome. In retrospect, at the Department of Nephrology of the National Centre of Mother and Child Care (NCMCC), there was a selection of case histories made for the period of time from 2016 to 2020. There were 89 children with a diagnosis of glomerulonephritis with nephritic syndrome monitored for the reported period. The groups were divided by etiological factors leading to the disease: group 1-children with post-streptococcal glomerulonephritis (38 patients, 42,7%); group 2-children with post-infectious glomerulonephritis of vague etiology (51 patients, 57,3%). There was a form compiled for each patient, and all the necessary laboratory tests were performed. The material to study was a general blood test and the coagulative blood system. The largest number of children with glomerulonephritis were identified in the Chui oblast. The main etiological cause in both groups was acute respiratory viral infection. In the two examined groups with glomerulonephritis with nephritic syndrome, the blood viscosity was observed to have been on the decrease. On the part of the coagulative blood system, fibrinogen, prothrombin time and INR were observed to have been on the increase in half the cases. The prothrombin index in half the cases was below the normal in both groups. In connection with the obtained results, it became possible to maintain that early diagnosis, treatment and prevention of this disease and its possible complications are necessary.

Key words: glomerulonephritis, nephritic syndrome, the coagulative blood system, the blood viscosity, biophysics of blood, acute respiratory viral infection, children.

Введение

В Кыргызстане остро стоит проблема заболеваний почек. По данным ВОЗ на 2010 год число людей, нуждающихся в проведении диализа, составляло 305 человек, и уже к 2015 году их число возросло до 1488 [1].

По данным Министерства здравоохранения Кыргызской Республики на 2019 год, в республике получают диализ 1517 человек и 1235 из них имеют почечную недостаточность [2,3].

Установлено, что одним из важных механизмов патогенеза гломерулонеф-

рита при функционировании почек могут быть нарушения в системе свертывания крови (гемостаза) как местно в почках, так и с захватом микроциркуляторного русла других органов [4,5].

При значительном иммунном ответе создаются предпосылки для трансформации локальной внутрисосудистой коагуляции в органе-мишени – почке, в диссеминированную с развитием клинической картины ДВС-синдрома [6].

Активация системы гемостаза способствует прогрессированию нефрита и склерозированию клубочков через внутрисосудистую коагуляцию, образование местных тромбов и отложение фибрина [7,8].

Наиболее выраженные изменения в системе гемостаза при нарушении функциональной способности почек отмечаются при смешанной форме хронического гломерулонефрита (ГН), нефротическом синдроме (НС), геморрагической лихорадке с почечным синдромом, гематурическом варианте хронического нефрита, нефропатии беременных, волчаночном нефрите, липоидном нефрозе и при остром гломерулонефрите [4,9].

Доказано, что нарушение системы гемостаза является одним из основных патологических явлений, сопутствующих хронической болезни почек (ХБП) [4].

Понимание характера и выраженности изменений показателей системы гемостаза позволяет своевременно применять терапию антиагрегантами, антикоагулянтами, тем самым влияя на течение патологического процесса [10].

Цель: Выявление маркеров поражения системы гемостаза при гломерулонефрите с нефритическим синдромом.

Материал и методы

Ретроспективно в отделении нефрологии Национального центра охраны материнства и детства была произведена выборка историй болезней за 2016-2020 г. Под наблюдением за отчетный период находилось 89 детей с диагнозом гломерулонефрит с нефритическим синдромом. Из них было 39 девочек и 50 мальчиков, средний возраст составил 10 лет. Данные дети вошли в исследуемые группы. Группы разделились по этиологическим факторам, приведшим к заболеванию: 1 группа – дети с постстрептококковым гломерулонефритом (38 пациентов, 42,7%); 2 группа – дети с постинфекционным гломерулонефритом не ясной этиологии (51 пациент, 57,3%). На каждого больного составлялась карта, были проведены необходимые лабораторные анализы. Полученные результаты вносились в SPSS 20.0, для дальнейшей обработки данных.

Материалом исследования являлись общий анализ крови и свертывающая система крови, а именно исследовали показатели форменных элементов, гемоглобин, холестерин, фибриноген, общий белок, протромбиновое время и индекс, МНО (международное нормализованное отношение).

Результаты и обсуждение

В ходе анализа полученных данных групп наибольшее количество детей было из Чуйской области (1 группа – 34,2%, 2 группа – 57,3%). Результаты распределения по областям отражены в таблице 1.

Таблица 1 - Распределение детей по областям

Области и регионы	Группы	
	1 группа	2 группа
г. Бишкек	4 (10,5%)	4 (7,9%)
Чуйская область	13 (34,2%)	16 (31,3%)
Нарынская область	6 (15,8%)	9 (17,6%)
Джалал-Абадская область	5 (13,16%)	5 (9,8%)
Ошская область	2 (5,3%)	1(2%)
Таласская область	3 (7,9%)	7 (13,6%)
Баткенская область	1 (2,65%)	1 (2%)
Иссык-Кульская область	4 (10,4%)	8 (15,8%)
Итого:	38 (100%)	51 (100%)

Как видно из таблицы 1 две группы обладали примерно одинаковым распределением. Во второй группе с небольшой разницей преобладали по частоте встречаемости Нарынская, Таласская и Иссык-Кульская области.

По гендерным показателям соотношение в группах распределилось следующим образом: в первой группе преобладали дети женского пола – 21 ребенок (55,3%); во второй группе большинство были мужского пола - 33 (64,7%). Средний возраст для двух групп – 10,3 лет. Из ниже расположенного графика мож-

но сделать выводы об этиологической природе заболевания у детей (рис. 1).

В обеих исследуемых группах ОРВИ было наиболее частой причиной возникновения гломерулонефрита с нефритическим синдромом (1 группа – 44,7%, 2 группа – 56,7%). В первой группе также преобладали: острый ринит (18,4%), острый гайморит (15,7%) и острый гайморозтмоидит (5,2%). Во второй группе частыми причинами являлись: острый ринит (5,8 %), острый фарингит (7,8%) и в 3 случаях причина осталась неясной.

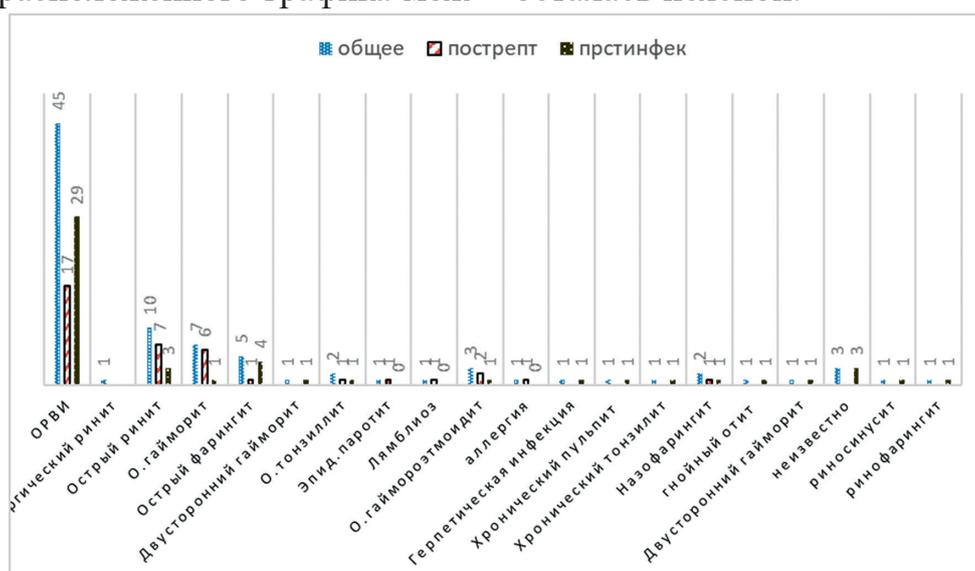


Рис. 1. Этиологические факторы развития гломерулонефрита с нефритическим синдромом.

Оценивались показатели способные повлиять на вязкость и свертываемость крови.

Кровь – вязкая жидкость, подчиняющаяся в своём течении закону вязкого трения Ньютона, то есть касательное напряжение и градиент скорости в такой жидкости линейно зависимы между собой. Коэффициент пропорциональности между этими величинами известен как вязкость.

Вязкость крови – это интегральный показатель, зависящий от многих условий, определяющих ее макро- и микро-реологические свойства [11,12,13].

Вязкость крови зависит, в основном от скорости сдвига, свойств плазмы, относительного объема эритроцитов и механических свойств эритроцитов, температуры. С точки зрения лабораторных показателей наибольшее значение имеют четыре фактора: гематокрит (Ht), вязкость плазмы (ВП), агрегация и деформируемость эритроцитов АЭ и ДЭ). Для расчета скорости сдвига применяли формулу:

$$\left(\overrightarrow{\text{grad}v} \right) = \frac{dv}{dx}$$

Вязкость крови зависит от скорости сдвига в диапазоне 0,1-120 с⁻¹. При низких скоростях сдвига наблюдается по-

вышение вязкости крови, и наоборот. В нашем случае для проведения данного расчета оценивали гематокрит (Ht). В норме гематокрит равен 0,4-0,5 Ед (35-45%) для детей 10 лет (средний возраст исследуемых групп) [14].

