

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

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

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

№ 2, 2010₂

Бишкек

**Научный медицинский журнал Кыргызской государственной медицинской академии
им. И.К. Ахунбаева**

Главный редактор
Зурдинов А.З.

Зам. главного редактора
Брысов К.Б.

Ответственный секретарь
Исакова Ж.К.

Редакционная коллегия

Кудаяров Д.К.
Мамакеев М.М.
Мамытов М.М.
Мурзалиев А.М.
Нанаева М.Т.

Редакционный совет

Акынбеков К.У.
Алымкулов Р.Д.
Бектуров Ж.Т.
Бримкулов Н.Н.
Кадырова Р.М.
Кожакматова Г.С.
Кононец И.Е.
Куттубаева К.Б.

Куттубаев О.Т.
Мергенбаева Т.К.
Мусуралиев М.С.
Усупбаев А.Ч.
Сатылганов И.Ж.
Тилекеева У.М.
Чонбашева Ч.К.
Шаршенов А.К.

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92
КГМА,
Телефон: (0312) 54 58 82
E-mail: vestnikkgma@mail.ru

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

СОДЕРЖАНИЕ

КОЛОНКА ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Ырысов К.Б. Проректор по клиническому обучению и научной работе 4

ЮБИЛЕИ

80 лет Алымкулову Д.А. 5

ВОПРОСЫ ИСТОРИИ И ФИЛОСОФИИ

«Психическая энергия в медицине» (часть I) Береговой А.А. 7

«Сокровище внутри нас» (Часть II) Береговой А.А. 13

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Доктрина и основные направления постдипломного обучения в хирургии.
Маллаев С. Х., Бектуров Ж.Ж., Осмонбекова Н.С. 17

ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Изменение интегрального показателя- индекса гормональной адаптации крыс после общей гипертермии. Барбашов И.В., Акиншин И.Д., Гусев А.В., Макаров Е.Д., Иванов А.В., Белобородова Е.В., Астафьева К.А., Рудченко Д.А. 21

Изменение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови крыс при общей гипертермии. Белобородова Е.В., Макаров Е.Д., Гусев А.В., Акиншин И.Д., Иванов А.В., Барбашов И.В., Самсонова Н.В. 23

Изменение структуры лимфатических узлов крыс при общей гипертермии Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Астафьева К.А., Самсонова Н.В. 25

Краткий исторический обзор научных исследований по эхинококзам Кыргызской Республики. О.Т.Куттубаев, К.С.Кулжабаева, Т.А.Абдыжапаров, Ж.О.Солтобаева, Р.Р.Караева, А.У.Бодошова, К.М.Раимкулов, И. Зиядинов, П.Деплазес. 27

Адаптационные процессы в органах скелета древних популяций новосибирской области (по материалам могильника Сопка – 2)
Агададаев Р.Х., Елясин П.А., Хорошевская Я.А. 32

Изменения структуры лимфатических узлов крыс при общей гипертермии.
Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Гусев А.В., Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Астафьева К.А., Самсонова Н.В. 36

Изменение концентрации антиоксидантов в сыворотке крови крыс под влиянием линейно-неспецифической карциносаркомы walker-256. Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Гусев А.В., Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Самсонова Н.В. 38

Реакция регионарных лимфоузлов тонкой кишки при применении разных питьевых вод новосибирской области. Елясин П.А. 40

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

К вопросу о тугоухости: причины, диагностика и лечение.
(Научный обзор) Джаманкулова Н.М., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д. 43

Социально-гигиенические аспекты малярии в республике Таджикистан.
Мирзоалиев Ю.М. 47

Миастения: частые диагностические ошибки.
Усенова Н.Ш., Киндербаева Н.К., Ахметов А.Б. 50

Критерии прогноза у больных с гипертензивными внутримозговыми кровоизлияниями.
К.Б. Ырысов, А.А. Джамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев 53

Значение прогностических критериев в лечении больных с гипертензивным внутримозговым кровоизлиянием.

К.Б. Ырысов, А.А. Джамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев

56

Экспертная оценка медикаментозной терапии кардиохирургических больных.

Турдумаматов У., Усубалиев К., Токтосунова Д., Усубалиев Н.

59

Состояние красной крови у детей раннего возраста проживающих в разных районах Ошской области Кыргызской Республики. **Турдубаев К.Т.**

64

Особенности питания молодых спортсменов. **Э.Д. Саккараев, М.К. Беделбаев, Т.А.Цивииская, М.К. Эсенаманова, Ф.А. Кочорова.**

67

Гигиеническая оценка показателей Напряженности труда детей – тачечников работающих на центральном рынке г.Ош. **Джорбаева А.А., Султашев А.Ж., Плахотников В.Н., Турсунбекова А.С.**

72

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Применение мягкого фиксатора при переломах хирургической шейки плечевой кости.

Насиров У.И., Рысбаев К.С.

80

Хирургическое лечение сфеноидитов (Обзор литературы).

Насыров В.А., Исаев В.А.

75

Профилактика воспалительных осложнений после операций по поводу альвеококкоза печени. **Абдиев А.**

83

Оперативное лечение сложных внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости с применением наkostной пластины.

Борукеев А.К., Молдобеков И.М.

86

Течение раннего послеоперационного периода у больных вентральными грыжами в зависимости от расположения сетчатого протеза в брюшной стенке.

Брылёва К.М., Смарж Т.М., Левдина Е.А.

90

Принципы лечения флегмон шеи (обзор литературы).

Жолдошева Ч.А., Медербек к. Рада, Идрисова А.

92

Способ лечения гнойных ран и его эффективность. **Асылбашев Р.Б.**

95

Субдуральная гематома: сравнительная характеристика методов хирургического лечения и их результатов. **Сулайманов М.Ж., Байматов А.А., Мендибаев К.Т.**

98

Невралгия тройничного нерва: методы хирургического лечения (микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва). **Сулайманов М.Ж., Байматов А.А.**

105

СТРАНИЧКА НАУЧНОГО ОТДЕЛА.

Стендовые доклады студентов и молодых ученых

110

ЖИЗНЬ КГМА им. И.К. АХУНБАЕВА

Отдел международных связей

111

Вспомним всех поименно. Великой Победе 65 лет

113



*Erforschet ohne Unterlass
Was herlich ist und wunderschoen
Was die Welt noch nicht gesehen*

*Всегда исследуйте всечасно
Что есть велико и прекрасно
Чего еще не видел свет*

М. Ломоносов

Уважаемые участники и гости международной научно-практической конференции студентов и молодых ученых!

Прежде всего поздравляю Вас с началом работы международной научной конференции студентов и молодых ученых. Несмотря на политическую нестабильность в республике, Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева проводит ежегодную конференцию молодых ученых-медиков. Вдвойне отраднее, что на нашей конференции принимают участие гости из России (Новосибирский государственный медицинский университет, г.Новосибирск), Южной Кореи и Таджикистана. Это еще раз доказывает, что наука не имеет границ.

Участие на научной конференции позволит молодым ученым обмениваться опытом, делиться своими научными достижениями и проблемами. Именно таким образом строятся дружеские мосты между молодыми учеными разных стран, повышается уровень научной деятельности и поднимается престиж медицинской науки среди молодых врачей. Именно молодые врачи должны быть в недалеком будущем на переднем крае борьбы за жизнь и здоровье человека. Активная позиция в освоении и внедрении новых технологий, на основе полного и всестороннего осознания необходимости обновления своего сознания и долга позволит будущим врачам стать профессионалами своего дела и достойными продолжателями врачебных и научных традиций.

Студенческая молодежь всегда стояла в авангарде передовых идей и являлась основной движущей силой революционных преобразований в развитии демократического общества.

Хочу пожелать всем участникам и гостям научно-практической конференции успешной и плодотворной творческой работы, новых научных открытий, желание и стремление познать все новое в науке.

Огромных Вам успехов в практической и научной работе!

*Проректор КГМА им. И. К. Ахунбаева
по клиническому обучению
и научной работе, д.м.н., профессор*

К. Б. БЫРЫСОВ

80 ЛЕТ АЛЫМКУЛОВУ ДОБУЛБЕКУ АЛЫМКУЛОВИЧУ



В мае 2010 года исполнилось 80 лет со дня рождения Добулбека Алымкулова, ветерана, известного ученого медика.

Д.А. Алымкулов родился 25 мая 1930 года в селе Тошбулак Сокулукского района Чуйской области.

В 1955 году окончил Киргизский государственный медицинский институт и был оставлен в аспирантуру в лабораторию патологической физиологии Института краевой медицины АН Киргизской ССР. После окончания аспирантуры с 1958 по 1961 годы работал ассистентом кафедры патологической физиологии Киргизского государственного медицинского института.

В 1961 году прошел по конкурсу в Киргизский научно-исследовательский институт охраны материнства и детства, где заведовал отделом функциональной диагностики.

1963 год - защита кандидатской диссертации.

1971 год - защита докторской диссертации.

В 1975 году назначен директором Киргизского НИИ курортологии и физиотерапии.

В 1984 году назначен директором института физиологии и экспериментальной патологии высокогорья АН Киргизской ССР.

В 1986 году по конкурсу прошел на должность заведующего кафедрой курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры КГМА, а с 1989 по 2001 годы совмещал работу председателя Ученого Медицинского Совета МЗ КР.

В 1991 году назначен директором Киргизского НИИ курортологии и восстановительного лечения, а в 1996 году полностью перешёл в штат КГМА в качестве заведующего кафедрой курортологии, физиотерапии, ВК и ЛФК.

С 2001 года профессор кафедры терапевтических дисциплин медицинского факультета КРСУ.

С 2004 года по настоящее время заведующий кафедрой реабилитационной медицины КРСУ и по совместительству профессор кафедры физических методов лечения с курсом традиционной медицины КГМА.

Профессор Д.А. Алымкулов является ученым, внесшим значительный вклад в развитие фундаментальных и прикладных проблем угрожающих состояний, физиологии и патологии растущего организма, по вопросам рекреационных ресурсов Кыргызстана и использования природных и преформированных физических факторов в профилактике, лечении и реабилитации больных.

Одно из главных направлений научных исследований Добулбека Алымкуловича посвящено физиологии и патологии в возрастном аспекте. Эти материалы обобщены в докторской диссертации "Характер компенсаторно-приспо-

собленных механизмов в онтогенезе при кровопотере в условиях низкогорья и Высокогорья Киргизии" (1971)

С 1975 года до настоящего времени направлением научных работ Д.Б. Алымкулова является изучение рекреационных ресурсов Кыргызстана и использование их, а также преформированных физических факторов в оздоровительно-лечебно-реабилитационных целях.

Наряду с научной работой и активным участием в деле подготовки медицинских кадров, Добулбек Алымкулович большое внимание посвящает подготовке высококвалифицированных специалистов. Под его руководством подготовлено 20 кандидатов и докторов наук.

За заслуги в развитии медицинской науки, подготовку научных кадров в 1989 году присвоено звание "Заслуженный деятель науки Кыргызской ССР". Добулбек Алымкулович является "Отличником здравоохранения СССР", "Отличником курортов СССР", награжден орденом Трудового Красного Знамени, медалями "За доблестный труд" и Монгольской Народной Республики, дважды награжден Почётными грамотами Верховного Совета Киргизской ССР.

Это только некоторые штрихи в долгой и плодотворной жизни Добулбека Алымкуловича Алымкулова. Мы желаем ему крепкого здоровья, благополучия, счастья и долголетия.

«ПСИХИЧЕСКАЯ ЭНЕРГИЯ В МЕДИЦИНЕ» (часть I)

Автор: студент 5 курса лечебного факультета 4 группы Береговой А.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Республика Кыргызстан, Кафедра философии и общественных наук КГМА
Зав. каф. к.ф.н. доц. Аалиева Гульзат Карыбековна (научный руководитель)

Резюме: Целью данного исследования является предоставление широкому кругу читателей, в первую очередь студентам медицинских учреждений Кыргызстана, информации о новом для нас объекте исследования – психической энергии, которой так много уделяют внимания на Западе, а также о способах её рационального использования, пополнения и обновления. Методами данного исследования явились: чисто философский подход к поставленному вопросу (в связи с нехваткой наглядных клинических результатов), а также выводы, приведённые на основании законов физики и исследований зарубежных учёных. Результатом данной работы явилось раскрытие безграничных возможностей психической энергии, как движущей силы всего живого. Вывод: умение поддерживать баланс энергетических запасов организма, приведёт к абсолютно здоровому состоянию последнего.

Ключевые слова: психическая энергия, биоэнергия, энергетический обмен.

«МЕДИЦИНАДАГЫ ПСИХИКАЛЫК ЭНЕРГИЯ» (I бөлүм)

Автору: КММАнын дарылоо факультетинин 5-курсунун 4-группасынын студенти
 Береговой А.А.
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия, Кыргыз
Республикасы, Бишкек ш. Кафедра баичысы ф.и.к. доц. Аалиева Г.К. (илимий жетекчи)

Резюме: Бул изилдөөнүн негизги максаты көпчүлүк окурмандардын өзгөчө Кыргызстандагы медициналык окуу мекемелериндеги студенттерине Батышта көп көзүл бурулган бизде жаңы маалымат болгон изилдөөнүн объектиси психикалык энергия жана аны туура колдонуу ыкмаларын толуктоо жана жаңылоо болуп саналат. Бул изилдөөнүн ыкмасы болуп коюлган маселелерге (көрсөтмөлүү клиникалык жыйынтыктардын жетишсиздигине байланыштуу) ошондой эле чет өлкөлүк окумуштуулардын жан физиктердин келтирилген негизги закондорунун жыйынтыгынын негизинде туура философиялык көз караш берүү болуп саналат. Психикалык энергиянын чеги жок мүмкүнчүлүктөрүн ачуу аталган иштин жыйынтыгы болуп эсептелинет. Жыйынтык: организмдин энергиялык запастарынын баланстарын колдоону билүү анын ден соолугун талапка жооп берерлик абалына алып келет.