В первой группе среднее значение гематокрита составило 33,7%. При сопоставлении полученных результатов с возрастными нормативами отмечено значительное понижение показателей гематокрита, что указывало на понижение вязкости крови: 7-10 лет – от 28,5% до 33,7 % (норма – 39%), 2-5 лет – от 26,7% до 31,2% (норма – 37%), старше 10 лет – от 33,4% до 45,4% (норма – 39-47%). Во второй группе среднее значение гематокрита составило 36,7%. Здесь отмечено более значительное понижение показателя гематокрита, по сравнению с первой группой: 7-10 лет – от 26% до 36,6% (норма – 39%), 2-5 лет – от 25,7% до 33,2% (норма – 37%), старше 10 лет – от 28% до 38,8% (норма – 39-47%). Так как средние значения гематокрита в обеих группах были ниже нормы, важным здесь явилось установление связи между гематокритом и скоростью сдвига (рис. 2).

Оказалось, что чем ниже процентное соотношение гематокрита, тем выше скорость сдвига.

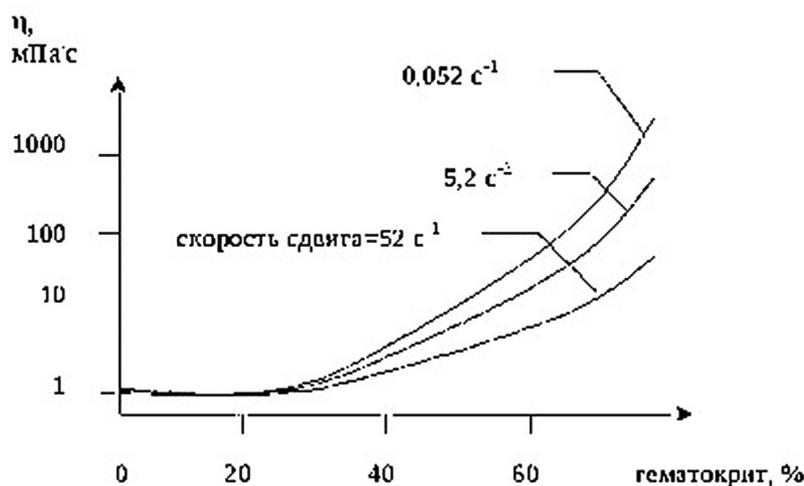


Рис. 2. Соотношение показателей вязкости крови к гематокриту и скорости сдвига.

Проанализировав полученные результаты и используя построенный график можно сделать вывод о снижении вязкости крови в обеих группах наблюдения, основываясь на данных гематокрита и скорости сдвига.

Вторым по значимости для определения вязкости крови являлись показатели количества эритроцитов. В первой группе среднее количество эритроцитов составило $4,08 \times 10^{12}/л$, во второй группе – $4,09 \times 10^{12}/л$. Оценка вязкости крови являлась прогностическим фактором сердечно-сосудистых и других осложнений у пациентов с гломерулонефритом.

Важным показателем вязкости крови является уровень холестерина. Чем выше его уровень, тем выше вязкость крови. По полученным данным показатели холестерина в обеих группах находились либо в пределах возрастных норм (от 3,7 до 5 ммоль/л), либо ниже нормы [14].

Минимальное значение в первой группе составило 2 ммоль/л, во второй

группе – 2,12 ммоль/л. При уменьшении вязкости крови возрастает скорость оседания эритроцитов (СОЭ). Взаимосвязь между вязкостью и СОЭ (агрегацией) состоит в том, что поверхность эритроцитов обладает отрицательным зарядом, препятствующим агрегации, в свою очередь возникающей при сближении сил кулоновского отталкивания. Степень агрегации повышается при различных патологических процессах [15].

В первой группе среднее значение СОЭ составило 16,89 мм/ч (максимальное – 64 мм/ч, минимальное – 2 мм/ч), во второй группе – 18,0 мм/ч (максимальное – 50 мм/ч, минимальное – 2 мм/ч). Оценивая все полученные результаты можно сделать вывод о снижении вязкости крови у детей с гломерулонефритом с нефритическим синдромом. Наибольшее снижение вязкости крови было выявлено во второй группе.

На коагулограммах двух групп отмечалось повышение фибриногена (норма 2,7-4,0 г). Средний показатель

в первой группе составил 4,8 г (максимальное значение – 8,2 г), во второй группе – 4,65 г (максимальное значение – 10,0 г). В менее чем 2% от общего числа обследуемых, значения были ниже нормы (1,04-1,16 г).

Протромбиновое время в обеих группах было выше нормы в половине случаев (норма 11-15сек). В первой обследуемой группе среднее значение было 17,29 сек (максимальное – 33,7 сек, минимальное – 10,3 сек), во второй группе – 16,0 сек (максимальное – 28 сек, минимальное – 12 сек). Протромбиновый индекс в первой группе имел среднее значение 75,88%. В 18 случаях индекс (47,3%) был ниже нормы. В группе детей с постинфекционным гломерулонефритом неясной этиологии (2 группа) ПТИ имел среднее значение 77,4%. Наблюдалось снижение индекса в 19 случаях (37,2%).

Показатели МНО в норме составляют 0,82-1,18. В первой группе МНО выше нормы наблюдался в 27 случаях (71,05%) (максимальное значение – 5,1), во второй группе – в 36 случаях (70,6%) (максимальное значение – 4,3).

В общем анализе мочи определяли наличие гематурии. В первой группе у детей с постстрептококковым гломерулонефритом частота возникновения гематурии составила – 27 случаев (71,05%), во второй группе – 31 случай (60,7%).

Выводы:

1. Основной этиологической причиной в обеих группах была острая респираторно-вирусная инфекция. Также часто встречались такие этиологические факторы как острый ринит, острый фарингит и острый гайморит.

2. Наибольшее количество детей с гломерулонефритом было выявлено в Чуйской области. Во второй группе также преобладали обследуемые из Нарынской, Иссык-Кульской и Таласской областей. По гендерным показателям соотношение в группах распределилось следующим образом: в первой группе преобладали дети женского пола – 21 ребенок (55,3%); во второй группе большинство детей было мужского пола – 33 (64,7%).

3. В двух обследуемых группах с гломерулонефритом с нефритическим синдромом наблюдалось снижение показателей вязкости крови. Наибольшее снижение вязкости крови было выявлено во второй группе. Со стороны свертывающей системы крови в половине случаев наблюдалось повышение показателей фибриногена, протромбинового времени и МНО. Протромбиновый индекс в половине случаев был ниже нормы в обеих группах.

Таким образом, наиболее сильные изменения в реологии крови наблюдались у детей с постинфекционным гломерулонефритом. Прогноз при таком заболевании весьма затруднителен в связи с широтой этиологических факторов, локализацией инфекции и течением самого заболевания. Летальность в острой стадии не превышала 1%. При стрептококковом гломерулонефрите прогноз более благоприятен.

В связи с полученными результатами выявлена необходимость в ранней диагностике, лечении и профилактике данного заболевания и его возможных осложнений.

- D0%98%D0%98/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%203.pdf*, свободный. – Загл. с экрана.
12. Гордеев, И.Г. Клиническая физиология гемостаза: Учебное пособие для врачей / Гордеев И. Г., Таратухин Е. О., Шайдюк О. Ю. - М.: Силиция-Полиграф, 2013. – 128 с.
13. Cicco, G. *The influence of oxygen supply, hemorheology and microcirculation in the heart and vascular systems* / G. Cicco, S. Cicco // *Adv Exp Med Biol.* - 2010. – №662. – P. 33-39.
14. Кильдиярова, Р.Р. *Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра: Учебное пособие.* - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 176 с.
15. Хотим, Е.Н. *Синдром ускоренной СОЭ в практике врача: интерпретация и вопросы тактики* / Хотим Е. Н., Жигальцов А. М., Анпаду Кумара // *Журнал ГрГМУ.* - 2015. - №1. - С. 49.

УДК – 343.83:340.6

**УРОВЕНЬ И СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И
СМЕРТНОСТИ У ОСУЖДЕННЫХ
В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ**

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.),

Кафедра судебной медицины и правоведения

(зав. кафедрой – д.м.н., профессор Мукашев М.Ш.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: kolopovalbert@mail.ru

kafsudmed@mail.ru

dr.halitova@gmail.com

Резюме. В статье отражены результаты мониторинга заболеваемости контингентов, содержащихся в исправительных колониях (ИК №1, 3, 8, 10, 16, 27, 47). Установлено, что в ИК 3, 16, и 47 наибольший удельный вес заболеваемости приходится на заболевания пищеварительной системы. Болезнями мочеполовой системы страдают 26% контингентов исправительной колонии № 1, 37% – в ИК №8.

Болезни системы кровообращения выявлены у контингентов всех колоний, но в значительно меньшем количестве по сравнению с заболеваниями пищеварительной и мочеполовой систем, и составили от 6% до 11%, а заболевания органов дыхания в еще меньшем количестве (от 3 % до 6%).

Психические и наркологические расстройства в ИК-16 вовсе не выявлены, в то же время болезни нервной системы выявлены во всех колониях, хотя в разной степени (от 9% до 24%).

Ключевые слова: исправительные колонии, контингент, заболеваемость, медицинские кадры.

ТҮЗӨТҮҮ КОЛОНИЯЛАРЫНДАГЫ СОТТОЛГОНДОРДУН ТАРАГАН ООРУЛАРЫНЫН ЖАНА ӨЛҮМҮНҮН ДЕҢГЭЭЛИ ЖАНА ТҮЗҮМДҮК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова

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

Корутунду. Макалада №1, 3, 8, 10, 16, 27, 47 оңоп-түзөө колонияларынын контингенттеринин арасында кезиккен ооруларды мониторинг кылуунун натыйжасы жазылган. №3, 16 жана 47 оңоп-түзөө колонияларында ашказан-ичеги системасынын оорулары басымдуулук кылганы аныкталды. Табарсык-жыныс системасынын оорулары №1 колонияда 26%, № 8 колонияда 37% контингенттеринде кезиккен. Кан-тамыр системасынын оорулары деерлик бардык колониялардын контингенттеринин арасында бар, бирок салыштырмалуу ашказан-ичеги, табарсык-жыныс системаларынын ооруларынан бир топ төмөн кезигип 6% дан 11% га чейин болду, дем алуу системасынын оорулары – андан да аз (3% дан 6% га чейин) кезикти.

Психикалык жана наркологиялык бузулуулар №16 колонияда жокко эсе, ошол эле убакта нерв системасынын оорусу бардык колонияларында (9% дан 24% га чейин) кезиккен.

Негизги сөздөр: Оңоп-түзөө колониясы, контингент, оорукчандык, медициналык кызматкерлер.

THE LEVEL AND STRUCTURAL CONTENT OF THE MORBIDITY AND MORTALITY RATE AMONGST PRISONERS IN CORRECTIONAL COLONIES

A.S. Kolopov, M.Sh. Mukashev, E.A. Halitova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – DM, professor Kudaibergenova I.O.),
Forensic medicine and law department
(dep.head – DM, professor Mukashev M.Sh.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article contains the results of monitoring of morbidity rate amongst inmates of correctional colonies (CC №1, 3, 8, 10, 16, 27, 47). In correctional colonies

3, 16 and 47 the high prevalence of diseases are caused by stomach diseases. 26% of inmates in colony 1 and 37% of inmates in colony 8 are suffering from diseases of the genitourinary system.

Diseases of blood-forming organs are disclosed in all colonies, however this morbidity rate is much lower than the diseases of the genitourinary and stomach systems and is at the amount from 6 to 10 %. The respiratory diseases are at the least rate – form 3 to 6%.

Mental disorder and drug addiction have not been found out at all in colony 16. At the same time diseases of nervous system are found out in all colonies monitored although at different amount (9-24%).

Key words: correctional colonies, inmates, diseases, medical personnel.

Основным вектором реформирования уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики является курс на развитие гуманитарных ценностей и следование международным стандартам обращения с заключенными [1].

Осужденные, вне зависимости от характера совершенного ими преступления, сохраняют за собой все основные права человека, в том числе право на наивысший уровень физического и психического здоровья.

Проведенный анонимный опрос лиц, содержащихся в ИВС и СИЗО (до вынесения им судебного приговора) касательно медицинского обследования и обеспечения установил:

19% респондентов отметили, что у него имелись хронические заболевания, требующие постоянного приема лекарств. Треть из них (33%) отметили, что в ИВС вообще не получают необходимых лекарств;

– 25% респондентов заявили о появлении новых заболеваний в период содержания в ИВС;

– 31% респондентов считает, что содержание в ИВС ухудшило его здоровье в связи с небеспеченностью лекарствами, низкой квалификацией и невнимательным отношением мед.

персонала, отсутствием возможности посещения узких специалистов;

– при проверках РЦГСЭН в ИВС не включают исследование освещенности, вибрации, влажности, загрязненности и температуры воздуха, качества воды;

– не соблюдение медицинской этики во время обследования и оказания медицинской помощи [2].

Ясно, что эти лица с получением обвинительного приговора становятся контингентом пенитенциарных учреждений с рядом проблем со здоровьем, требующих дальнейшего медицинского обеспечения.

Для оценки качества работы системы пенитенциарного здравоохранения и состояния здоровья отбывающих наказания в пенитенциарных учреждениях лиц, существуют определенные критерии, важнейшими из которых являются уровень (процент) заболеваемости и смертность.

Анализ уровня (процента) заболеваемости в пенитенциарной системе за определенный период времени позволяет получить наиболее правильное представление о частоте возникновения и динамике заболеваемости, а также об эффективности комплекса социально-гигиенических и лечебных мероприятий, направленных на ее снижение (рис. 1).

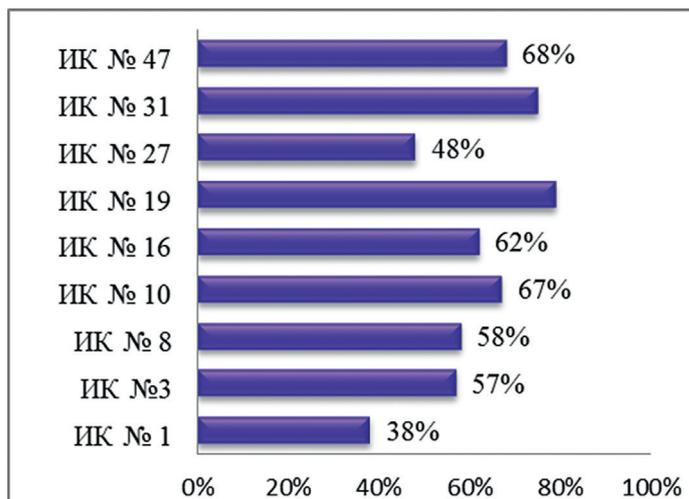
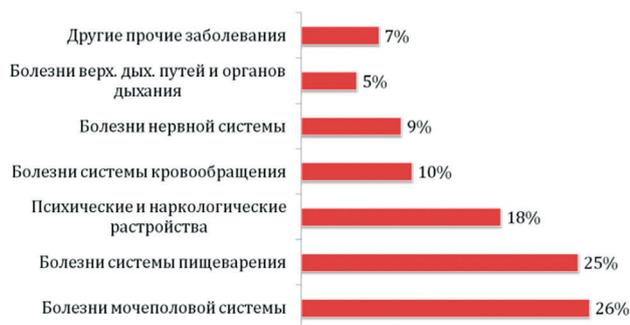


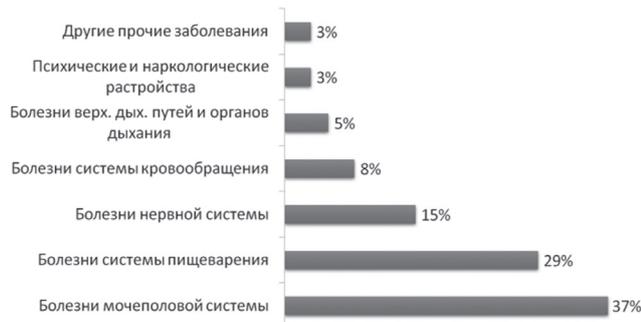
Рис. 1. Процент заболеваемости в исправительных колониях.

Наиболее распространенными заболеваниями в исправительных учреждениях, охваченных мониторингом, являются мочекаменная болезнь (МКБ), мочеислый диатез (МКД), хронический пиелонефрит, геморрой, токсические гепатиты и др.

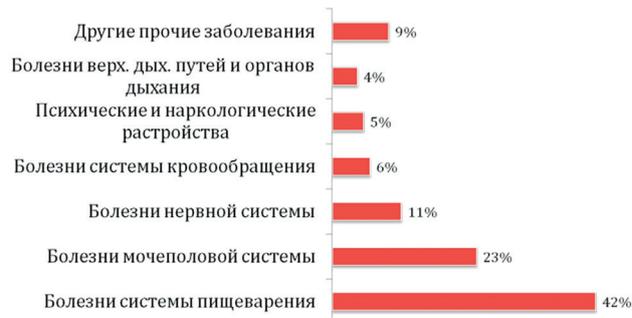
Медицинским управлением ГСИН с 16 апреля по 02 июля 2018 года был проведен профилактический, комплексный медицинский осмотр среди всех осужденных и лиц, содержащихся под стражей, который позволил выявить ситуацию с заболеваниями в разрезе исправительных учреждений.



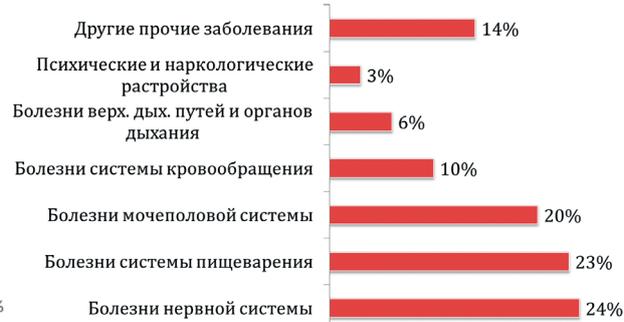
ИК № 1



ИК № 8



ИК № 3



ИК № 10



Рис. 2. Результаты медицинского осмотра среди осужденных и ЛНС в изучаемых исправительных колониях.

Согласно информации ГСИН, в 2018 году зарегистрировано меньше случаев инфекционных заболеваний по сравнению с 2017 годом. ОРВИ снизилось на 7,5%, туберкулез на 2,8%, а количество зарегистрированных случаев ВИЧ снизилось с 57 до 19 случаев.

Анализ вышеперечисленных диаграмм на рис. 2 показал, что в 3, 16 и 47 исправительных колониях наибольший удельный вес контингентов страдают заболеваниями пищеварительной системы (22%, 42 % и 44% соответственно). Болезнями мочеполовой системы страдают 26% контингентов 1 колонии, 37% 8-й колонии. Следует отметить, что заболевания системы пищеварения и мочеполовой системы выявлены в

достаточно большом количестве у контингентов практически всех исправительных колоний.