Негизги сөздөр: психикалык энергия, биоэнергия, энергиялык алмашуу.

«THE MENTAL ENERGY IN MEDICINE» (part I)

The author: student of the 5-th year of the Treatment faculty 4-th group A.A.Beregovoi
The Kyrgyz State Medical Academy named by I.K.Akhunbaev, city of Bishkek, Kyrgyz Republic.
The department of philosophy and social sciences of KSMA.
The head of faculty c.p.s Gulzat Karybekovna Aalievna (scientific instructor)

Resume: The purpose of this present research is to give an opportunity to the public at large, first of all to the students of medical establishments of Kyrgyzstan, the information about the new object of research for us – the mental energy, that scientists from the West spare too much attention. Moreover, this article must give information about the ways of rational using, reinforcement and renew the mental energy. The methods of the present research are the pure philosophical approach to the given question (because of the shortage of the visual clinical results), the conclusions in virtue of the physics' laws and researches of the foreign scientists. The result of the present article was the opening of unlimited abilities of the mental energy, as a moving force for everything alive. Conclusion: the ability to keep the balance of energetic stocks of our organism will bring us to the utterly healthy condition of the last.

Key words: mental energy, bioenergy, energetic exchange.

Введение

Мир, в котором мы живём, в настоящее время чрезмерно перенаселён и опасен. Население нашей планеты увеличивается на миллиард, всего за какие-то 5-6 лет, вместо продолжительного периода роста в 130 лет, как это было раньше. Мы подходим к устойчивым техногенным катастрофам, демографическому взрыву, к голоду, распространяющемуся по Земле, ко многим неизлечимым болезням, некачественным продуктам питания, дефициту чистой воды и воздуха на планете. К тому же мир одолела жестокая порочность: жадность, лживость, предательство, безумная агрессивность и отравленная окружающая среда [37].

Многие люди утратили истинный смысл жизни. Они ни во что не верят и борются только за собственное выживание. Основными причинами растущей преступности остаются людские пороки или человеческий фактор, в виде духовной пустоты, активизации животных инстинктов, жажда наживы, утрата человеческого достоинства, нищенское существование и бытовая неустроенность. Кроме того, дурманящее воздействие на сознание и организм человека алкоголя, табака и наркотиков и, как дополнительный фактор, влияние высокой концентрации отравляющих веществ в окружающей среде [37].

Учёные философы обосновали перспективы развития такого мира. На основании рассчитанных ими индексов развития социума и биосферы они пришли к выводу, что коллапс (или кома) такого мира наступит уже к 2025 году [37].

Объединяя всё выше сказанное, я прихожу к глобальному вопросу, обращённому к читателю. Возможно, именно он поможет нам избежать кризиса.

Что, по вашему мнению, является величайшей тайной всех времён? Тайна атомной энергии? Высвобождение чудовищных сил посредством расщепления ядра? Нейтронная бомба? Полёт к звёздам? О чём же идёт речь? Где можно получить ответы на эти вопросы? Как открыть эту тайну? Как её применять [47]?

Ответ на этот вопрос столь же удивительно прост, как и неожидан. Тайна, о которой мы здесь говорим – это не что иное, как чудодейственные силы психической энергии, скрытой внутри нас [47].

Круговорот энергии

Люди с древних времен знали о существовании психической энергии и отчасти умели ею пользоваться. В древней Греции эта энергия называлась Терос, в древнем Египте – Тум, на Востоке – Аум. В той или иной степени этой энергией умели пользоваться колдуны и шаманы всех континентов, но лишь сейчас открываются возможности научного познания и применения этой энергии на благо человечества.

Наша жизнь – не что иное, как круговорот энергий, какая-то часть энергий постоянно расходуется и ее приходится постоянно восполнять. Хорошо, когда есть баланс между притоком и расходом энергии, но у многих ли он есть? Если баланса нет и энергообмен нарушен, то мы имеем либо избыток энергий, либо недостаток, и то, и то отрицательно сказывается на нас [40].

При избытке, энергия ищет выход, это может происходить в любых формах, часто самых неожиданных – от энтузиазма до бешенства, и даже излишнего веса. Во втором случае, при недостатке энергии, организм ищет недостающую ему энергию любыми способами. Вот вам и ответ на вопрос, откуда берутся энергетические вампиры – им просто неоткуда больше взять энергию, как от вас, и они сделают все, чтобы ее получить. В скандалах, обидах, ярости, возмущениях, истериках... появляется тот необходимый всплеск энергии, которую они ловят, и восполняют недостаток своей [40].

Так что же делать – расходовать или накапливать энергию? Расходовать, потому что только так возможно обновлять энергию. Если вы все держите в себе, происходит застой энергий, болото – ничто никуда не уходит и не приходит. А чтобы что-то пришло, нужно освободить для этого место. Природа не терпит пустоты, она обязательно ее заполняет [40].

Откуда же можно взять энергию? Самый простой способ – через пищу. Это один из самых мощных источников простой и необходимой для жизнедеятельности энергии. Если энергия не приходит с пищей, например во время лечебного голодания, то наблюдается упадок сил, слабость, апатия, организм экономит силы для минимального расходования остатков энергии. Еда и питье, это, в основном, грубые энергии, которые питают мышцы и физиологические системы тела. Но, накапливаясь, грубые энергии на-

чинают доминировать в организме, и восприятие человека огрубляется. Негативные эмоции, злость, переживания требуют повышенного расхода нервной и эмоциональной энергии. Вот почему так часто, когда мы нервничаем, нам хочется есть [40].

Также физическую энергию можно взять из спорта, физических нагрузок и сна. Грубые энергии нужны телу и их хватает только для восполнения физических сил, но психике требуется уже более тонкая энергия [40].

Тонкие и сверхтонкие энергии являются основой для интеллектуальной, творческой работы и чем выше творческий потенциал человека, тем больше энергии он потребляет. Более того, чем более развит человек духовно, чем выше его сознание, тем более тонкая энергия (пища) ему нужна. Как минимум, это вегетарианство. Психическая энергия – это тонкая энергия, которая пробуждает в нас чистые помыслы и возвышенные чувства, восстанавливает нас [40].

Есть еще более тонкие энергии, так называемые, духовные энергии. Достигнув определенного уровня, человек становится более восприимчивым и чувствительным, становится отчетливо слышен внутренний зов и тоска неизвестно почему. Так и начинается духовный поиск человека, поиск смысла жизни и высшей цели. У каждого свой путь, но ищущих объединяет одно – нежелание жить как все и проживать свою жизнь впустую. Использование энергии безгранично, она везде и повсюду, но не каждый может научиться не только брать ее, но и отдавать. Все, что нам дает Природа, она дает не для того, чтобы мы имели, а для того, чтобы другим давали. Иначе не происходит энергообмена. Такая энергия трансформирует человека на клеточном уровне, эволюционирует его сознание, которое руководит его действиями, и человек меняется на глазах – он не убивает, не изменяет, не лжет, не ворует, и это не потому что нельзя или накажут, а потому что ему это и в голову не придет [40].

Философский подход к энергии

Категория энергии является одной из основных в современной физике и смежных с ней естественнонаучных дисциплин, определяемое как общая количественная мера форм движения материи, или же способность материальных сис-

тем совершать работу при изменении своего состояния и непосредственно связываемое с законом сохранения энергии [21].

Каждый этап развития естествознания выдвигает новые проблемы, решение которых наполняет исследуемую категорию новым смыслом, что предполагает и проведение нового философского анализа ее содержания. Зная, что материалистическая философия энергию связывает с материей и ее движением, мы полагаем, что философский анализ понятия “психическая энергия” представляется весьма парадоксальным.

Гипотетически существующая и, по аналогии с физической, количественно измеримая энергия, лежащая в основе всякой активности психического аппарата и, следовательно, всех психических проявлений. Согласно большинству источников, понятие «психическая энергия» истолковывается как энергия всеначальная, а все прочие виды энергии являются ее дифференциациями. В то же время не только в классической философии и науке, но и эзотерике сегодня не существует единого подхода, позволяющего дать категориальное определение данному понятию [1-20, 22,23,25,26,28-32,34,36,43].

Возможно, оставаясь верным научной трактовке психической энергии, мне удастся адаптировать это понятие к медицине. Для этого необходимо исследовать ряд аспектов таких как: эзотерический, психологический и медицинский, что позволит не только определить само понятие в категориальном плане, но и раскрыть его содержание.

Эзотерический аспект (от греческого *esoterikos* – внутренний; тайный) позволяет рассматривать психическую энергию действительно как духовную субстанцию, которая лежит в основании Мира. Она лежит как в основе движения миров в Космосе, так и в основе высшей нервной деятельности человека. «Психическая энергия есть ВСЁ. Психическая энергия, как энергия всеначальная, есть та энергия, которая лежит в основании проявленного Мира. Психическая энергия запечатлевает образы на пластической космической субстанции... Психическая энергия есть Дух Святой. Психическая энергия есть любовь и устремление. Психическая энергия есть синтез всех нервных излучений... Потому выработка в себе постоянного, несломимого устремления к Свету, во всех его проявлениях, и будет,

именно, развитием этой энергии. Истинно, устремление и психическая энергия, можно сказать, синонимы. Одно без другого не существует», - писала одна из известных представителей эзотерики Е. Рерих. Все преуспевания человека зависят от наличия в нем психической энергии, и возрастают прямо пропорционально росту ее. В жизни каждого дня она еще более необходима, чем пища и тепло, т. к. наличие действующей психической энергии позволяет обходиться долгое время без пищи и не замерзнуть при очень низкой температуре [26].

Психологический аспект – его можно связать с учением великого З. Фрейда. Концепция психической энергии, в том или ином виде, присутствовала во всех теоретических построениях Фрейда. Однако ее серьезные недочеты постепенно вызвали волну резкой критики, приведшую в конечном итоге к требованиям отказа от концепции. Тем не менее, эвристичность понятия «психическая энергия» способствовала его выживанию [24,33,43].

В 1894 году Фрейд описывал психическую энергию как «...нечто ...скользящее по поверхности следовых воспоминаний, подобно тому, как скользит электрический заряд по поверхности тела». Вклад психической энергии в мыслительные процессы, представления и образы был обозначен термином катексис. Соответственно наделенные энергией мысли и представления обозначаются как катектированные. Степень катексиса, то есть связи идей, представлений и образов с психической энергией, рассматривалась в качестве важнейшего отличительного признака двух способов мышления - первичного и вторичного процессов. При первичном процессе психическая энергия относительно подвижна и не является нейтрализованной. Вторичные процессы мышления, напротив, характеризуются связанной и нейтрализованной энергией, сдерживаемой и управляемой функциями непосредственной разрядки. Кроме того, принято различать понятие гиперкатексиса, объясняющего феномен внимания, и понятие контркатексиса, объясняющего механизмы вытеснения [27].

Психическая энергия лежит в основе проявления феноменальных способностей человека. С действием психической энергии связаны такие явления, как передача мысли на расстояние, чтение мыслей, ясновидение, предвидение бу-

дущего и т. д. Все случаи так называемого «чудесного исцеления» тоже связаны с действием психической энергии.

Психическая энергия, вернее, наличие запаса ее в организме, самым непосредственным образом связана со здоровьем человека. Психическая энергия участвует во всех жизненных функциях организма, она же является основой иммунитета. Поэтому от ее наличия зависит правильное и полноценное развитие организма человека.

Вы не спрашивали себя – что движет нами? Что отвечает за функционирование нашего организма? Какой орган всё это выполняет? Спросите у кардиолога, и он назовет сердце, ответственное за все эти процессы. А невропатолог укажет на мозг (ЦНС). Но многие учёные, опровергнув все убеждения клиницистов, предоставят ряд неопровержимых доказательств о величайшей силе энергии, скрытой внутри нас, которую даже смогли измерить.

Индикатор энергии человека

По законам физики, вокруг проводника с током образуется электромагнитное поле. Точно так же вокруг тела человека образуется биополе. Оно имеет яйцевидную форму, тупой конец которого находится над головой, а острый - у бедер. Руки здесь можно сравнить с антенной радиостанции. Они могут принимать и передавать сигналы [39].

Учёными-физиками был давно создан прибор, способный измерить биоэнергию человека. И так как энергия идёт от человека, то прибор не нуждается в электрической и другой энергии извне. Предлагаемое устройство предназначено для измерения и оценки электрической составляющей энергии человека. Если на всем пути прохождения энергия не испытывает задержек, организм работает нормально. Если какой-то орган болен, прохождение энергии нарушается, соответствующая ему активная точка на коже это отражает - изменяется ее температура, плотность, ощущается болезненность. Кроме того, изменяется электрохимический потенциал, электропроводность. Прибор регистрирует эти изменения [39].

Приложив ладони к пластинам описываемого прибора, вы увидите показания, связанные с величиной своей энергии. Если сделать несколько физических упражнений или глубоко поды-

шать, величина энергии сначала возрастет, а через некоторое время вернется к своему прежнему значению. Значит, энергию можно пополнять через воздух, пищу и воду и посредством физических упражнений. Здоровый образ жизни ее стабильно повышает [39].

Как только человек заболевает, ухудшается снабжение организма кислородом, нарушается обмен веществ, и биоэнергия снижается. Прибор дает меньшее показание [39].

Как показывают практика и исследования, возрасту человека соответствуют определенные числа, характеризующие уровень энергии, как показано в таблице. Здесь 1 мКА условно принят за «единицу» биоэнергии человека. Если показания прибора превышают норму в 2...3 раза и выше, значит у вас есть прекрасные резервы здоровья. Такие показатели наблюдаются и у людей, обладающих экстрасенсорными способностями [39].

Годы	Единицы биоэнергии
10	80...85
15	75...80
20	70...75
25	65...70
30	60...65
35	55...60
40	50...55
45	45...50
50	40...45
55	35...40
60 и более	20...30

Этот прибор - всего лишь индикатор, подсказывающий состояние здоровья и потенциальные резервы энергии организма. Существуют более сложные приборы, измеряющие биоэнергию человека в комплексе, с учетом всех составляющих его биополя [39].

В заключении можно сказать, что человек - это одушевленный биологический аккумулятор энергии [39].

Факторы накопления энергии: труд, искусство, радость, мысль, любовь, устремление, молитва, единение людей.

Факторы растрачивающие энергию: раздражение, страх, сомнение, саможаление, лень, самость (эгоистичность), неуравновесие (беспокойство, растерянность, суетливость).

Как понять, сколько в вас энергии без использования всевозможных приборов? Достаточно посмотреть на себя и мир вокруг вас. Наш мир - это отражение нашего внутреннего состояния, отражение наших привычек и устоев. Если вам нравится тот мир, в котором вы живете, и вы счастливы, тогда у вас все в порядке с обменом энергии, вы умете брать и отдавать, умете создавать и видеть красоту в мелочах, вы любите и любимы. Но, если мир вам кажется серым и однообразным, вы работаете на износ, а дома ждут скандалы и непослушные дети, и ничто уже не радует и не вдохновляет, тогда пора задуматься над своей жизнью [42].

Законы физики незыблемы, и все свойства, которая энергия проявляет в одной точке Земного шара, будут такими же и на другом конце света. Следовательно, если рассматривать человека, как «конечный» электрон, то энергия его поля будет стремиться к бесконечности. А значит, возможности её безграничны.

Выводы:

1. Существование психической энергии - доказанный факт.
2. Для поддержания высокого жизненного тонуса необходим круговорот энергии внутри человеческого организма.
3. Для пополнения и обновления психической энергии необходим её круговорот между человеком и внешними факторами (природа, искусство, социальное общение).
4. Полученные сведения о факторах накопления и растраты энергии, помогут нам правильно использовать её силу.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Аблеев С. Р. Антропогенез с точки зрения эзотерической науки: исходные положения и следствия // Сознание и физическая реальность. - М.: Фолиум, 1999. - Том 4. - № 3;
2. Аблеев С. Р. Перспективы антропологической эволюции в философском Учении Живой Этики // Известия ТулГУ. - Сер. Гуманитарные науки. - Тула: ТулГУ, 1999;

3. Аблеев С. Р. Скрытые силы социального прогресса и проблема “метаисторического фактора” // Человек в социальном мире: проблемы исследования, перспективы. - Выпуск 1. - Тула: ЮК МПА, 1999;
4. Аблеев С. Р. Фундаментальные философские основания концепции космической эволюции человека: сущность, зарождение и историческое развитие / Диссертация на соискание учёной степени доктора философских наук в форме научного доклада. - Тула: ЮК РС МПА, 2000;
5. Агни Йога – исследователям. Ч. 1-3 / Сост. Яковлева Е. Г. - М.: “Белый луч”, 1999;
6. Агни-Йога. - Рига: Угунс, 1991; Аум. - Рига, 1936;
7. Блаватская Е. П. В поисках оккультизма. Сборник. (Пер. с англ.) – М.: Сфера, 1996;
8. Блаватская Е. П. Гималайские Братья. Сборник. (Пер. с англ.) – М.: Сфера, 1998;
9. Блаватская Е. П. Ключ к Теософии. – М.: “Сфера” РГО, 1993;
10. Блаватская Е. П. Наука жизни. Сборник. (Пер. с англ.) – М.: Сфера, 1999;
11. Блаватская Е. П. Новый Панарион. – Пер. с англ. – М.: МЦФ, “Диана”, 1994;
12. Блаватская Е. П. Письма. – М.: Золотой век, 1995;
13. Блаватская Е. П. Разоблаченная Изида. В 2-х т. – М.: Российское теософское общество, 1992;
14. Блаватская Е. П. Скрижали Кармы. – Пер. с англ. – М.: МЦФ, 1995;
15. Блаватская Е. П. Смерть и бессмертие. Сборник. (Пер. с англ.) – М.: Сфера, 1998;
16. Блаватская Е. П. Тайная Доктрина. В 2-х томах. – М.: Прогресс-Культура, 1992;
17. Блаватская Е. П. Тайная Доктрина. Том 3. – Новосибирск, ИЧП “Лазарев и О”, 1993;
18. Блаватская Е. П. Теософский словарь. – М.: Золотой век, 1994;
19. Блаватская Е. П. Терра инкогнита. Сборник. (Пер. с англ.) – М.: Сфера, 1996;
20. Блаватская Е. П. Что есть Истина? Сборник. (Пер. с англ.). – М.: Сфера, 1999;
21. Большой энциклопедический словарь / Под редакцией А. М. Прохорова. – М.: Научное издательство «Большая Российская энциклопедия»; СПб.: «Нориант», 1998;
22. Грани Агни-Йоги. 1960-1972 гг. – Новосибирск: ППК “Полиграфист”, Алгим, 1994-1998;
23. Клизовский А. И. Основы миропонимания Новой Эпохи. – Минск: Мога-Н-Виета, 1995;
24. Лейбин В. М. Фрейд, психоанализ и современная западная философия. - М., 1990;
25. Письма Елены Рерих. (1929-1938). В 2-х т. – Мн.: Белорусский фонд Рерихов; ПРАМЕБ, 1992;
26. Письма Елены Рерих. 1932-1955. – Новосибирск: Вико. Алгим, 1993;
27. Психоаналитические термины и понятия // Словарь / Под ред. Борнесса Э., Мура и Бернарда Д. Фаина;
28. Рерих Е. И. Огонь Неопалаяющий. – М.: МЦР, 1992;
29. Рерих Е. И. Основы буддизма. (Жизнь и учение Будды). – С-Пб.: Сердце, 1992;
30. Рерих Е. И. Письма в Америку. В 4-х т. (1923-1952). – М.: Сфера, 1996-1999;
31. Рерих Е. И. У порога Нового Мира. – М.: МЦР, 1993;
32. Рерих Е. И., Рерих Н. К., Асеев А. М. “Оккультизм и Йога”. Летопись сотрудничества. Сборник. – М.: Сфера, 1996;
33. См.: Kubie, 1947; Holt, 1967; Rosenblatt and Thickstun, 1970;
34. Учение Живой Этики. В 16-ти книгах. М.: Международный Центр Рерихов, 1994-1996;
35. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. – М., 1999;
36. Яковлева Е. Г. Проблема духовного развития человека в контексте нового научного мировоззрения // Человек в социальном мире. - Выпуск 1. – Тула: ЮК МПА, 1999;
37. <http://boris.taylashev.com/art14.htm>;
38. http://cmarocsmu.net/starostinet/chelovek_i_ego_energiya;
39. <http://diagram.com.ua/list/bel-200.shtml>;
40. <http://ezotera.ariom.ru/2009/06/29/energija.html>;
41. <http://historic.ru/news/item/f00/s07/n0000784/index.shtml>;
42. <http://vitamarg.com/teaching/article/625-vnutrennyy-energiy>;
43. <http://vocabulary.ru/dictionary/11/word/%DD%CD%C5%DO%C3% C8%DF>;
44. <http://numen.ru/index.php?section=library&text=733&page=1-9>.

«СОКРОВИЩЕ ВНУТРИ НАС» (часть II)

Автор: студент 5 курса лечебного факультета 4 группы Береговой А.А.
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Республика Кыргызстан. Кафедра философии и общественных наук КГМА
Зав. каф. к.ф.н. доц. Аалиева Гульзат Карыбековна (научный руководитель)

Резюме: Целью данного исследования является предоставление широкому кругу читателей, в первую очередь студентам медицинских учреждений Кыргызстана, информации о новом для нас объекте исследования – душе и подсознании, которым так много уделяют внимания на Западе. Методами данного исследования явились: чисто философский подход к поставленному вопросу (в связи с нехваткой наглядных клинических результатов), а также выводы, приведённые на основании законов физики и исследований зарубежных учёных. Результатами данной работы явилось раскрытие безграничных способностей человеческого подсознания, применимого вплоть до исцеления от зло-качественных новообразований. Вывод: бесконечная сила нашего подсознания – та самая созидательная мудрость, которая сформировала наше тело и заставляет биться сердце, лучше всего способно исцелить собственное творение.

Ключевые слова: подсознание, аура, душа, эффект Кирлиана.

«ӨЗУБУЗДҮН ИЧИБИЗДЕГИ БАЙЛЫК» (II бөлүм)

Автору: КММАнын дарылоо факультетинин 5-курсунун 4-группасынын студенти Береговой А.А.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академия. Кыргыз Республикасы, Бишкек ш. Кафедра башчысы ф.и.к. доц. Аалиева Г.К. (илимий жетекчи)

Резюме: Батышта көп көңүл бөлүнгөн, ал эми биз үчүн жаңы изилдөө объектиси болгон – жан дүйнө жана аң-сезимди изилдөө маалыматтарын окурмандардын кеңири чөйрөсүнө, биринчи иретте Кыргызстандын медициналык мекемелеринин студенттерине таратуу аталган изилдөөнүн негизги максаты болуп эсептелинет. Бул изилдөөнүн ыкмасы болуп коюлган маселелерге (көрсөтмөлүү клиникалык жыйынтыктардын жетишсиздигине байланыштуу) ошондой эле чет өлкөлүк окумуштуулардын жан физиктердин келтирилген негизги закондорунун жыйынтыгынын негизинде туура философиялык көз караш берүү болуп саналат. Бул изилдөөнүн жыйынтыгы жаңы билимдин сапаттарына зыян келтирген нерселерди жоготууга адамдын сокур сезиминин чексиз мүмкүнчүлүгүн ачуу болуп саналат. Алынган чечим: биздин денебизде түзүлгөн жана жүрөгүбүздү соктурган биздин сокур сезимибиздин чексиз күчү – ошол акылмандуулугубуз, баарынан артыкчылыгы өзүбүздүн жараткандарыбыз өзүбүздү сактай алат.

Негизги сөздөр: сокур сезим, аура (кут), жан, Кирлиан таасири.

«THE TREASURE INSIDE US» (part II)

The author: student of the 5-th year of the Treatment faculty 4-th group A.A.Beregovoi
The Kyrgyz State Medical Academy named by I.K.Akhunbaev, city of Bishkek, Kyrgyz Republic. The department of philosophy and social sciences of KSMA.
The head of faculty c.p.s Gulzat Karybekovna Aalieva (scientific instructor)

Resume: The purpose of this present research is to give an opportunity to the public at large, first of all to the students of medical establishments of Kyrgyzstan, the information about the new object of research for us – our soul and sub consciousness, that scientists from the West spare too much attention. The methods of the present research are the pure philosophical approach to the given question (because of the shortage of the visual clinical results), the conclusions in virtue of the physics' laws and researches of the foreign scientists. The result of the present article was the opening of unlimited abilities of the human's sub consciousness, which can be used right up to the cure from malignant tumors. Conclusion: the unlimited power of our sub consciousness is the creative wisdom itself, that had formed our body and makes our heart beat, it can cure its own creation like nothing better.

Key words: sub consciousness, aura, soul, the Kirlian's effect.

Введение

Знаете ли вы почему жизнь одного человека омрачена печалью, а у другого сияет в лучах счастья? Почему у одного человека – богатство и уважение, в то время как сосед терпит бедность и лишения? Почему один мучается от неуверенности и страха, в то время как другой с уверенностью смотрит в будущее? Почему один делает гениальные открытия, в то время как другой работает вяло и без души? Почему один побеждает так называемую неизлечимую болезнь, от которой другой умирает [4]?

Почему? Ответ на эти и многие другие вопросы лежит в сущности и функции подсознания [4].

Чудодейственные силы вашего подсознания существовали ещё до вашего рождения; их существование предшествует любой церкви и даже существованию нашего мира. Большие, вечные истины и принципы жизни являются более древними, чем все религии [4].

Однако здесь речь пойдёт и о душе. Но возможно понятие «подсознание», которое употребляют психологи и психиатры, схоже с понятием «душа», о которой говорят религиозные деятели и парапсихологи? Поиск ответа войдёт в наше исследование, где будут раскрыты оба понятия.

Душа и аура

Все мы когда-то были детьми и старательно портили бумагу, рисуя оранжевых кроликов, синих собак и зеленых человечков, лакомящихся фиолетовыми яблоками. Это не банальная путаница в цветах, а особое видение мира – точнее, ауры всего того, что нас окружало. Дети более чисты и открыты, а, следовательно, и более восприимчивы к тонким материям. Парапсихологи считают детские рисунки одним из доказательств существования ауры [1].

Учеными давно установлен эмпирическим путем тот факт, что как в природе космоса, так и в природе человека (микрокосма) присутствуют поля восьми видов: пассивное гравитационное, активное гравитационное, минеральные, биологические, электрической природы, биоплазменные, психические и ядерные. В полевой структуре человека присутствуют все восемь видов, и в теле есть каналы (меридианы), по которым движется жизненно важная биоэнергия. Йоги называют её «праной», китайцы – «чи», японцы

– «ки». В отличие от кровеносных сосудов и крови, биомеридианы и биоэнергия невидимы. Эта энергия проходит и по органам, связанным с этими меридианами, и по активным точкам на коже. Все они образуют вместе единую электрическую цепь человеческого организма, обеспечивающую его ритмическую работу [1].