Болезни системы кровообращения выявлены у контингентов всех колоний, но в значительно меньшем по сравнению с заболеваниями системы пищеварения и мочеполовой системы и составили от 6% до 11%, а заболевания органов дыхания в еще меньшем количестве (от 3 до 6 % контингентов).

Психические и наркологические расстройства выявлены в исправительной колонии №1 (18%), №27 – 11%, а в исправительной колонии №16 вовсе не выявлено, в то время как болезни нервной системы выявлены во всех ис-

правительных колониях, хотя в разной степени (от 9% до 24% контингентов).

Болезни системы кровообращения у контингентов исправительных колоний занимают среднюю позицию (от

6% до 11% обследованных), в то время как причина смертности у осужденных выявлена в 17 случаях за 2018 год (сердечная недостаточность + болезни кровообращения) (табл.).

Таблица - Основные причины смерти

Причина смерти	2018 год
Туберкулез/инфекционные болезни	7
Неинфекционные заболевания	36
<i>из них:</i>	
сердечная недостаточность	12
болезни кровообращения	5
болезни нервной системы	5
заболевания поджелудочной железы	4
заболевания почек	4
болезни системы дыхания	2
перитонит	2
цирроз печени	1
заболевания желудка	1
гангрена нижней конечности	1

Согласно Порядку оказания медицинской помощи, штатная численность медицинского персонала определяется службой медицинского обеспечения уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики, исходя из особенностей территориального расположения учреждения по отношению к организациям здравоохранения и лимита его наполнения.

Мониторинг показал, что наблюдаются текучесть кадров и трудности с наймом квалифицированного персонала в медико-санитарные части и больницы исправительных учреждений, что является одной из основных проблем надлежащего функционирования медицинской службы.

Неукомплектованность медицинскими кадрами влечет повышенную нагрузку на работающих в учреждении врачей.

Проблема с текучестью кадров и трудности с наймом квалифицированного персонала в медико-санитарные части и больницы исправительных учреждений порождается следующими основными причинами:

– **низкая заработная плата**

Согласно проведенным опросам, 2/3 (60,7%) сотрудников ГСИН, включая медицинских работников, не удовлетворены заработной платой.

– **не нормированный рабочий день**

– **сложные морально-психологические особенности работы с пациентом и его родственниками**

Следствием сложных морально-психологических особенностей работы является то, что больше 2/3 (68,5%)

сотрудников ГСИН, включая медицинских работников, нуждаются в психологической помощи.

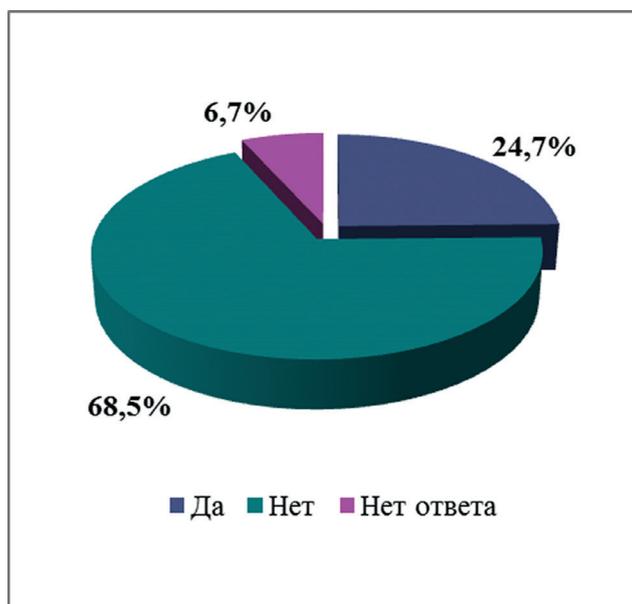


Рис. 3. Потребность в психологической помощи среди сотрудников ГСИН.

– отдаленность исправительных колоний

Отсутствие систематической плановой последипломной подготовки медицинских работников, как по специальности, так и по вопросам внутриведомственной (тюремной) медицины, не позволяет обеспечить эффективное повышение квалификации и обучение персонала, что значительно ухудшает качество оказываемой медико-санитарной помощи в исправительных учреждениях.

Право на здоровье включает в себя широкий спектр социально-экономических факторов, создающих условия, позволяющие людям жить здоровой жизнью, и охватывает основополагающие предпосылки здоровья, такие как пища и режим питания, жилище, доступ к безопасной питьевой воде и адекватным санитарным условиям без-

опасности, здоровые условия труда и здоровая окружающая среда.

Безоговорочной обязанностью государства является сохранение, а если необходимо, то и восстановление здоровья тех граждан, за которых оно берет на себя ответственность, лишая их свободы. Основное влияние на здоровье и благополучие заключенных оказывают условия их содержания. Чтобы удовлетворить поставленным в этой части требованиям тюремная администрация должна обеспечить соблюдение соответствующих норм во всех тех зонах и помещениях, которые могут оказать воздействие на здоровье и гигиеническое состояние заключенных. Физические условия в помещениях, питание и средства санитарии и гигиены должны быть организованы таким образом, чтобы помочь выздоровлению больных и предотвратить распространение инфекции.

Сопоставление результатов мониторинга соблюдения права на охрану здоровья в исправительных колониях для мужчин с результатами аналогичного мониторинга в исправительной колонии для женщин подтверждает, что выявленные недостатки в практике предоставления медицинской помощи характерны для всей исправительной системы Кыргызской Республики.

Таким образом, мониторинговая группа повторно приходит к заключению о том, что недостатки в практике предоставления медицинской помощи продолжают иметь место по следующим причинам:

Медицинский персонал зависит от администрации исправительного учреждения, которая не всегда позволяет ему руководствоваться только медицинскими критериями при принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья осужденных. Их обязанность заботиться о своих пациентах зачастую может вступать в конфликт с соображениями поддержания порядка и режима;

Медицинская помощь осужденным оказывается без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания или состояния пациента, которым должны следовать медицинские работники (клинические руководства/протоколы), и принципов доказательной медицины;

Медицинский персонал исправительных учреждений изолирован от основного направления практики медицинских услуг, и как следствие у него отсутствует возможность пользоваться более широкими достижениями в ме-

тодике лечения, в профессиональных стандартах, в обучении;

Пенитенциарная медицинская служба недостаточно организована, в том числе вследствие неполной укомплектованности штата сотрудников или укомплектованности сотрудниками с недостаточной квалификацией, а также слабой технической и материальной оснащенности;

Уполномоченный орган в области здравоохранения недостаточно активно участвует в охране здоровья в местах лишения свободы, так как политика пенитенциарного здравоохранения и национальная политика охраны здоровья дезинтегрированы, и это привело к появлению «параллельных систем», не полностью подпадающих под государственную политику аттестации и аккредитации;

Существуют пробелы и коллизии в правовых актах, регулирующих деятельность по охране здоровья осужденных.

При таких обстоятельствах передача уполномоченному органу здравоохранения ответственности за предоставление медико-санитарной помощи и в местах лишения свободы является наиболее эффективным способом устранения существующих недостатков и создания системы, гарантирующей надлежащий и своевременный доступ осужденных к услугам врача, отвечающего профессиональным, этическим и техническим стандартам.

Литература

1. Колопов.А.С., Мукашев.М.Ш., Турганбаев.А.Э., Асанов.Б.А., Степень соблюдения национальных стандартов качества предоставления медицинской помощи в изоляторах временного содержания. // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. г.Омск, 6-7 июня. 2019 г. – 2019. - 5 (26). - С. 70-77.
2. *Специальный доклад “Соблюдение права на охрану здоровья в исправительных колониях для мужчин Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики / под рук. Мамытова Т.Б., Колопова А.С. – Бишкек: ОБСЕ/Программный офис ОБСЕ в Бишкеке, 2019. – 80 с.*

УДК – 343.261:340

АНАЛИЗ СОБЛЮДЕНИЯ ПРАВ ЗАКЛЮЧЕННЫХ НА ОХРАНУ ЗДОРОВЬЯ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ КОЛОНИЯХ МУЖСКОГО КОНТИНГЕНТА

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова

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

E-mail: kolopovalbert@mail.ru

kafsudmed@mail.ru

dr.halitova@gmail.com

Резюме. Конституция Кыргызской Республики и ряд международных нормативных документов гарантируют надлежащие медицинские услуги и контингенту лиц, содержащихся в пенитенциарных учреждениях. Проведен мониторинг по выявлению уровня оказания медицинских услуг лицам, находящимся в учреждениях № 1, 3, 8, 10, 16, 27, 31, 47 системы государственной службы исполнения наказания. Выявленные недостатки медицинского обслуживания, по мнению мониторинговой группы, обусловлены: дезинтегрированностью политики пенитенциарного здравоохранения и национальной политикой охраны здоровья; недостаточной организованностью пенитенциарной медицинской службы; оказания медицинской помощи без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания; зависимостью мед.персонала от администрации исправительного учреждения и возможностью вступления в конфликт обязанности мед.персонала с соображениями поддержания порядка и режима.

Мониторинговая группа рекомендует передачу ответственности за медико-санитарную помощь в пенитенциарных учреждениях Министерству здравоохранения Кыргызской Республики.

Ключевые слова: Право, пенитенциарные учреждения, осужденные, медико-санитарная помощь.