Душа, можно сказать, это более приемлемое в обиходе понятие внутреннего Я, это тоже «энергетическая сущность» более высокого порядка и излучения. Она представляет определённую энергоинформационную «оболочку» тела конкретного человека. Эта оболочка состоит из неизвестных пока науке уровней разумных микрочастиц. Это разумная энергия ещё не открытых пока на земле веществ энергоёмких космических пространств, в которой накапливаются информация о прошлых и настоящих жизнях человека. Некоторые учёные называют её ещё «энергетическим коконом» [1].

С помощью осознанного внутреннего Я мы общаемся с окружающим миром и увеличиваем свою память результатами общения и полученными знаниями. Накопленная энергоинформация в оболочке человека представляет особую ценность, не только для нас самих и окружающих нас людей, но и для разумного Космоса. В этом основной смысл всей этики космической философии, в предназначении и сохранения жизни человека, как обладателя лучистой энергии. Вселенский Разум дорожит этой энергией, поскольку она собирается по крупицам в течение всей сложной и нелёгкой человеческой жизни и даже не за одно поколение, если человек сам, по доброй воле не отдаёт её кому попало [1].

Доказательства наличия души (эффект Кирлиан)

Для того, чтобы понять, в чём суть эффекта Кирлиан и для чего он нам сейчас нужен, рассмотрим его поподробнее.

Возьмём два плоских электрода и подключим их к генератору высокого напряжения переменного тока высокой частоты, который создаст в промежутке между электродами соответствующее электрическое поле, в которое поместим какой-либо живой предмет, например свежесорванный кленовый лист. При этом для того, чтобы могли наблюдать за происходящим, верхний

электрод изготовим из какого-либо прозрачного материала и всю эту конструкцию поместим в темное помещение. После того, как электрическое поле окажет своё воздействие на живой лист, по краям этого листа возникнет свечение - это коронный разряд. Теперь оторвем краешек листочка и вновь поместим лист между электродами нашего аппарата. Как ни удивительно, вопреки всем ожиданиям и здравому смыслу, форма коронного разряда по-прежнему будет такой, как будто лист целый! Вот это и есть Эффект Кирлиан - способность живой материи сохранять картину свечения даже после того, как её часть будет отделена от целого! Значение этого открытия трудно переоценить - ведь оно означает, что, хотя мы отделили часть листа, но есть нечто нематериальное, некая тонкая оболочка (отсюда и понятие «тонкий мир»), которая осталась неизменной [3].

Но и это ещё не всё! Оказывается, по мере того, как ОТОРВАННАЯ часть листа будет увядать (умирать), свечение будет перемещаться к краю отрыва у основной части листа и сольётся с ним в тот момент, когда жизнедеятельность отделённой части прекратится! Получается, что есть некое поле, присущее только живым существам, которое физически неотделимо от этого существа, и умирает вместе с ним! И это поле обладает весьма значительной энергией, поскольку оно перемещает электрические заряды очень мощного генератора, способного ионизировать воздух при обычном атмосферном давлении. Этот эффект открывает окно в тонкий мир, в совершенно неизведанную и пока не совсем понятную область [3].

Способ функционирования ума

Вы мыслите сознательным умом, и привычки мышления внушаются подсознанию, которое затем придаёт форму соответствующему содержанию мыслей. Подсознательные слои – это место нахождения вашего чувственного мира и представляют в своей совокупности творческую сферу. Если вы думаете о хорошем, то из этого возникает тоже хорошее, в то время как злые мысли влекут за собой злое. Подсознание является равным образом подверженным как хорошим, так и плохим мыслям и работает соответственным образом [4].

Закон вашей души гласит: ваши сознательные

мысли и представления вызывают реакцию вашего подсознания, идентичную содержанию мысли. Мыслительный процесс происходит в сознании. Думая, вы делаете свой выбор [4].

Подсознание руководит по собственным законам биением вашего сердца, пищеварения, кровообращения и дыханием. Ваше подсознание считает истинным всё, что вы ему внушаете и во что вы сознательно верите. Однако в противоположность вашему сознанию оно не подвергает предложенные ему обстоятельства дела и взаимосвязи логической проверке и не выдвигает никаких возражений против предложенных ему фактов. Ваше подсознание подобно почве, которая принимает в себя каждое семя, независимо от того, хорошее оно или плохое [4].

Если вы убеждены в истинности определённых обстоятельств дела, то и подсознание примет их соответствующим образом и соответственно отреагирует, даже если ваше мнение объективно не верно. Поэтому если подсознание получило какое-либо внушение как заранее заданный факт, то оно отреагирует в соответствии с содержанием последнего. На принципе внушения основаны гипноз, эффект плацебо и другие психологические эксперименты [4].

Энергия подсознания в медицине

Фундаментальными исследованиями в медицине показано, что одной из причин всех заболеваний является поломка в работе иммунологической системы организма [2].

У больных с опухолевыми заболеваниями крови раковые клетки резко уменьшают количество фагоцитирующих клеток крови и их «работоспособность». Не случайно самым частым осложнением у них, как и непосредственной причиной смерти, являются инфекционные - пневмония (воспаление легких), сепсис. Как правило, медикаментозная терапия у таких больных малоэффективна [2].

При лабораторном иммунологическом исследовании у больных лейкозами (опухоль крови) обнаружили выраженное снижение всех показателей фагоцитоза. Такие больные были пролечены методом Аутогенной Медитативной Психотерапии (АМП), в основе которого лежит восполнение психической энергии в организме пациента через ее активизацию самим пациентом. После 12-дневного курса лечения, во вре-

мя которого больные не получали медикаментозной терапии, выявили значительное улучшение исследуемых характеристик. В частности, фагоцитарная активность нейтрофилов достоверно увеличилась в целом по группе в среднем с 31.75 (2.5%) до 41.67 (3.85%) ($P < 0.05$), переваривающая их способность - с 3.5 (0.28%) до 6.0 (1.0%) ($P < 0.05$) [2].

Проведенное лечение показывает, что психическая энергия человека является мощным противоинфекционным лечебным фактором, вызывающим изменения в организме, подобные прививкам [2].

Из всего выше сказанного следует, что профилактикой заболеваний и лечением уже возникших является рациональное использование силы подсознания через самосовершенствование человека, развитие его духовных качеств: совести, внутренней силы и свободы духа, воли, веры, надежды, любви ко всему окружающему, сердечности, милосердия, сострадания, самопожертвования. А это невозможно без очищения мышления, желаний, мотивов поступков от эгоизма, пустословия, тщеславия, гордыни, завис-

ти, ревности, ненависти, раздражения, гнева, привязанности к материальному богатству, личным интересам [2].

Выводы:

1. Существование души и ауры – доказанный факт.

2. Подсознание не способно адекватно оценивать внушённое вами обстоятельство; оно воспринимает его, как неоспоримый факт, который, возможно, объективно не верен. Следовательно, подсознанием можно управлять для достижения нужных нам результатов.

3. Неограниченная ничем, кроме нашего разума, сила подсознания, при правильном применении, способна творить чудеса (необъяснимые исцеления, чтение мыслей и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. <http://historic.ru/news/item/f00/s07/n0000784/index.shtml>;
2. http://madra.dp.ua/_frames.html?doc=http://www.madra.dp.ua/aretur/n4-5/ml.html;
3. <http://s5s.ru/Energia.htm>;
4. <http://numen.ru/index.php?section=library&text=733&page=1-9>;

ДОКТРИНА И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ В ХИРУРГИИ.

Маллаев С. Х., Бектуров Ж.Ж., Осмонбекова Н.С.

Национальный Хирургический Центр МЗ КР. Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии им. М.М.Мамакеева, КГМА им. И.К. Ахунбаева Бишкек, Кыргызстан.

Резюме: в данной статье предложена доктрина медицинского постдипломного образования по хирургии для клинических ординаторов и интернов, пути реализации доктрины, теоретическая и практическая часть обучения в хирургии.

Основной задачей доктрины является подготовка квалифицированных молодых специалистов для самостоятельной работы в органах и учреждениях здравоохранения или в порядке частной практики.

Ключевые слова: постдипломное обучение, доктрина, клиническая ординатура, интернатура, основные направления.

ХИРУРГИЯ ТАРМАГЫНДА ДИПЛОМДОН КИЙИНКИ ОКУТУУНУН НЕГИЗГИ БАГЫТТАРЫ ЖАНА ДОКТРИНАСЫ.

Маллаев С.Х., Бектуров Ж.Ж., Осмонбекова Н.С.

Улуттук хирургия борбору И.К. Ахунбаев атындагы КММАнын М.М. Мамакеев атындагы госпиталдык жана оперативдик хирургия кафедрасы Бишкек. Кыргызстан

Корутунду: бул жазылмада интерндер жана клиникалык ординаторлор үчүн дипломдон кийинки окутуунун негизги багыттары, доктринанын ишке ашыруу жолдору, окутуунун теориялык жана практикалык бөлүктөрү көргөзүлгөн.

Доктринанын негизги максаты саламаттык сактоо тармагына жана жеке практикалык медициналык мекемелерге мыкты даярдалган жаш адистерди даярдоо.

Негизги сөздөр: дипломдон кийинки окутуу, доктрина, клиникалык ординатура, интернатура, негизги багыттары.

DOCTRINE AND BASIC DIRECTIONS OF POSTGRADUATE EDUCATION IN SURGERY.

Mallaev S.Kh., Bekturov J.J., Osmonbekova N.S.

National Surgical Center. Department of Hospital surgery named by M.M. Mamakeev, of KSMA named by I.K. Ahynbaeva. Bishkek, Kyrgyzstan.

Abstract: in this article offering the doctrine of medical postgraduate education for clinical interns, the ways of realization of the doctrine, a theoretical and practical part of training in surgery. The primary goal of the doctrine is preparation of the qualified young experts for independent work in public health services or by way of private practice.

Key words: postgraduate education, doctrine, clinical internship, interns, basic directions.

Клиническая ординатура и интернатура - первый и самый важный этап постдипломного обучения в становлении молодого хирурга. Имея на руках диплом врача-лечебника, он тем не менее слабо ориентируется в специальных вопросах хирургической деятельности. Не случайно поэтому выпускники нуждаются в продолжении обучения. Наша клиника стоит на позициях того, что

цели и задачи ординатуры и интернатуры качественно иные. Это, прежде всего, углубленное изучение важнейших разделов частной хирургии, форсированное освоение самостоятельных практических навыков диагностики и лечения хирургических больных. Несомненно, что это диктует специфика будущей работы врача-хирурга в отдаленных районах нашей республики.

Профессия врача-хирурга предполагает постоянное совершенствование по специальности и общебиологическим дисциплинам. Требования к современному хирургу постоянно растут. Он должен хорошо разбираться в вопросах диагностики и лечения, владеть современными методами операций, техническими средствами. Многолетний опыт НХЦ МЗ КР и кафедры госпитальной хирургии КГМА по подготовке врачей-хирургов показывает, что достичь высот хирургического мастерства можно лишь планомерной подготовкой, которая включает в себя обязательный полный цикл: интернатура, клиническая ординатура, курс усовершенствования. Причем каждый из этих этапов должен иметь соответствующее методическое и материальное обеспечение, квалифицированные кадры. На базе НХЦ размещены три источника постдипломного обучения; 1. отдел клинической ординатуры и аспирантуры НХЦ 2. Кафедра госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева 3. Кафедра общей хирургии КГМИПиПК.

С учетом всего вышеуказанного, нами была разработана доктрина медицинского образования, с целью оптимизации и улучшения обучения в интернатуре и клинической ординатуре по хирургии. Доктрина (лат. Doctrina) – учение, научная или философская теория, система, руководящий или теоретический принцип. Доктрина медицинского образования в целом определяет цели подготовки и воспитания специалистов отрасли, пути их достижения в соответствии с политикой Министерства образования и науки и здравоохранения Кыргызской Республики.

Цели доктрины: 1. создание правовых, организационных и методических условий для развития медицинского образования, как звена системы непрерывного образования КР. 2. обеспечение функционирования и развития системы медицинского образования, в интересах личности и общества. 3. обеспечение уровня и качества медицинского образования в соответствии с перспективами развития здравоохранения и медицинской науки.

По нашему определению доктрина медицинского образования должна включать два основных направления – это образовательное и этнокультурное.

Составные образовательного направле-

ния:

- разностороннее развитие молодежи;
 - формирование навыков самообразования и самореализации личности;
 - систематическое обновление содержания образования, прежде всего гуманитарного и профессионального, отражающего изменения в сфере экономики, медицинской науки и здравоохранения;
 - преемственность и интеграцию высшего и постдипломного медицинских образования;
 - непрерывность образования на протяжении всей профессиональной деятельности специалиста;
 - участие педагогических работников и обучаемых в научной деятельности;
 - совершенствование государственных образовательных стандартов с целью формирования единого образовательного пространства;
 - развитие в постдипломном образовании дистанционного обучения, создание программных продуктов, реализующих информационные технологии в образовании;
 - развитие отечественных педагогических и воспитательных традиций в работе с молодежью специалистами;
 - адекватный мировому опыту уровень знаний и профессиональной культуры.
- Содержание этнокультурного направления:
- воспитание патриотов Кыргызстана, граждан правового, демократического, социального государства, уважающих права и свободу личности;
 - воспитание молодого поколения в духе высокой нравственности и уважения к закону и традициям клиники;
 - сохранение языка и культуры Кыргызстана;
 - гармонизацию национальных и этнокультурных отношений сохранение и поддержку через систему образования этнической самобытности и гуманистических традиций их культур;
 - сохранить историческую преемственность поколений, сохранение и развитие национальной культуры;
 - формирование у молодежи целостного миропонимания и современного научного мировоззрения, основанного на признании приоритетов общечеловеческих ценностей: гуманности, милосердия, сострадания, уважения к жиз-

ни и здоровью человека;

- экологическое воспитание – ценить и оберегать родную природу;
- всестороннюю заботу о здоровье и физическом воспитании и развитии студентов и клинических ординаторов.

Ожидаемые результаты реализации доктрины:

- обеспечение здравоохранения КР квалифицированными кадрами достижение соответствия между потребностью населения, рынка труда и объемом подготовки специалистов с постдипломным образованием;

- повышение конкурентоспособности, профессиональной мобильности выпускников на рынке труда;

- развитие многопрофильности и многофункциональности учебных заведений постдипломного образования;

- интеграция всех уровней высшего медицинского и постдипломного медицинского образования;

- сбалансированность центральных и региональных интересов;

- формирование программного учебно-методического обеспечения образовательного процесса, нового поколения учебников и учебных пособий;

- введение новых технологий обучения, включая личностно ориентированные, модульные, интенсивные, информационные. Введение в действие нового поколения образовательных стандартов по специальностям высшего медицинского и постдипломного образования с учетом развития здравоохранения и медицинской науки, обеспечивающих преемственность уровней образования;

- развитие внеучебной творческой деятельности молодых специалистов в различных ее формах;

- развитие научно-исследовательской работы клинических ординаторов и интернов;

- формирование новой воспитательной среды, способствующей гражданскому воспитанию личности, профессиональному самоопределению и творческой реализации;

- повышение эффективности образовательного процесса и качества подготовки специалистов для здравоохранения на основе творческого использования международного опыта;

- улучшение контроля качества подготовки специалистов с высшим медицинским и последипломным образованием;

- развитие взаимодействия с высшими учебными учреждениями, научными организациями и сообществами;

- расширение сотрудничества с зарубежными учебными заведениями;

- участие в международных проектах и программах расширение международных обменов.

С учетом вышеуказанной деятельности отдела клинической ординатуры и аспирантуры Национального Хирургического Центра состоит из трех частей: теория, практика и прочее.

Теоретическая часть обучения в отделе включает:

1. Обязательное и регулярное посещение научно-практической библиотеки, с целью улучшения теоретических знаний.

2. Учитывая требования нашего времени, нами налажено обучение одному иностранному языку в частности английскому.

3. Ежедневные теоретические занятия по составленному заранее расписанию в соответствии с планом обучения.

4. Два раза в неделю лекции на различные темы с привлечением профессоров, доцентов, зав секторов и ведущих научных сотрудников.

5. Регулярное обучение на кафедре госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии нормальной, топографической анатомии и оперативной хирургии.

Практическая часть:

1. Для улучшения практических навыков, созданы оптимальные условия для ассистирования и самостоятельного оперирования.

2. Налажена цикличность работы клинических ординаторов и интернов в отделениях НХЦ, для освоения консервативного и оперативного лечения различных хирургических патологий, согласно профилю отделения.

3. Налажено тесное сотрудничество между отделом, зав. секторами, зав. отделениями, лечащими врачами, в плане теоретического и практического обучения ординаторов и интернов.

4. Налажена работа ординаторов и интернов не только в хирургических отделениях а также в амбулаторном - диагностическом отделении, где они проходят освоение навыков работы на УЗИ, ЭКГ, ЭГДС и рентген диагностику.

5. Налажена работа в отделении реанимации и анестезиологии. Что является необходимостью для освоения хирургической науки в целом.

6. Учитывая специфику нашей клиники, что она является также центром неотложной хирургии, созданы оптимальные условия для наших ординаторов и интернов в плане ночных дежурств, где они участвуют в оформлении медицинской документации, ассистируют, самостоятельно оперируют.

Прочее включает:

1. Созданы определенные правила наказания за нарушения правил дисциплины. Наказания в виде рапортов от руководителей отделений, где работают по циклу ординаторы и интерны, от старших дежурных врачей.

2. Организован хирургический кружок, что создает хорошие условия для увеличения количества желающих для дальнейшего прохождения клинической ординатуры и интернатуры в НХЦ.

3. Внедрена новая форма дневников для клинических ординаторов.

Перспективы и планы отдела в будущем:

1. Создать оптимальные условия для ординаторов и интернов в научной деятельности в настоящем и будущем, что включает помощь в подборе тематики, руководителя, статистического и практического материала, помощь в экспериментах.

2. Наладить оптимальную технологическую и библиографическую базу отдела.

3. Наладить систематическую выездную работу клинических ординаторов совместно с хирургами по регионам страны.

4. Наладить обучение клинических ординаторов и интернов компьютерной грамотности в более глубоком плане чем просто пользователь. Нами будут приглашаться специалисты по высоким технологиям.

5. Обучение и стажировка клинических ординаторов в ведущих клиниках мира.

ВЫВОДЫ:

Таким образом, постдипломное обучение, является базой для первичной специализации, после которой, при условии сдачи квалификационного экзамена и получения сертификата, специалист получает допуск к полноценной врачебной деятельности. Кроме первичной специализации, выпускники могут обучаться в аспирантуре, что позволяет им также претендовать на получение научной степени. Все возможные пути постдипломного обучения и дополнительных образований имеют важное значение и являются так же, как и подготовка студентов, неотъемлемой частью жизнедеятельности кафедральных коллективов. Клиническая ординатура и интернатура - наиболее массовый вид дополнительного образования, к тому же осуществляющийся как педагогическими коллективами вузов, так и сотрудниками лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), имеет много особенностей.

ИЗМЕНЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ - ИНДЕКСА ГОРМОНАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ КРЫС ПОСЛЕ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

Барбашов И.В., Акиншин И.Д., Гусев А.В., Макаров Е.Д., Иванов А.В., Белобородова Е.В., Астафьева К.А., Рудченко Д.А.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра патологической физиологии и клинической патофизиологии

Научный руководитель: член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Ефремов А.В.

Согласно современным представлениям, нейроэндокринная система осуществляет регуляцию, координацию и интеграцию всех морфофункциональных систем организма и ответственна за сохранение гомеостаза, обеспечение адаптации и реактивности организма [5]. Ирменения метаболизма в ответ на действие экстремальных факторов различной этиологии обусловлены первичными нейроэндокринными реакциями. В условиях влияния на организм высокой внешней температуры усиливается функция надпочечников и наряду с этим мобилируются различные механизмы по снижению активности выделяемых гормонов. Индекс гормональной адаптации (ИГА) отражает соотношение концентраций кортикостерона и инсулина в различных средах организма (плазме крови и лимфе), характеризует баланс между катаболическими и анаболическими процессами в организме при стрессовых воздействиях.

Цель исследования. Изучить динамику изменений параметров оси «кортикостерон-инсулин» с помощью интегрального показателя – индекса гормональной адаптации (ИГА) в остром периоде после общей управляемой гипертермии (ОУГ).

Материалы и методы исследования. Исследования проведены на крысах-самцах линии Wistar. Экспериментальных животных разделили на группы: 1 группа- контроль (n=41); 2 группа – 5 часов с момента перегревания (n=50); 3 группа – 1-е сутки с момента перегревания (n=37); 4 группа – 3-и суток с момента перегревания (n=41).

Разогревание животных производилось в полном соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных» [1] в водной среде при температуре теплоносителя

45°C, до достижения ректальной температуры 43,5°C.

Уровни кортикостерона и инсулина определяли методом радиоиммунного анализа с помощью наборов «Immunotech» на установке «Гамма-12».

ИГА выражается в условные единицах (усл.ед.). Уровень ИГА в плазме крови и лимфе у контрольной группы животных принимался за 100%, что соответствовало $30,32 \pm 3,07$ и $38,99 \pm 3,99$ усл.ед.

Результаты исследования. В ходе течения постгипертермического периода выделили две фазы: «катаболическую» (острый период после ОГ – с первых часов до 3-х суток) и «анаболическую» (восстановительный период – с 7-х по 21-е сутки). Гиперкортикостеронемия в остром периоде после ОГ отражает масштабность метаболических нарушений, при которых нейроэндокринная система функционирует на пределе своих адаптационных возможностей [3]. Высокое содержание кортикостерона в плазме крови в остром периоде после ОГ обеспечивает его высокий уровень в лимфатическом русле. Достоверное повышение ($p < 0,001$) значения гормона в лимфе в первые часы после перегревания (+253,35%) можно объяснить активацией катаболических процессов в лимфоидной ткани с целью обеспечения наиболее «жизненно важных» органов и систем глюкозой в результате активации глюконеогенеза. Концентрация основного антагониста кортикостерона – анаболического гормона инсулина в плазме крови у крыс возрастала на протяжении всего острого постгипертермического периода и достигала своего максимума на 3-и сутки (+98,95%). Полученные данные не согласуются с классической картиной стресс-индуцированных эндокринно-метаболических изменений в организме, когда значитель-

ное повышение кортикостерона происходит на фоне гипoinsулинемии [2] у крыс при экстремальных воздействиях (термический ожог и резаные раны). Тем не менее, этот факт подлежит объяснению: в «стадии тревоги» стресса любой этиологии происходит активация симпатико-адреналовой системы и выброс в кровь большого количества катехоламинов, что ведет к стимуляции гликогенолиза в печени и развитию гипергликемии. Гипергликемия через активацию глюкорцепторов β -клеток островков Лангерганса поджелудочной железы, стимулирует синтез и секрецию инсулина, что приводит к развитию транзиторной или перманентно существующей инсулинорезистентности [4].

Анализ динамики ИГА показал значительное повышение показателя на всем протяжении острого периода после ОГ. Уровень ИГА в плазме крови в первые часы после ОУГ достоверно ($p < 0,01$) возрастал – на 209,01% и составил $93,63 \pm 9,20$ усл.ед. В последующие сроки постгипертермического периода происходило постепенное снижение значений показателя, но его уровень оставался по-прежнему повышенным. На 1-е сутки было отмечено превышение на 158,28% ($78,71 \pm 9,61$ усл.ед.), на 3-и сутки – на 149,31% ($75,59 \pm 9,75$ усл.ед.) ($p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что высокие концентрации глюкокортикоида нивелируют отрицательное влияние инсулина на организм.

Выводы. Результаты исследований свиде-

тельствуют, с одной стороны, о нарушении соотношения кортикостерона и инсулина в остром периоде после ОУГ, что приводит к преобладанию катаболических процессов над анаболическими, снижению адаптивности, развитию синдрома гиперметаболизма, с другой стороны, об одновременном запуске при ОУГ анаболических процессов, конечной целью которых является восстановление нарушенного гомеостаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А. В. Патент 2165105 Российская Федерация. Способ экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных / Ефремов А.В., Пахомова Ю.В., Пахомов Е.А., Ибрагимов Р.Ш., Шорина Г.Н.; опубл. 2001б, Бюлл. №10.
2. Изатулин В.Г. Пролактин в механизмах формирования воспалительно-респираторных процессов при экстремальных воздействиях : автореф. дис.... д-ра мед. наук / В.Г. Изатулин. – Иркутск, 2000. – 40 с.
3. Метляева Н.А. Клинико-электрокардиографическая оценка состояния сердечно-сосудистой системы у ликвидаторов последствий аварии на Чернобыльской АЭС / Н.А. Метляева, Н.М. Надежина // Мед. радиология и радиац. безопасность. – 1991. – №6. – С. 25–27.
4. Начаров Ю.В. Регуляция метаболизма у стресс-чувствительных крыс в условиях травматического стресса : дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Начаров. – Новосибирск, 2000. – 254 с.
5. Робу А.И. Кориколиберин и артериальная гипертензия / А. И.Робу // Патологический анализ факторов риска артериальной гипертензии и атеросклероза. – Новосибирск, 1992. – С. 108–109.

ИЗМЕНЕНИЕ ФАГОЦИТАРНОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙТРОФИЛОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ КРЫС ПРИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

Белобородова Е.В., Макаров Е.Д., Гусев А.В., Акиншин И.Д., Иванов А.В., Барбашов И.В., Самсонова Н.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра патологической физиологии и клинической патофизиологии

Научный руководитель: д.м.н., доц. Пустоветова М.Г.

Введение. На изменения структуры и функции белков, нуклеиновых кислот, липидов, а также скорости ферментативных реакций существенное влияние имеет влияние общей гипертермии (ОГ). Даже кратковременное пребывание человека и животных в условиях экстремально высокой внешней температуры, приводит к метаболическим и функциональным изменениям на трех уровнях многоклеточного организма: молекулярном, клеточном и тканевом [2]. Развитию выраженного и длительного эндотоксикоза в остром и восстановительном периодах после ОУГ способствует высокая концентрация в плазме крови и тканях токсических метаболитов, образующихся вследствие клеточной деструкции при активации протеолиза. Детальное изучение этих механизмов возможно с позиции синдрома системного воспалительного ответа, которому, как известно, принадлежит ведущая роль в формировании критических состояний любой этиологии. Известно, что основными эффекторными клетками любой воспалительной реакции являются фагоциты – нейтрофилы и моноциты периферической крови. Система мононуклеарных фагоцитов издавна рассматривается как своеобразный биологический фильтр крови и лимфы. Реагируя на различные патогенные факторы, нарушающие целостность организма и его гомеостатические параметры, нейтрофилы и моноциты-макрофаги секретируют в окружающую их среду флогогенные факторы с мощным деструктивным потенциалом, превращаясь с одной стороны, в действенный инструмент санации организма, а с другой стороны – в мощное оружие деструкции собственных тканей.

Цель исследования. Изучить фагоцитарную активность нейтрофилов периферической крови у экспериментальных животных в различ-

ные сроки после проведения общей гипертермии.