ЭРКЕКТЕРДИН ТҮЗӨТҮҮ КОЛОНИЯЛАРЫНДАГЫ МЕДИЦИНАЛЫК ЖАРДАМ АЛУУГА УКУКТАРЫН САКТАЛЫШЫН ИЗИЛДЕП СЕРЕПТӨӨ

А.С. Колопов, М.Ш. Мукашев, Е.А. Халитова

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

Корутунду. Пенитенциардык мекемелерде жаткан контингенттердин медициналык жардам алууга тиешелуу укуктары Кыргыз Республикасынын Конституциясында жана бир топ эл аралык укук-нормативдик документтерде кепилделген. № 1,3,8,10,19,27, 31,47 пенитенциардык мекемелерде медициналык жардам берүүнүн деңгеелин текшерүү үчүн атайын мониторинг жүргүзүлдү. Ошонун натыйжасында анык болгон медициналык жардам берүүдөгү кемчиликтердин себеби, мониторинг жүргүзгөн топтун пикири боюнча, төмөнкүдө: пенитенциардык медициналык мекемелердин саясатынын жана саламаттыкты сактоо боюнча улуттук саясаттын чар-жайыты; пенитенциардык медициналык кызматынын жетишсиздик уюштурулушу; оорунун түрүнө жараша аныктоонун, дарылоонун, алдын алуунун жолдорунун схемасын колдонбошу; медициналык кызматкерлердин оңөп-түзөө мекемелеринин администрациясынан көз-карандылыгы жана медициналык кызматкердин дарылоо милдетин жана тартип менен режимди сактоо милдетинин ортосунда келип чыккан конфликти (тирешти).

Изилдөө жүргүзгөн мониторинг тобу пенитенциардык мекемелерде медициналык тейлөөнү Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо министрлигине өткөрүп берүүнү сунуштайт.

Негизги сөздөр: укук, пенитенциардык мекемелер, соттолгондор, медико-санитардык жардам.

ANALYSIS OF OBSERVANCE OF PRISONERS 'RIGHTS TO HEALTH PROTECTION IN CORRECTIONAL COLONIES OF THE MEN'S CONTINGENT

A.S. Kolopov, M.Sh. Mukashev, E.A. Halitova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K.Akhunbaev
(president – Prof. I.O. Kudaibergenova, DM),
Department of Forensics and Legal Sciences
(head – Prof. M. Mukashev, DM)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article contains the results of monitoring of morbidity rate amongst inmates of correctional colonies (CC № 1, 3, 8, 10, 16, 27, 47). In correctional colonies 3, 16 and 47 the high prevalence of diseases are caused by stomach diseases. 26% of inmates in colony 1 and 37% of inmates in colony 8 are suffering from diseases of the genitourinary system.

Diseases of blood-forming organs are disclosed in all colonies, however this morbidity rate is much lower than the diseases of the genitourinary and stomach systems and is at the amount from 6 to 10 %. The respiratory diseases are at the least rate – form 3 to 6%.

Mental disorder and drug addiction have not been found out at all in colony 16. At the same time diseases of nervous system are found out in all colonies monitored although at different amount (9-24%).

Key words: correctional colonies, inmates, diseases, medical personnel.

Актуальность. Конституционное право каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания и принятию мер по развитию секторов здравоохранения определено ст.47 Конституции Кыргызской Республики, которая определяет здоровье человека высшей ценностью наряду с жизнью, правами и свободами человека (ст.6 ч.1,2) [1].

По мнению Н. Мандела [2] «О нации следует судить не по тому, как она обращается со своими самыми выдающимися гражданами, а по тому, как она обращается с находящимся на дне»

Приговор суда лишает человека свободы, но отнюдь не отбирает у него право оставаться человеком [3].

Одним из основополагающих принципов Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания являются: «Все лица, лишённые свободы, имеют право на гуманное обращение и уважение достоинства, присущего человеческой личности» (ст.10(1) МПГПГ) [4]. Отсюда следует, что лица, содержащиеся под стражей, не могут «подвергаться каким-либо лишениям или ограничениям, кроме тех, которые возникают в результате лишения свободы». Уважительное

отношение к достоинству таких лиц должно быть гарантировано на тех же условиях, что и для свободных лиц.

Третьим принципом Европейского комитета по предупреждению пыток и бесчеловечного или унижающего достоинство обращения или наказания является: «Государство должно обеспечить условия содержания под стражей для лица, совместимые с уважением человеческого достоинства, а также способ и форма исполнения меры не могли подвергнуть его лишениям или трудностям, превышающим неизбежный уровень страдания при задержании и, учитывая практические требования тюремного заключения, его здоровье и благополучие были надлежащим образом обеспечены с предоставлением ему необходимой медицинской помощи [5].

Основным вектором реформирования уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики является курс на развитие гуманитарных ценностей и следование международным стандартам обращения с заключенными [6].

Ст.33 Закона Кыргызской Республики «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» предусматривает, что лицам, помещенным в изоляторы временного содержания и специальные учреждения уголовно-исполнительной системы, медико-санитарная помощь оказывается ведомственными медико-санитарными службами либо государственными или муниципальными организациями здравоохранения на основе заключенных договоров в порядке, устанавливаемым Правительством КР [7].

Целью исследования явилось содействие совершенствованию порядка

оказания базовых медицинских услуг в исправительных колониях для мужчин посредством доведения до сведения органов законодательной и исполнительной власти и широкой общественности информации о ситуации с соблюдением права на здоровье и смежных прав осужденных, основанной на экспертном анализе и подкрепленной выводами и рекомендациями для практического внедрения.

Данная статья подготовлена по результатам исследования институтом Омбудсмана (Акыйкатчы) Кыргызской Республики соблюдения права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья и смежных прав осужденных мужчин, отбывающих наказание в восьми исправительных колониях республики.

Обеспечение целей исследования достигнуто за счет сочетания следующих основных видов деятельности:

- обзор законодательства, регулирующего порядок функционирования исправительных учреждений, с акцентом на условия содержания осужденных мужчин и организацию их медицинского обслуживания;
- непосредственное наблюдение в условиях исправительных колоний;
- полуструктурированное интервью с осужденными мужчинами;
- полуструктурированное интервью с представителями администрации учреждения;
- полуструктурированное интервью с медицинскими работниками учреждения;
- медицинский осмотр осужденных мужчин;

- изучение медицинской документации;
- анализ и обработка результатов интервьюирования, формирование выводов рекомендаций;
- предоставление результатов мониторинга, выводов и рекомендаций заинтересованным государственным органам и представителям общественности, их дальнейшее обсуждение с целью совершенствования порядка организации медицинской помощи в исправительных колониях для мужчин.

В рамках мониторинга соблюдения права на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья осужденных мужчин мониторинговая группа посетила 8 объектов пенитенциарной системы ГСИН (Государственная служба исполнения наказания) – учреждения №1, 3, 8, 10, 16, 27, 31, 47.

Мониторинговой группе была предоставлена возможность посещать необходимые объекты учреждений, знакомиться, за отдельным исключением, с необходимой документацией, а также встречаться с администрацией и персоналом учреждений для проведения интервью и обсуждения вопросов организации медицинского обслуживания содержащихся в них осужденных мужчин.

Государственная служба исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики является правоохранительным, государственным органом исполнительной власти, реализующим государственную политику по вопросам деятельности уголовно-исполнительной системы.

Лишение свободы является мерой наказания, применяемой на основании

вступившего в силу приговора суда за совершение преступления. Во исполнение приговора суда лицо лишается свободы, но не лишается права оставаться человеком и требовать к себе отношения на основе уважения его человеческого достоинства при неукоснительном соблюдении прав и свобод, за исключением тех, которые естественно ограничены в силу характера и специфики этого вида наказания.

Факт отбывания наказания в виде лишения свободы не должен влиять на реализацию права осужденных на здоровье. Если государство лишает человека свободы, оно должно гарантировать его право на здоровье и обеспечивать ему максимально качественную медицинскую помощь. При этом важно, чтобы любое медицинское обслуживание или медицинский уход, обеспечиваемые для лишенных свободы лиц, были, по меньшей мере, адекватны тем, которые доступны для свободного гражданского населения. Недостаточный уровень медицинского обслуживания может быстро привести к ситуации, подпадающей под понятие «бесчеловечное и унижающее достоинство обращение».

Стандарты обращения с осужденными к лишению свободы лицами и гарантии соблюдения их прав, включая право на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья, закреплены в международных договорах, участницей которых является Кыргызская Республика, и в значительной степени имплементированы в национальное законодательство, регулирующее порядок и условия отбывания наказания в виде лишения свободы.

Правовое регулирование организации обеспечения медицинского обслуживания лиц, осужденных к лишению свободы, в том числе в исправительных колониях для мужчин, исходит из содержания конституционных положений, которые определяют здоровье человека как высшую ценность и устанавливают право каждого на охрану здоровья и обязательство государства по созданию условий для медицинского обслуживания.

В ведении уголовно-исполнительной системы Кыргызской Республики находятся 9 исправительных учреждений, в которых осужденные содержатся по закрытому лагерному принципу, а также с размещением в помещениях камерного типа, из них:

для медицинского обслуживания осужденных, согласно статье 73 действовавшего до 1 января 2019 года Уголовно-исполнительного кодекса (УИК) Кыргызской Республики, организуются лечебно-профилактические учреждения (больницы, специальные больницы: психиатрические и туберкулезные; медицинские части), а для содержания и амбулаторного лечения больных активной формой туберкулеза, хронического алкоголизма и наркомании, ВИЧ-инфицированных – лечебные исправительные учреждения.

Согласно части 2 статьи 101 вступившего с 1 января 2019 года нового УИК Кыргызской Республики «для медицинского обслуживания осужденных организуются лечебные исправительные учреждения (больницы, специальные больницы), в том числе со смешанными видами режима, а также медицинские части».

Администрация исправительных учреждений несет ответственность за выполнение установленных санитарно-гигиенических и противоэпидемических требований, обеспечивающих охрану здоровья осужденных. Порядок оказания осужденным медицинской помощи, организации и проведения санитарного надзора, использования лечебно-профилактических и санитарно-профилактических учреждений органов здравоохранения и привлечения для этих целей их медицинского персонала устанавливается законодательством Кыргызской Республики.

Медицинская служба пенитенциарной системы Кыргызской Республики организована по ведомственному принципу, находится в подчинении администрации ГСИН и отвечает за все лечебно-профилактические мероприятия, проводимые в пенитенциарной системе. Организационно медицинская служба ГСИН не связана с гражданским сектором здравоохранения, то есть она функционирует параллельно общей системе здравоохранения.

Таким образом, мониторинговая группа повторно приходит к заключению о том, что недостатки в практике предоставления медицинской помощи продолжают иметь место по следующим причинам:

- уполномоченный орган в области здравоохранения недостаточно активно участвует в охране здоровья в местах лишения свободы, так как политика пенитенциарного здравоохранения и национальная политика охраны здоровья дезинтегрированы, и это привело к появлению «параллельных систем», не полностью подпадающих под государ-

ственную политику аттестации и аккредитации;

- пенитенциарная медицинская служба недостаточно организована, в том числе, вследствие неполной укомплектованности штата сотрудников или укомплектованности сотрудниками с недостаточной квалификацией, а также слабой технической и материальной оснащенности;

- медицинская помощь осужденным оказывается без должного учета схем диагностики, лечения и профилактики конкретного заболевания или состояния пациента, которым должны следовать медицинские работники (клинические руководства/протоколы), и принципов доказательной медицины;

- медицинский персонал исправительных учреждений изолирован от основного направления практики медицинских услуг, и как следствие, у него отсутствует возможность пользоваться более широкими достижениями в методике лечения, в профессиональных стандартах, в обучении;

- медицинский персонал зависит от администрации исправительного уч-

реждения, которая не всегда позволяет ему руководствоваться только медицинскими критериями при принятии клинических решений и осуществлении других оценок, касающихся здоровья осужденных. Их обязанность заботиться о своих пациентах зачастую может вступать в конфликт с соображениями поддержания порядка и режима;

- существуют пробелы и коллизии в правовых актах, регулирующих деятельность по охране здоровья осужденных.

Таким образом, при таких обстоятельствах передача уполномоченному органу здравоохранения (Министерству здравоохранения) ответственности за предоставление медико-санитарной помощи и в местах лишения свободы является наиболее эффективным способом устранения существующих недостатков и создания системы, гарантирующей надлежащий и своевременный доступ осужденных к услугам врача, отвечающего профессиональным, этическим и техническим стандартам.

Литература

1. Конституция Кыргызской Республики от 27 июня 2010 г.
2. Специальный доклад Акыйкатчы (Омбудсмана) Кыргызской Республики «Соблюдение права на охрану здоровья в исправительных колониях для мужчин ГСИН при ПКР» / Т.Б. Мамытов. - Бишкек, 2018. – 78 с.
3. Мукашев М.Ш., Колопов А.С. Организация медицинской помощи в пенитенциарных учреждениях женского контингента (на примере женской колонии) *AlaToo academic studies*. – 2018. - №4. - С. 233-238.
4. Антон ван Калмтуут. 28 лет ЕКПП и предупреждение жестокого обращения в Европе. Бишкек: PRI, 2018.
5. Колопов А.С., Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Асанов Б.А. Степень соблюдения национальных стандартов качества предоставления медицинской помощи в изоляторах временного содержания // Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. Омск 6-7 июня 2019 г. – 2019. - 5 (26). - С. 70-77.
6. Закон КР “Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике” от 09.01.2005 года.
7. Положение Государственной службы исполнения наказаний при Правительстве Кыргызской Республики. Утверждено постановлением Правительства Кыргызской Республики от 18 декабря 2009 года № 775 (в редакции постановления Правительства Кыргызской Республики от 4 октября 2011 года № 611, п.1.)

УДК – 340.6:616.231

**ТРАХЕОСТОМИЯ, ЕЁ ОСЛОЖНЕНИЯ И
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ
(экспертный случай)**

**М.Ш. Мукашев, Т.Т. Матсаков, А.Э. Турганбаев,
Б.Н. Айтмырзаев, Токтосун у. Б.**

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

E-mail: kafsudmed@mail.ru

Резюме. В статье на конкретном экспертном примере показаны данные послеоперационного осложнения трахеостомии, закончившегося смертельным исходом. Тактические и технические ошибки медперсонала в виде ранней экстубации и принятии решения о необходимости трахеостомии, неоднократные попытки реинтубации и наложения трахеостомии не на интубационной трубке. В результате таких ошибок произошло закачивание крови в легкие с последующей аспирацией крови в легкие.

Ключевые слова: Трахеостомия, осложнения, кровь, аспирация, судебно-медицинские аспекты.

**ТРАХЕОСТОМИЯ, АНЫН КАБЫЛДООЛОРУ ЖАНА
СОТТУК-МЕДИЦИНАЛЫК ЖАГДАЙЛАРЫ
(эксперттик иштен)**

**М.Ш. Мукашев, Т.Т. Матсаков, А.Э. Турганбаев,
Б.Н. Айтмырзаев, Токтосун у. Б.**

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

Корутунду. Макалада так мисалдын негизинде операциядан кийинки кыска убакытта болгон трахеостомиянын кабылдоосу көргөзүлгөн. Медициналык кыз-

маткерлердин ооруну эрте мөөнөттө экстубация кылып, трахеостомия кылышка чечим кабыл алууда, ирет-ирет жасалган реинтубация жана трахеостомияны интубациялык түтүксүз жасаган өндөнгөн тактикалык- техникалык катанын негизинде өпкөгө кан толуп, дем алуусу кескин бузулуп бейтап өлүмгө дуушар болду.

Негизги сөздөр: трахеостомия, кабылдоолор, кан, аспирация, соттук- медициналык жагдайлары.

TRACHEOSTOMY, ITS COMPLICATIONS AND FORENSIC AND MEDICAL ASPECTS (expert case)

**M.Sh. Mykashev, T.T. Matsakov, A.E. Turganbaev,
B.N. Aitmyrzaev, Toktosun u. B.**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(Rector – DM. professor I.O. Kudaibergenova),
Forensic medicine and law department
(dep.head – DM, professor Mukashev M.Sh.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The article shows a post-operative complication of a tracheostomy that has been fatal in a specific expert example. Tactical and technical errors of the medical staff in the form of early extubation and deciding on the need for a tracheostomy repeated attempts to re-intubate and apply a tracheostomy, not on the endotracheal tube. As a result of such errors, blood was pumped into the lungs and subsequent aspiration of blood into the lungs.

Key words: tracheostomy, complications, blood, aspiration, forensic aspects.

В связи с ростом потребности населения в разных видах медицинских услуг, начиная от косметических до органосохраняющих видов с применением и простых и инвазивных методов диагностики и лечения, возникла необходимость в проведении систематического контроля услуг, оказываемых как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях [1].

В уголовном кодексе Кыргызской Республики, вступившего в силу с 1 января 2019 года, предусмотрено ряд статей, определяющих ответственность

медицинских работников за правонарушение при выполнении профессиональных обязанностей. Так, ст. 148 (Незаконное прерывание беременности), ст.149 (Заражение неизлечимой инфекционной болезнью), ст. 152 (Ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником), ст.155 (Имплантация женщине чужой яйцеклетки) и ряд других [2].

Аналогичные статьи (по степени тяжести) определены и в других кодексах КР, принятых в 2017 году и вступивших

в силу с 1 января 2019 года. В кодексе о нарушениях [3] незаконное прерывание беременности предусмотрено ст.72, а ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником ст.73. В кодексе о проступках [4] в ст.67 п.2 предусмотрена ответственность за причинения менее тяжкого вреда здоровья по неосторожности и при исполнении своих профессиональных обязанностей, ст.72-незаконное прерывание беременности, а ненадлежащее исполнение профессиональных обязанностей медицинским или фармацевтическим работником в ст.73.

Одной из форм оценки качества медицинской деятельности являются судебно-медицинские экспертизы, проводимые по инициативе и жалобам заказчиков медицинских услуг (пациентов как субъектов правоотношений), родственников умерших (как третьих лиц в правоотношении) или по инициативе правоохранительных органов по результатам надзорных проверок.

Увеличение жалоб и обращений граждан в правоохранительные органы на дефекты оказанных медицинских услуг, по нашему мнению, связаны прежде всего, с результатами медицинских услуг и неудовлетворенностью результатами медицинских услуг, ростом правовой грамотности населения и его активности в защите конституционных прав по оказанию надлежащей медицинской помощи.

Судебно-медицинские экспертизы, связанные с установлением дефектов при оказании медицинских услуг, являются одним из сложных [5]. Это связано с тем, что при проведении экспертизы

экспертная комиссия решает вопросы, связанные не только с диагностикой, но и с неправильным осуществлением медицинских манипуляций и операций, соблюдения стандартов и обоснованности назначенного лечения, установления причинной связи между выявленной патологией и развившимися осложнениями [6,7].