Материалы и методы исследования. Эксперименты проводились на 42-х крысах-самцах Вистар весом 230-250 г. Животные содержались в стандартных условиях и диете в виварии ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава» в осенне-зимний период. Разогревание животных проводилось в соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных» [1]. Животных забивали методом декапитации под нембуталовым наркозом на 1, 3, 7, 14 и 21-е сутки после общей гипертермии. В группу контроля вошли 7 интактных крыс той же породы. Для оценки фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови использовали фагоцитарный индекс Гамбургера (процентное число фагоцитов, поглотивших частицы латекса) и фагоцитарное число Райта (среднее число частиц латекса, поглощенных одним фагоцитом). Статистическую обработку результатов исследования осуществляли пакетом прикладных программ Excel 7,0 с использованием средней арифметической, ошибки средней, критерия Стьюдента. Различия принимались за достоверные при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. В контрольной группе животных среднее значение фагоцитарного индекса составило $26,8 \pm 1,7\%$, фагоцитарного числа – 4,57 Ед. Динамика этого фагоцитарного индекса после проведения общей гипертермии носила следующий характер: в 1-е сутки – $20,8 \pm 1,83\%$, на 3-и сутки – $31,1 \pm 2,08\%$, на 7-е сутки – $46,2 \pm 3,05\%$, на 14-е сутки – $41,1 \pm 2,8\%$ и на 21-е сутки – $34,3 \pm 2,9\%$. Средний показатель фагоцитарного числа имел следующую динамику: в 1-е сутки – $3,8 \pm 0,23$ Ед.

на 3-и сутки – $5,63 \pm 0,4$ Ед, на 7-е сутки – $8,1 \pm 0,7$ Ед, на 14-е сутки – $5,2 \pm 0,3$ Ед и на 21-е сутки – $4,95 \pm 0,4$ Ед.

Выводы. Таким образом, в первые сутки после проведения общей гипертермии отмечается снижение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической крови. Это может быть объяснено с позиций развития «стресс-синдрома» в ответ на общую гипертермию уменьшением синтеза молекул клеточной адгезии, повышенной выработкой глюкокортикоидов и снижением фагоцитарной активности. В последующем, до окончания наблюдения, отмечалось достоверное повышение фагоцитарной активности нейтрофилов периферической кро-

ви. Данный факт может служить предпосылкой для использования общей гипертермии в комплексном лечении хронических инфекционных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А.В., Пахомова Ю.В., Пахомов Е.А., Ибрагимов Р.Ш., Шорина Г.Н. Патент 2165105 Российская Федерация. Способ экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных. – Изобретения. Полезные модели. – 2001. – № 10.
2. Пахомова Ю.В. Системные механизмы метаболизма при общей управляемой гипертермии (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Пахомова. – Новосибирск, 2006. – 280 с.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПРИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Гусев А.В., Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Астафьева К.А., Самсонова Н.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», Новосибирск, Россия, Научный руководитель: д.м.н., проф. Сафронов И.Д.

Введение. Лимфатические узлы (ЛУ) занимают важное место в комплексной оценке механизма биологического действия на организм различных дестабилизирующих факторов, в том числе и общей гипертермии (ОГ) [1]. В лимфу раньше, чем в кровь, поступают эндо- и экзогенные токсины, наблюдаемые при этом токсемия и токсиколимфия сопровождаются ухудшением гемодинамики [4]. При патологических состояниях лимфогенный путь поступления в кровоток продуктов катаболизма является приоритетным [3].

Цель и задачи. Изучение морфологических изменений висцеросоматических лимфатических узлов при ОГ.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводили на 4-х группах крыс-самцов линии Wistar: контроль; 3-и, 7-е и 14-е сутки после ОГ. Разогревание крыс производилось в соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных» [2].

Изучали структурно-функциональные изменения подвздошного ЛУ на 3-и, 7-е и 14-е сутки. Взятие ЛУ, изготовление и окраску препаратов производили по стандартным методикам. Морфометрический анализ производили на микроскопе МБС-10. Определяли общую площадь ЛУ, краевого синуса, капсулы, коркового и мозгового веществ, лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них, паракортикальной и подкапсулярной зон, коркового плато, мозговых тяжей и синусов. В лимфоидных узелках с герминативными центрами определяли площади герминативных центров и мантии; рассчитывали отношение абсолютной площади лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них (ЛУ2/ЛУ1-индекс); коркового и мозгового веществ (К/М-индекс).

Статистическую обработку результатов производили по программе «SPSS 16.0 for Windows».

Результаты и их обсуждение. Известно, что при действии ряда дестабилизирующих факторов увеличивается объем интерстициальной жидкости в корнях лимфатической системы, усиливая продукцию лимфы. При ОГ происходит усиление дренажной функции лимфатической системы за счет увеличения минутной производительности лимфангиона [6]. Об усиленной лимфопродукции и соответственно повышенной возможности транспортной функции подвздошного лимфатического узла в условиях ОГ по сравнению с интактным уровнем свидетельствовали на протяжении всего срока эксперимента увеличение показателя его общей площади как за счет коркового, так и за счет мозгового вещества. При этом максимальное увеличение показателей площади мозгового вещества происходило на 3-и сутки после ОГ. Увеличение емкости лимфатических синусов явилось морфологической предпосылкой повышения его транспортной функции в результате увеличения лимфообразования, обусловленного местным раздражением кожных покровов, и повышением скорости лимфотока. Максимальное увеличение показателей площадей мозговых синусов отмечалось после 3-х суток эксперимента. На 7-е сутки показатели площадей мозговых синусов снижались, но оставались еще достоверно выше исходного уровня.

К/М-индекс также снижался, в большей мере на 3-и сутки эксперимента при ОГ. Это позволило отнести лимфатический узел к промежуточному типу, выполняющему в большей мере дренажно-детоксикационную функцию. В дальнейшем данный показатель увеличивался и достигал контрольного уровня, тип лимфоузла вновь становился компактным.

Было отмечено увеличение на протяжении всего срока эксперимента показателей площадей лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них, подкапсулярной зоны, мозговых

тяжей, а также увеличение показателей площадей паракортикальной зоны и коркового плато на 3-и сутки после воздействия общей управляемой гипертермии по сравнению с соответствующими показателями подвздошных лимфатических узлов интактных животных. По-видимому, данные изменения могут косвенно свидетельствовать об активации клеточного и гуморального иммунитета в связи с развитием эндотоксикоза в ранние сроки после ОГ за счет высокой концентрации в плазме крови и тканях токсических метаболитов, образующихся вследствие клеточной деструкции при активации протеолиза.

Заключение. Известно, что все реакции лимфатической системы (включая и метаболические) в экстремальных условиях концептуально объединяются в понятие «лимфатического ресетинга», т. е. системной перестройки структурно-функциональных параметров на качественно новом уровне жизнеобеспечения, при котором компоненты лимфатической системы принимают на себя дополнительные функции, ранее им несвойственные либо невостребованные.

Таким образом, концепция «лимфатического ресетинга», являющегося системной реакцией организма, позволяет не только подчеркнуть активную роль лимфатической системы как элемента компенсации и коррекции метаболических нарушений при критических состояниях, но и выделить физиологические аспекты адаптации к стрессу лимфатической системы. С точки зрения адаптационных процессов, «лимфатический ресетинг» отражает высокую цену (правда, совершенно необходимую) адаптации, поскольку для компенсации имеющихся эндокринно-метаболических изменений включается большое ко-

личество структурных единиц лимфатической системы, которые функционируют достаточно продолжительный период времени. Усугубленные тяжести повреждения приводит к срыву адаптации, но даже имеющиеся адаптивные изменения становятся звеньями патогенеза. Выявленные в ходе эксперимента изменения структурной организации подвздошного лимфатического узла, возникающие в различные сроки постгипертермического периода, свидетельствуют об участии этого органа в формировании компенсаторно-приспособительной реакции организма при действии экстремально высокой внешней температуры. Вероятно, это связано с «компенсацией перераспределения» в системе «кровь – ткань – лимфа – лимфатический узел», когда функциональная нагрузка распределяется между аналогичными элементами системы для снижения ее до нормы адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А.В. Лимфатическая система, стресс, метаболизм / А.В. Ефремов, А.Р. Антонов, Ю.И. Бородин. – Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 1999. – 194 с.
2. Ефремов А.В., Пахомова Ю.В., Пахомов Е.А., Ибрагимов Р.Ш., Шорина Г.Н. Патент 2165105 Российская Федерация. Способ экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных. – Изобретения. Полезные модели. – 2001. – № 10.
3. Масленникова М.А. Эндокринно-метаболические особенности тканевой адаптации миокарда в динамике синдрома длительного сдавления (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / М. А. Масленникова. – Новосибирск, 2006. – 288 с.
4. Пахомова Ю.В. Системные механизмы метаболизма при общей управляемой гипертермии (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Пахомова. – Новосибирск, 2006. – 280 с.

КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ЭХИНОКОККОЗАМ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (ОБЗОР)

О.Т.Куттубаев, К.С.Кулжабаева, Т.А.Абдыжапаров, Ж.О.Солтобаева, Р.Р.Караева, А.У.Бодошова, К.М.Раимкулов, И. Зиядинов, П.Деплазес.

Кафедра медицинской биологии, генетики и паразитологии. Кыргызская Государственная Медицинская Академия имени И.К.Ахунбаева, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приводятся результаты исследований кафедры мед.биологии по распространности эхинококкозов на территории Кыргызской Республики. Применены современные методы исследования диагностики и профилактики.

Ключевые слова: эхинококкоз, альвеококкоз, гиперэндемичный регион.

THE SHORT HISTORICAL SCIENTIFIC STUDIES OF ECHINOCOCCOSIS IN KYRGYZ REPUBLIC

Kuttubaev O.T., Kuljabaeva K.S., Abdyjaparov T.A., Coltobaeva J.O., Karaeva R.R., Bodoshova A.U., Raimkulov K.M., I.Ziadinov., P.Deplazes.

Department of medical biology, genetics and parasitology.

Kyrgyz State Medical Academy by name I.K.Achunbaev, Bishkek

Abstract. In this work happens to results of studies by colleges of department medical biology on distribution of echinococcosis in Kyrgyz Republic with using modern methods of the diagnostic and prevention.

Key words: echinococcosis, alveococcosis, hyperendemic region.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЭХИНОКОККОЗ ООРУСУ БОЮНЧА КЫСКАЧА ИЛИМИЙ ИЗИЛДӨӨЛӨРДҮН ОБЗОРУ

О.Т.Куттубаев, К.С.Кулжабаева, Т.А.Абдыжапаров, Ж.О.Солтобаева, Р.Р.Караева, А.У.Бодошова, К.М.Раимкулов, И. Зиядинов, П.Деплазес.

Медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасы

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, Бишкек, Кыргыз Республикасы

Кыскача мазмуну. Бул илимий иште медициналык биология кафедрасынын Кыргыз Республикасында эхинококкоздордун таралышы боюнча изилдөөлөрдүн жыйынтыгы келтирилген. Изилдөөнүн жана алдын алуу чараларынын заманбап ыкмалары колдонулган.

Негизги сөздөр: эхинококкоз, альвеококкоз, гиперэндемичный регион.

На протяжении последних 70 лет весь Центральнo-Азиатский регион является эндемичным в распространении паразитарных болезней. Территория Кыргызской республики была и есть гиперэндемичной по распространенности эхинококкозов. Свидетельством этому служат работы ученых, таких как Волох Ю.А. (1965), Джумадилов Ш.Д. (1967), Акматов Б.А. (1970), Ахунбаев И.К. (1976), Ахунбаева Н.И. (1980), Кенжаев М.Г. (1980), Рыскулова К.Р. (1980), Садырбеков Д.С. (1980), Асанбеков И.А. (1980), Казакба-

ев А.Т. (1980), Шекеков А.Ш. (1985), Айманбетов М.А. (1989), Касымбеков Б.К. (1990), Кулжабаева Г.С. (1992), Абдырасулов С.А. (1995), Абдыжапаров Т.А. (1997), Тойгонбаева В.С. (1998), Алиев М.А. (1999), Жумакадыр уулу А (2000), Адамбеков Д.А. (2002), Омурбеков Т.О. (2002), Мусаев А.И. (2004), Куттубаев О.Т. (2004), Оморов Р.А. (2005), Караева Р.Р. (2005), Кочкунов Д.К. (2006), Раимкулов К.М. (2007), Айтбаев С.А. (2008), Борончиев А.Т. (2009), Абдыкеримов К.А. (2009), Мытынова Б. (2009) и

многие другие. Были изучены вопросы биологии, эпидемиологии, клинической картины, методов диагностики, лечения и профилактики эхинококкозов [5,6].

До 1997 года жизненный цикл эхинококков рассматривался в природном очаге, где циркуляция паразита осуществлялась по схеме лисица/волк/собака – овцы/грызуны - лисица/волк/собака. А уже с 1997 года Абдыжапаров Т.А. обнаружил синантропный очаг для альвеококка в Кочкорской котловине, где циркуляция паразита осуществляется по схеме собака – домовая мышь – собака. Это явилось открытием в ряду всех научных исследований, посвященной этой проблеме в нашей стране, а также является одной из причин увеличения роста альвеококкоза среди населения [1,2].

Сотрудники кафедры медицинской биологии генетики и паразитологии на протяжении последних 20-ти лет внесли свой вклад в изуче-

ние эхинококкозов. Мы применяли традиционные, но усовершенствованные методы исследования, такие как иммуноферментный анализ, иммуноблоттинг, ультразвуковое исследование, копроскопия, отлов и вскрытие грызунов и диких плотоядных животных и гистоморфологические исследования их органов [6,9].