Объективными факторами, влияющими на неблагоприятный исход при оказании медицинских услуг, являются: редкость заболевания, естественный патоморфоз, сочетание или конкуренция нозологических форм, тяжелое состояние больного, кратковременность пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, отсутствие условий оказания помощи в лечебно-профилактическом учреждении, аллергические реакции, тяжесть болезни, избыточный вес, хронические инфекции [8].

Сложность решения вышеуказанных вопросов требует привлечение в состав экспертной комиссии ведущих специалистов различных клинических специальностей, в том числе профессорско-преподавательский состав Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, имеющих большой практический и теоретический опыт.

Пациентам, находящимся в условиях реанимационного отделения на искусственной вентиляции лёгких, нередко возникает необходимость в проведении хирургического вмешательства в виде трахеостомии [9].

В настоящее время установились стереотипы, по которому постановка трахеостомической трубки является прерогативой врача-отоларинголога,

несмотря на то, что трахеостомия и трахеотомия входят в список необходимых манипуляций, которыми должны владеть врачи всех специальностей хирургического профиля, включая врачей анестезиологов-реаниматологов [9].

Основными показаниями к проведению трахеостомии являются острая дыхательная недостаточность и ряд других состояний, требующих немедленного устранения острой дыхательной недостаточности. Осложнения трахеостомии делятся на интраоперационные, ранние послеоперационные и поздние послеоперационные [9]. В целях минимизации риска осложнений трахеостомию по открытой методике проводят в условиях операционной с соответствующим оборудованием.

Целью нашей статьи является показать возможные осложнения трахеостомии на конкретном примере со смертельным исходом пациента и судебно-медицинской оценке действий врачей, участвовавших в данной операции.

Заключение №466 от 06.10.2015 г. Комиссионная судебно-медицинская экспертиза проводилась на основании постановления следователя СО УВД Свердловского района г. Бишкек по заявлению гр. К. о принятии мер в отношении медицинского персонала и врачей частной клиники, которые 20.02.2015 г. во время плановой операции по удалению липомы на шее гр.Н. вследствие ненадлежащего выполнения профессиональных обязанностей, наступила смерть гр.Н. По этому факту было возбуждено уголовное дело по признакам преступления ст.119 ч.2. УК КР. На разрешение экспертизы поставлены 46 вопросов. При производстве

экспертизы в комиссию привлечены специалисты в области хирургии, оториноларингологии.

В распоряжение экспертной комиссии предоставлены материалы уголовного дела, медицинская карта стационарного больного за №13/15 на имя Н. По мед. карте, больной поступил 19.02.2015г. Диагноз при поступлении: Липома Маделунга шейно-межлопаточной области. Локально: в шейно-межлопаточной области на уровне С7-Th2 опухолевидное образование, плотной консистенции, границы чётко не определяются, малоподвижное, безболезненное, размером 10,0x0,5 см. Предоперационный осмотр анестезиолога: Повышенного питания. Живот увеличен за счёт подкожно-жировой клетчатки. Из анамнеза: Гепатит “С”, бронхиальная астма, в возрасте 18 лет снят с учёта. Планируется общий наркоз, комбинированный кетамин. 20.02.15г. операция – иссечение опухоли. Обнаружена опухоль размером 13x12 см без четких границ, интимно сращена и спаяна с близлежащими тканями. Основное образование уходит вглубь до остистых отростков в межмышечное пространство. Макро: опухоль желтого цвета, на разрезе однородная жировая ткань, основание в виде фиброзной капсулы. Других сведений о ходе анестезии и операции в мед. карте отсутствуют.

Заключение эксперта №229 от 21.02.2015 г. ... При наружном исследовании – ... В нижней трети шеи по передней поверхности операционная рана с ровными краями, из раны выходит трахеостомическая трубка с заглушкой длиной 13 см, фиксированная к кожно-

му лоскуту у края раны... при надавливании на грудную клетку из операционной раны выделения жидкой крови. На передней поверхности грудной клетки справа и слева кольцевидной формы осаднения коричневого цвета (следы от дефибриллятора). При внутреннем исследовании: По передней поверхности трахеи расположено овальной формы отверстие диаметром 1,3 см. Из отверстия выделения жидкой тёмной крови, кровоизлияния в близлежащие мягкие ткани тёмно-красного цвета, при осмотре какого-либо сосуда из-за обильного пропитывания обнаружить не удалось. В просвете трахей, крупных и мелких бронхов свободное скопление жидкой, пенистой темно-красного цвета крови. Легкие синюшного цвета с темными пятнами и единичными кровоизлияниями под плевру. Судебно-гистологическое исследование: легкое – эмфизема, дистелектазы, в просвете альвеол и бронхов гемолизированные эритроциты. Причиной смерти гр. Н. явилась аспирационная асфиксия кровью.

Следователем представлена справка МЗ КР по результатам служебного расследования: “... Учитывая большие размеры опухоли, положение больного во время операции на боку, проведение операции под общим наркозом было правильным. Анестезия во время оперативного вмешательства проходила без особенностей. В послеоперационном периоде введение кетонала с целью обезболивания у больного Н. вызвало клинику анафилактического шока с явлениями лёгочной недостаточности. При этом, лаваж дыхательных путей через эндотрахеальную трубку, проводимый анестезиологом,

был неэффективным. Консилиумом решено провести реинтубацию. Решение консилиума о проведении реинтубации было нецелесообразным, что вынудило в последующем прибегнуть к операции наложения трахеостомии. Во время многократных попыток реинтубации и проведения операции наложения трахеостомии неэффективно проводилась санация трахеобронхиального дерева, что, возможно, привело к аспирации дыхательных путей кровью и в последующем к смерти больного от острой дыхательной недостаточности из-за аспирационного синдрома.

По наркозной карте: 09.05 ч. Проведена премедикация в палате 9.35 ч. Больной в операционной. 9.40 ч. вводный наркоз. 9.52 ч. Произведена оротрахеальная интубация со второй попытки, отмечаются эпизоды снижения АД до 60/40 мм рт. ст., явления ларингоспазма. раствор эуфиллина 2,4% – 10,0 в/с1. 10.15ч. начало операции, 11.35 ч. конец операции. Течение операции без особенностей. Больной находился на ИВЛ. 12.30 ч. Больной на самостоятельном дыхании через интубационную трубку. Дыхание адекватное, реагирует на боль, открывает глаза, жмёт руку. 13.50 ч. с целью обезболивания введён р-р кетонала 100 мг – 2,0 после чего отмечается клиника анафилактического шока: АД 40/0 мм рт.ст., пульс нитевидный. Акроцианоз губ, век, «капельки пота». Аускультативно – над легкими масса сухих хрипов. В/в введен: р-р адреналина 0,18% – 0,5, физиологический р-р NaCl 0,9%, р-р дексаметазона 16 мг. 14.00 ч. АД 70/30 мм рт.ст, пульс 128 уд. в минуту. Над легкими масса влажных хрипов. Проведен лаваж трахеобронхиаль-

ного дерева, но, тем не менее, нарастают явления легочной недостаточности, которые оцениваются как отёк легких. 17.00 ч. Сатурация снижается до 85%, по эндотрахеальной трубке чрезмерное выделение слизи. При этом лаваж через эндотрахеальную трубку неэффективен. Консилиумом решено провести переинтубацию трахеи, учитывая, что больной был интубирован трубкой «Portex» №7. 17.10 ч. произведена экстубация. Были произведены многократные попытки реинтубации. Учитывая нарастание явлений дыхательной недостаточности, консилиумом в составе... рекомендована операция наложения трахеотомии по жизненным показаниям. 18.10 ч. операция трахеотомия. АД 85/45 мм рт.ст. пульс 126 в мин. 18.20 ч. констатирована клиническая смерть. Остановка деятельности сердечно-сосудистой системы. Начаты реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, дефибрилляция. В/венно сделано: р-р адреналина 0,18% – 10,5 мл, р-р дексаметазона 80 мг, р-р атропина 0,1% – 1,0 в/в. 18.50 ч. констатирована биологическая смерть.

Труп был вскрыт 21.05.15 г в 9.00 ч. в морге Республиканского центра СМЭ: внутреннее исследование – признаки – цирроза печени, хр. панкреатита. При вскрытии просвета трахеи, крупных и мелких бронхов скопление жидкой темной крови. Проведены гистологическое и лабораторное исследования.

Патологоанатомический диагноз: состояние после операции – удаление липомы шейно-лопаточной области от 20.02.2015 года. Паренхиматозная дистрофия внутренних органов: смешанный цирроз печени, хронический пан-

креатит. Состояние после трахеотомии от 20.02.2015 года. Геморрагическая инфильтрация мягких тканей в области трахеостомического отверстия. Геморрагическая жидкость в просвете дыхательных путей и в альвеолах (гист.). Аспирационная асфиксия. Эмфизема и дистелектазы в легких. Смерть наступила в результате аспирации дыхательных путей кровью.

Комиссия МЗ КР в выводах указала на правильность выставленного диагноза, целесообразность проведения операции под общим наркозом, об ошибочности решения консилиума врачей о проведении реинтубации, вынудившим в последующем пребергнуть к операции трахеотомии, недостаточности санации трахеобронхиального дерева и возможности аспирации крови при подключении к ИВЛ и смерти от острой дыхательной недостаточности из-за аспирационного синдрома.

Лицензионной комиссии МЗ КР рекомендовано приостановить действия лицензии МЗ КР №..., выданной учреждению сроком на 3 месяца за нарушение лицензионных требований.