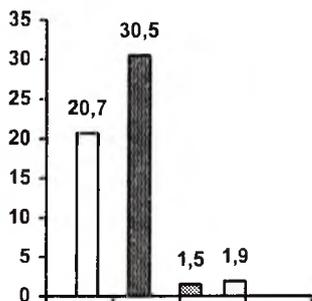
Эхинококкозы крупнейшая социально-экономическая проблема в Кыргызстане. Как показывают ежегодные исследования он регистрируется у всех основных видов продуктивных животных: крупного рогатого скота, овец, свиней и лошадей. Заболевание распространено повсеместно [1,3].

Рис.1 Периоды наблюдения:

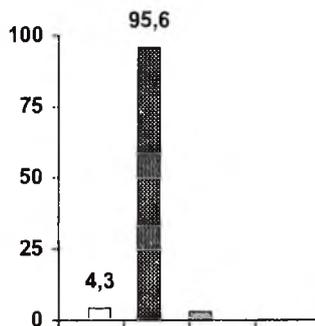
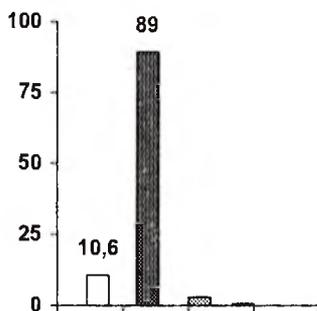
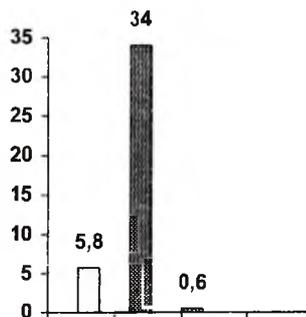
1. Инвазированность с/х животных эхинококком (%)

2. Доля различных видов с/х животных в числе инвазированных эхинококком

I 1990 г. (до реформы)



II 2009 г. (по истечении 19 лет)



С 2002 по 2007 годы были прооперированы в г. Бишкек с эхинококкозом 1984 человек, из них у 4,28% был диагностирован многослойный эхинококкоз (85 пациентов: 54 женщин и 31 мужчин). У всех этих больных альвеококковые кисты локализовались в печени. У 3-х па-

циентов были выявлены вторичные очаги поражения, которые локализовались в легких. Этому свидетельствует динамика роста больных с альвеококкозом где отмечается рост более чем в три раза в 2009 г. в сравнении с 1996 годом (рис.2).

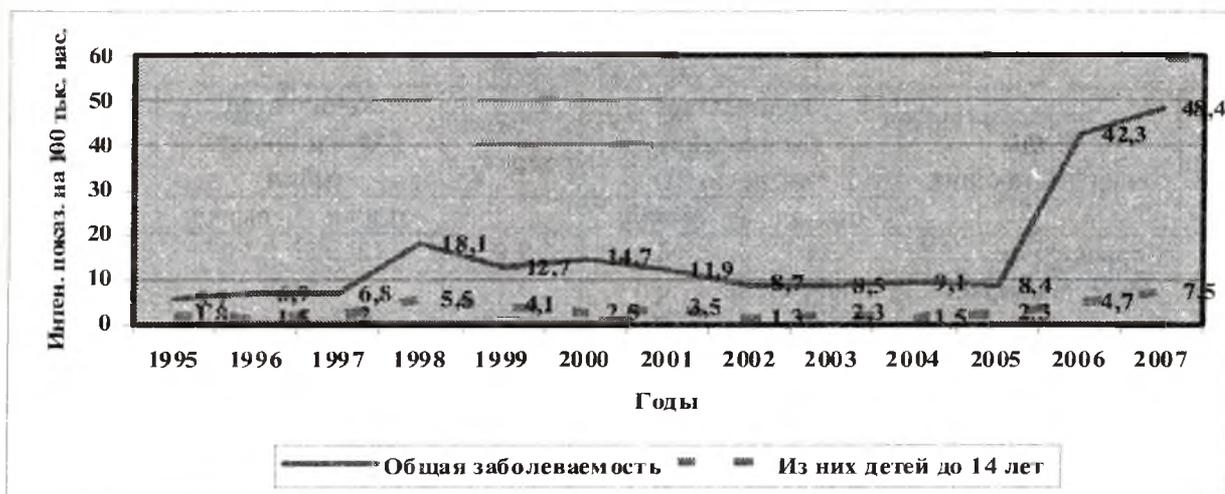


Рис. 2. Заболеваемость эхинококкозами в г. Бишкек за 1995 – 2007 гг.

В полевых условиях проведенные гельминтологические вскрытия среди дефинитивных хозяев и комплексное обследование мышевидных грызунов позволили установить природные и синантропные очаги альвеококкоза на территории пастбищ Нарынской области Кыргызской Республики. Установлена зараженность гельминтами домовых мышей на территории Ат-Башинского района Нарынской области. Выявлены новые природные и синантропные очаги альвеококкоза на территории ущелья Кара-Кужур, а также на территории Ат-Башинского района Нарынской области. Определены причины увеличения и распространения инвазии среди населения Ат-Башинского и Кочкорского районов Нарынской области и выявлены факторы поведенческого риска заражения альвеококкозом населения.

В обследованных урочищах и населенных пунктах было отловлено 928 экземпляров мелких млекопитающих, в том числе: серого сурка (*Marmota baibacina*)-34 особи, обыкновенной полевки (*Microtus arvalis*)-580, восточной слепушонки (*Ellobius talpinus*)-133, домовой мыши (*Mus musculus*)-92 и серебристой полевки (*Alticola argentatus*)-89 (табл. 1).

При вскрытии 928 животных у одного серого сурка и у двух особей обыкновенной полевки (0,32%) были обнаружены личиночные стадии развития альвеококка. В Ат-Башинском районе Нарынской области было обследовано 15 населенных пунктов и 4 урочища, расположенных на высоте от 2070 до 3007 м над уровнем моря. В населенных пунктах Ача-Кайынды и Баш-Кайынды были отловлены домовые мыши (*Mus*

musculus, 221 особь), а на территориях сельскохозяйственных угодий и в открытых стациях следующие виды мелких грызунов: обыкновенная полевка (*Microtus arvalis*, 281 особь), серебристая полевка (*Alticola argentatus*, 88 особей) и восточная слепушонка (*Ellobius talpinus*, 30 особей). В ущельях долины обитает серый сурок (*Marmota baibacina*). Его численность относительно небольшая и составляет в среднем 2,1 экземпляров на кв. км (с пределом колебания от 0,3 до 2,8). Всего было вскрыто 12 сурков, но личинки альвеококка не выявлены (табл. 1), а из 221 отловленных домовых мышей инвазированными оказались 14, что составляет 6,3% [9].

Проведенные нами исследования свидетельствуют о наличии природных очагов альвеококкоза на территории Нарынской области, что обуславливает заболеваемость населения этим опасным гельминтозом. При этом относительно высокий процент (33,3%) зараженности альвеококкозом домовых мышей, отловленных в населенных пунктах, свидетельствует о формировании синантропных очагов этого заболевания, в которых окончательным хозяином могут служить отарные и домашние собаки.

Для определения степени зараженности собак *Echinococcus ssp.* путем полного гельминтологического вскрытия по Скрыбину исследован кишечник 342 собак и 9 обыкновенной лисицы. Данные полного гельминтологического вскрытия в различных селах Нарынского и Ат-Башинского районов показали, что лисицы были свободны от гельминтов, а 213 (62,28%) собак были заражены (рис. 3).

Степени зараженности млекопитающих личинкой альвеококка

№	Виды млекопитающих	количество (Кочкорская котловина)		% зараж.	количество (Ат-Башинский район)		% зараж.
		ОТЛОВЛ	ВЫЯВЛ.		ОТЛОВЛ	ВЫЯВЛ.	
1	Серый сурок	34	1	2,9	12	0	0
2	Обыкновенная полевка	580	2	0,34	281	21	7,5
3	Восточная слепушонка	133	0	-	30	1	3,33
4	Домовая мышь	92	0	-	221	14	6,33
5	Серебристая полевка	89	0	-	88	6	6,8
	Всего:	928	3	0,32	632	42	6,6

Структура выявленных гельминтов была представлена 6 видами цестод: *Dipylidium caninum*, *Taenia pisiformis*, *Taenia hydatigena*, *Mesocestoides lineatus*, *E. granulosus*, *E. multilocularis*; и 3 видами нематод: *Toxocara canis*, *Toxascaris leonina*, *Trichocephalus vulpis*.

У большинства собак (у 153; ЭИ – 71,8%) выявлено моноинвазия. Среди этих собак заражены *Echinococcus ssp.* ЭИ – 38,8% (*E. granulosus*

– 5,6%, *E. multilocularis* – 4,9%); *Toxocara canis* ЭИ – 24,5%; *Trichocephalus vulpis* ЭИ – 5,6%, *Toxascaris leonina* ЭИ – 8,5% и *Dipylidium caninum* ЭИ – 22,6% собак. У 60 животных (ЭИ – 28,16%) отмечается смешанная инвазия.

Собаки служебного назначения были менее заражены, тогда как удельный вес зараженности бродячих собак составил 61,8%.

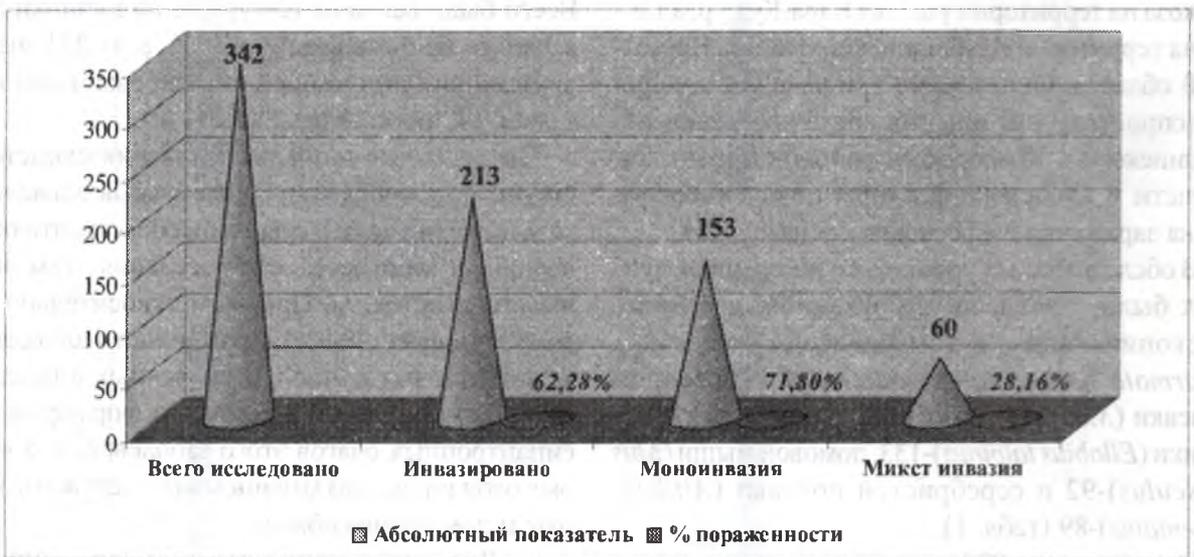


Рис. 3. Результаты гельминтологического вскрытия дефинитивных хозяев (собак).

При проведении комплексного инструментально (УЗИ)-серологического (ИФА) исследования было выявлено: 226 (6,4%) серопозитивных лиц на эхинококкозы, в том числе 152 (4,3%) – жители Кочкорского района и 74 (2,1%) – жи-

тели Ат-Башинского района. При этом совпадение результатов УЗИ и ИФА в 13-ти (0,3%) случаях (эхинококковые пузыри локализовались в печени).

Таблица 2

**Факторы риска при эхинококкозах в гиперэндемичных районах
Нарынской области (%)**

наличие			Контакт с собакой			водоснабжение			
собак	мрс	огородов	прямой	доступ к огороду	скарм. отход. со стола	река	колодец	центр. водосн	колонка
63,5	60,6	95,7	68	96,9	60,4	0,9	3,6	95,5	92

Выводы:

1. С принятием аграрно-земельной реформы упразднены крупные хозяйства с перераспределением сельскохозяйственных животных в фермерские, сокращено поголовье мрс на 62,3%, крс – 17,7%, ослаблен санитарно-ветеринарный надзор;

а) Наиболее эпидемически значимы овцы, составляя 92,0 в структуре больных с/х животных и 72,4% в общей их численности.

б) Неполный учет поголовья собак с охватом дегельминтизацией 75,3%, свободный режим их содержания поддерживают высокую эндемичность эхинококкоза.

2. В республике отмечается тенденция к росту эхинококкозов среди населения. Рост инвазивности отмечается более интенсивно в гиперэндемичных районах (Нарынская область 28,6%). Увеличение доли детей в структуре эхинококкозов до 14,9% указывает на отягощение эпидемического процесса

3. Установлены природные очаги альвеококкоза в среднегорных зонах ущелья Кара-Кужур и Кочкорской долине, непосредственно примыкающей к ущелью и синантропные очаги на территории ущелья Кара-Кужур, а также на территории Ат-Башинского района Нарынской области, что доказывается зараженностью домовых мышей альвеококком, в которых окончательным хозяином могут служить отарные и домашние собаки.