С учётом данных судебно-медицинского исследования трупа Н., результатов служебного расследования, рецензий специалиста хирурга, оториноларинголога и вопросов постановления судебно-медицинская экспертная комиссия пришла к выводу:

1. Непосредственной причиной смерти гр. Н. явилась острая дыхательная недостаточность в результате аспирации крови в легкие. Это доказывается обнаружением и морфологических признаков аспирационной асфиксии:

– а именно – свободное скопление жидкой пенистой крови в просвете крупных и мелких бронхов;

– синюшного цвета легких с темными пятнами на поверхности (пестрое легкое);

– ткань легких на ощупь тестоватые, местами воздушные;

– единичные точечные кровоизлияния под плевру легких (пятна Тардье);

Смерть от аспирации крови дополнительно доказывается:

– наличием источника кровотечения (наложения трахеостомы):

– показаниями (л.д.192,197 т.2) (... стала выбрасываться кровь, которая обильно испачкала медицинский халат хирурга, изо рта стала вытекать обильно кровь, от которого испачкалась кислородная маска и рукава моего халата);

– показаниями при очной ставке (л.д.не указан, протокол очной ставки от 17.09.15т т.2) (со рта больного брызнула кровь...)

О смерти от аспирации кровью доказывается и показаниями хирурга (л.д.182.т.1-протокол допроса от 17 апреля 2015г), «после трахеостомии больному становится плохого и у него останавливается сердце».

Смерть от аспирации кровью бесспорно доказывается исследованием кусочков легких и бронха, при котором в просвете бронхов спущенный эпителий (повреждение слизистых дыхательных путей) и кровь, в легких – очаги дистелектаза (участки спадения и расширения альвеол), а в бронхах – спущенный эпителий, единичные гемолизированные эритроциты (акт №151/390 от 12.11.2015г).

Об острой аспирации кровью свидетельствует и внешний вид больного на тот момент «лицо и грудная клетка больного моментально стало раздуваться вширь, глазные яблоки вышли из глазных щелей ... давление крови исчезло, пульс упал до нуля» (протокол очной ставки л.д.192.т.2.)

2. Н. мог остаться в живых при выведении больного из состояния наркоза при масочном дыхании с одновременным использованием трубки воздуховода, а при уже наступившей дыхательной недостаточности – при своевременном выполнении трахеостомы на интубационной трубке (не выводя интубационную трубку из дыхательных путей).

3. Смерть больного наступила через 7 часов после проведенной первой операции по удалению липомы (операция закончилась примерно 11.00-11.15 ч. по объяснительной врача и показаниям и констатирована смерть в 17.25 ч.) и через 15-20 минут после трахеостомии (по протоколу допросов от 17 апреля 2015 г. и по протоколу допроса от 18 апреля 2015 г.- л.д. 180 и 184 т.1) Хотя остановка дыхания и сердца, наверняка произошла раньше (при достаточно выраженной аспирации крови).

4. Мероприятия в виде ранней эктубации, неуспешные попытки реинтубации вызвали ухудшение состояния больного в виде развития дыхательной недостаточности, а наложение трахеостомы на фоне ИВЛ привело к заклиниванию крови в легкие с развитием аспирационной асфиксии со смертельным исходом.

5. Трахеостомия проведена с большим опозданием (на фоне выраженной

дыхательной недостаточности в результате ранней экстубации и неуспешной реинтубации) и более того, усугубила дыхательную недостаточность аспирацией кровью в легкие в результате закачивания крови проводимой ИВЛ.

6. Операция трахеостомии проведена в связи с нарастанием дыхательной недостаточности в результате ранней экстубации и попытках реинтубации больного.

7. Наступление смерти от аспирации кровью при неправильно проведенной трахеостомии возможно при повреждении кровеносных сосудов и тем более, при форсированном дыхании, что имело место в данном конкретном случае. Не обнаружение поврежденного сосуда из-за обильного пропитывания участка трахеостомии отнюдь не означает отсутствие поврежденного сосуда.

8. Действия (бездействия) врачей в наступлении смерти Н. предусматриваются в следующем:

а) при более тщательном обследовании больного на дооперационном периоде и выявлении хронического бронхита в стадии обострения и активного цирроза печени, проведением рентген исследований грудной клетки, учета увеличения трансаминаз АЛТ (53,1 при норме 0,00-49,00) можно было отсрочить операцию и назначить лечение указанных заболеваний;

б) не учитывались возможные затруднения в анестезиологическом пособии и в связи с ожирением, короткой шеей, узостью верхних дыхательных путей пациента, в связи с чем и проведен неправильный подбор размеров интубационной трубки;

в) трахеостома накладывалась не на интубационной трубке;

г) недостаточная санация трахеобронхиального дерева, в связи с чем сузился просвет интубационной трубки;

д) отсутствие трубки воздуховода при масочной вентиляции, что очень важно при гиперстеническом телосложении пациента, т.к. маска недостаточна из-за западения языка;

е) явление бронхоспазма и дыхательной недостаточности в связи с малыми размерами дыхательной трубки;

ж) длительное форсированное масочное дыхание, затем и подключение к аппаратной вентиляции на стадии трахеостомии закачало кровь в бронхо-легочную систему;

з) переэкстубация, обусловленная развитием дыхательной недостаточности в связи с малыми размерами дыхательной трубки;

и) безуспешные попытки реинтубации (что привело к нарастанию дыхательной недостаточности);

к) усиление бронхоспазма (ларингоспаз) введением кетонала.

9. Прямой причинной связи между заболеванием Н. (липوما Маделунга) и оперативным её удалением и наступлением смерти не предусматривается.

10. В мед. карте 13/15 на имя Н. есть записи по осмотру в момент поступления и вклеен лист осмотра анестезиологом, который указывает анестезиологический риск ASA II ст. и риск интубации по Милланоти II-III ст. и рекомендует премедикацию по обычной схеме. Другие обследования (ЭКГ, УЗИ, ОАК, ОАМ, печеночные тесты) проводились в частных диагностических лабораториях.

11. Конкретной причиной трахеостомии явилась острая дыхательная недостаточность, развившаяся в результате вынужденной перекстубации и неудачных попыток реинтубации. Кровотечение в период проведения трахеостомии произошло на фоне масочного наркоза, затем ИВЛ закачало кровь в бронхо-легочную систему, вплоть до мелких бронхов (гистологически).

Удаление крови из просвета мелких бронхов практически невозможно, а это и не диагностировано во время трахеостомии и в последующем, до судебно-медицинского исследования трупа.

12. Окончательно решение о необходимости трахеостомии принимается хирургом и анестезиологом с учётом конкретной ситуации.

13. Руководителем операции является хирург и общую ответственность за результат операции несёт хирург и анестезиолог (при интубационном наркозе).

14. Избранный метод анестезии (общий наркоз) соответствовал характеру хирургического вмешательства по удалению липомы.

15. В случае невозможности реинтубации, необходимо перейти на масочное дыхание или операции трахеостомии, но трахеостомия должна проводиться на интубационной трубке. Рекомендации консилиума врачей о необходимости проведения операции трахеостомии в данном случае соответствовали

ситуации в рамках оказания экстренной медицинской помощи, т.к. в 74 ст. Закона об охране здоровья граждан КР (по состоянию на 27.06.2013 г.) сказано: «В случаях когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум непосредственно лечащий врач (дежурный) с последующим уведомлением должностных лиц организации здравоохранения».

В данной статье мы отразили раннее послеоперационное осложнение трахеостомии со смертельным исходом в результате ряда технических и тактических ошибок медработников.

При наличии 46 вопросов, мы в статье привели ответы на те вопросы следователя, которые касались вопроса трахеостомии и причины смерти больного, тогда как в экспертном заключении даны ответы на все вопросы.

Таким образом, ранняя экстубация, неоднократные попытки реинтубации, проведение трахеостомы не на интубационной трубке, использование ИВЛ на фоне трахеостомии привели к закачиванию крови в лёгкие и аспирационной асфиксии со смертельным исходом больного.

Литература

1. Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б. Структура судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» за 2013- 2014 гг. //Судебная медицина: вопросы, проблемы, экспертная практика. – 2018. - 4(25). - С.56-63.
2. Уголовный кодекс КР, 2017г.
3. Кодекс КР о нарушениях, 2017г.
4. Кодекс КР о проступках, 2017г.
5. Шадымов А.Б., Колясников А.О., Белокова Л.Ю. Анализ судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско-гинекологического профиля //Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: под.ред. В.П. Новоселова, Б.А. Саркисяна, В.Э. Янковского. – Новосибирск, 2010.- С. 84-89.
6. Беляев Л.В., Ноздряков К.В. Алгоритм проведения комиссионных судебно- медицинских экспертиз по медицинским документам в акушерско - гинекологической практике// Судмедэкспертиза. - 2007. - №1 – С. 18-21.
7. Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровья //Приказ №59 от 02.02.2012г. Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в КР. - Бишкек, 2012. – С.371-433.
8. Сухарева М.А., Баринов А.Е. Исследование нежелательных исходов в медицинской практике//Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики травм и заболеваний. Профилактика профессиональной заболеваемости специалистов: Сб. материалов научно-практической конференции молодых ученых судебных медиков и патологоанатомов Центрального федерального округа. - М., 2014.-С. 80-81.
9. Молдоташева А.К., Акимов М.М., Исмайылова А.Б., Накыспек А.К., Маматалиева Б.М. Актуальные вопросы трахеостомии у пациентов в отделении реаниматологии. Современные аспекты проблемы// Вестник КГМА им. И.К.Ахунбаева. – 2019. - №3. –С. 110-115.