4. Видовой состав гельминтов плотоядных животных в Нарынской области представлен 9 видами гельминтов. По данным вскрытий, из 342 исследованных собак заражено 62,3%, из них *E.granulosus* - 5,6%, *E.multilocularis* - 4,9%. Наиболее инфицированными оказались бродячие собаки, обитающие вблизи сел (61,8%) и населенных пунктов (38,2%). В результате копрологических исследований фекалий у 217 собак, 64,2% заражено 8 видами гельминтов, относящихся к классам *Cestoda* и *Nematoda*. Наиболь-

шая экстенсивность инвазии отмечена у безнадзорных собак - 84,1%.

5. Установлены факторы риска инвазии эхинококкозами у населения: 62,9% имеют собак; 58,5% мрс; 98,7% огороды; 98,7% собак имеют доступ к огороду; 62,6% населения контактируют с собакой; 98,1% употребляют центральное водоснабжение с установкой колонок на улице.

6. Комплексное инструментальное (УЗИ) и иммунологическое (ИФА) обследование установило наличие антител к возбудителю эхинококкоза в 6,4% и эхинококковых пузырей 0,3% случаях. В структуре серопозитивных в ИФА лиц преобладали владельцы индивидуальных крестьянских хозяйств и школьники.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдыжапаров Т.А. Альвеолярный эхинококкоз грызунов высокогорных пастбищ Кыргызской Республики [Текст] /Т.А.Абдыжапаров, О.Т.Куттубаев //Эхинококкоз в Центральной Азии: проблемы и решения. Цюрих-Алматы.- 2004.-253-261с.
2. Абдырасулов С.А. Изучение природной очаговости, эпидемиологии эхинококкоза и альвеококкоза в Кыргызстане [Текст] /С.А.Абдырасулов, Б.А.Акматов, Т.А. Абдыжапаров //Актуальные вопросы современной биологии и медицины /Матер. Междунар. симпозиума. Чолпон-Ата, 1995.-ч. III.- 5-7с.
3. Акматов Б.А. Эхинококкоз восточных районов Чуйской долины и меры борьбы с ним: Автореф. дисс. канд.мед. наук, Фрунзе, 1970.-26с.
4. Алиев М.А. Хирургическое лечение однокамерного и альвеолярного эхинококкоза печени [Текст] /М.А.Алиев, Б.Б. Баймаханов, Т.У. Самратов, Д.С. Токсанбаев // Эхинококкоз в Центральной Азии: проблемы и решение. Цюрих - Алматы, 2004. - 214-248с.
5. Жумакадыр у А. Распространенность эхинококкоза в КР [Текст] /Жумакадыр у А //Современная медицина на рубеже XX-XXI веков. - Бишкек.-2000.-С.140-146.
6. Караева Р.Р. Оптимизация эпидемиологического надзора за эхинококкозом в Кыргызской Республике в современных условиях. Автореф.дисс.канд.биол.наук, Бишкек.- 2005.-С.148.
7. Мусаев А.И. Профилактика рецидива эхинококкоза печени [Текст] / А.И. Мусаев, М.Б. Усубалиев, Максут у Э / Центрально-Азиатский Медицинский журнал.-2008.- Том 14.- приложение 2.- С.25-26.

АДАПТАЦИОННЫЕ ПРОЦЕССЫ В ОРГАНАХ СКЕЛЕТА ДРЕВНИХ ПОПУЛЯЦИЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

(по материалам могильника Сопка – 2)

Агададаев Р.Х., Елясин П.А., Хорошевская Я.А.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава, Новосибирск, Россия

Резюме. Проводилось комплексное исследование скелетных серий из разновременного могильника Сопка – 2, расположенного на территории Новосибирской области. Были выявлены особенности строения посткраниального скелета у жителей разных исторических периодов. Анализ полученных данных позволяет предположить последовательное формирование особого морфотипа древних популяций, адаптированного к проживанию в условиях резкоконтинентального климата.

ADAPTABLE PROCESSES IN BODIES OF THE SKELETON OF ANCIENT POPULATIONS OF THE NOVOSIBIRSK REGION

(on materials of a burial ground the Hill-2)

Agadadaev R.H., Elyasin P.A., Khoroshevskaya J.A.

Novosibirsk state medical university

Resume. Complex research of skeletal series from a burial ground occurring at different times the Hill – 2, located on territory of the Novosibirsk region was carried out. Features of a structure a postcranial skeleton at inhabitants of the different historical periods have been revealed. The analysis of the received data allows to assume consecutive formation of a special morphotype of the ancient populations adapted for residing in the conditions of sharply continental climate.

Введение. Изучение скелетных серий из захоронений прошлых эпох позволяет правильное оценить и понять общебиологические закономерности развития современного человека. Анатомические особенности посткраниального скелета содержат важную информацию о жизнедеятельности и условиях жизни организма человека. Данные о строении костей осевого скелета и длинных трубчатых костей помогают воссоздать картину экологической дифференциации человечества в различные исторические периоды. Процессы взаимодействия человека со средой человека, которые происходили на протяжении тысячелетий, формируют механизмы адаптации, которые обеспечивают прогрессивное развитие популяций. Недостаточность механизмов адаптации снижает степень надёжности, устойчивости биосистемы на популяционном уровне. Это способствует развитию новых форм жизнедеятельности, которые могут рассматриваться как патология или болезнь.

Материалы и методы исследования. Были исследованы посткраниальные отделы 11 скелетов индивидов, относящихся к эпохе неолита

(6 – 7 тысячелетие до нашей эры), 69 посткраниальных отделов скелета из эпохи энеолита (конец 3 и начало 2 тысячелетия до нашей эры) и 59 скелетов индивидов, относящихся к эпохе ранней бронзы и принадлежащие носителям кротовской культуры (начало и середина 2 тысячелетия до нашей эры) [Молодин В.И., 2001]. При осмотре регистрировались прижизненные и посмертные повреждения (рубленные и скальпированные дефекты). Идентификация изменений со стороны суставных поверхностей проводилась по 6-ти балльной системе [13]. Степень развития апофизов костей определяли по 3-х балльной системе [5,6]. Использовалась программа палеопатологических исследований [2], регистрировались патологические изменения и маркёры физиологического стресса. Для более детального исследования структуры костной ткани, использовались гистологические и рентгенологические методы исследования.

Результаты и их обсуждение. Многие длинные кости (бедренная, большеберцовая, плечевая) лишены эпифизов, отчётливо видны следы рубленных и скальпированных дефектов, часть из

которых нанесена сверху вниз. Похожий характер всех указанных повреждений даёт основание предполагать об их посмертном происхождении. Чаще всего рубленые и скальпированные повреждения выявляются на бедренных и большеберцовых костях. Не исключено, что данная локализация повреждений связана с ритуалом отсроченных или вторичных захоронений. С помощью метода визуальной (остеоскопической) диагностики костных останков были выявлены экзостозы в метаэпифизарных зонах длинных костей верхней и нижней конечностей (рис. 1). Известно, что экзостозы возникают в период активного роста костей в длину в том случае, если скелет испытывает повышенные механические нагрузки, и возникают в результате сильной мышечной тяги в области подвижной точки прикрепления [8]. Частота встречаемости подобных изменений позволяет предположить, что дети и подростки были вовлечены в тяжёлую повседневную работу наряду с взрослым населением.

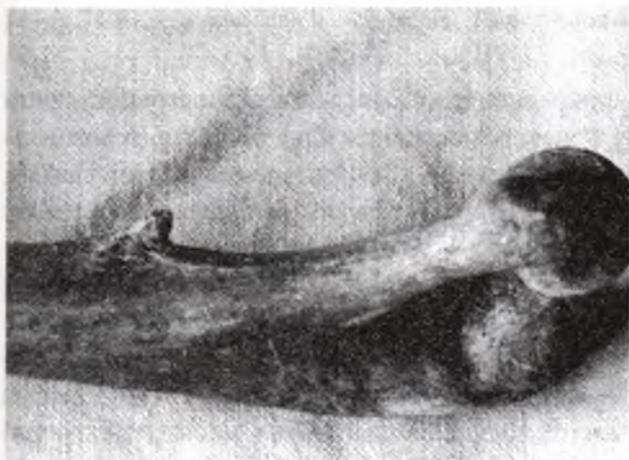


Рис. 1 Экзостоз в метаэпифизарной зоне плечевой кости молодого мужчины из эпохи бронзы

Также выявлено значительное увеличение толщины компактного слоя, сужение костномозгового канала и наличие в канале (на уровне середины диафиза) губчатой костной ткани.

Увеличение толщины компактного слоя бедренной и большеберцовой костей можно трактовать как гиперостоз от перенапряжения, т.е. результат повышенной механической нагрузки на нижнюю конечность. Многие клиницисты полагают, что превышение суммарных показателей компактного вещества над шириной костномоз-

гового канала уже говорит о рабочей гипертрофии – одной из наиболее частых форм интенсификации костеобразовательного процесса. В литературе встречается также термин – «компактизация» – физиологическое уплотнение костной ткани [8,10].

В результате повышения нагрузки (но не превышения её) изменяется форма, ширина и длина костей, увеличивается толщина компактного слоя, огрубевает, становятся более массивными губчатые структуры. В этих случаях имеет место активизация остеобластического процесса, в который включаются все клеточные элементы, способные продуцировать костный коллаген. В нашем случае индекс компактизации для диафиза бедренной кости у неолитического населения составил в среднем - 72, 2, у кротовского – 64, 5. Подобный характер строения длинных костей выявлен у населения синхронных популяций, таких, как афанасьевцы Горного Алтая [11].

Однако увеличение толщины компактного слоя ещё не обозначает увеличение механической прочности. Как правило, в дальнейшем происходит срыв компенсаторно-приспособительных возможностей костного органа с исходом в микропереломы («ползучие переломы») [4, 8] (рис.2).

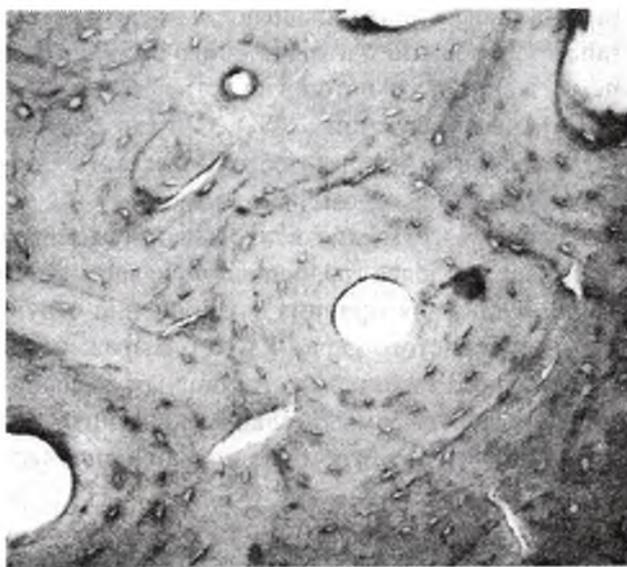


Рис. 2. Микропереломы компактного вещества диафиза бедренной кости у молодого мужчины из эпохи неолита. Окр. гематоксилином и эозином, ув. 400

В трубчатых костях исследуемой серии почти в 100% случаях в диафизах была обнаружена трабекулярная костная ткань. Не исключено, что это также связано с процессами адаптации костной ткани к повышению механической нагрузки. В этом случае красный костный мозг, расположенный в ячейках спонгиозы, способствует более равномерному распределению механических осевых нагрузок во всех направлениях (гидродинамический эффект) с их последующим затуханием [9].

Маркёры холодового стресса – увеличение числа питательных отверстий в области эпифизов трубчатых костей характерны в большей степени для энеолитического населения, у представителей кротовского населения встречаются довольно редко. К маркёрам холодового стресса у жителей кротовского периода можно отнести хронический оссифицирующий периостит, который выявляется почти у 50% взрослого населения.

Таблица 1.

**Частота встречаемости патологических изменений
посткраниального скелета кротовского населения из могильника Сопка-2**

Нозологическая форма	Общая выборка			Мужчины			Женщины		
	N	X	%	N	X	%	N	X	%
Грыжа Шморля	56	3	5,3	26	1	3,8	30	2	6,6
Деформации тел позвонков	56	6	10,7	26	1	3,8	30	5	16,6
Остеохондроз	56	22	39,2	26	8	30,7	30	14	46,6
Спондилоартроз	56	4	7,1	26	0	0	30	4	13,3
Спондилез	56	4	7,1	26	1	3,8	30	3	10,0
Сросшиеся дуги позвонков	56	6	10,7	26	1	3,8	30	5	16,6
Травма	56	2	3,5	26	1	3,8	30	1	3,3

N – количество обследованных индивидуумов, *X* – число индивидуумов с выраженным признаком.

Дегенеративно – дистрофические поражения позвоночника встречаются очень часто (табл. 1). В целом, более 42% взрослого (но не старого) населения эпохи ранней и развитой бронзы (кротовская культура) было подвержено тем или иным заболеваниям позвоночного столба. Причём, у женщин эти патологии встречаются чаще (79%), чем у мужчин (24%). Однако степень выраженности, глубина патологического процесса у мужчин значительно выше.

Известно, что межпозвоночный остеохондроз поражает наиболее трудоспособную часть населения. Основная причина – нарушение структуры студенистого ядра [4,8,10,]. Выраженный остеохондроз характеризуется полным «изнашиванием» диска. Замыкательные пластинки тел позвонков имеют огромные клювовидные разрастания.

Деформирующий спондилёз – изменение структуры фиброзного кольца межпозвоночного диска [8,10]. При этом постоянная травматизация передней продольной связки приводит к разрастанию замыкающих пластинок тел позвонков и обызвествлению продольной связки.

Сросшиеся дуги 3 и более позвонков (по типу

конкресценции) выявляются преимущественно у женского населения. Сросшиеся дуги возникают в результате обызвествления жёлтой связки, которая стягивает дуги и поддерживает тело в вертикальном положении. Частота встречаемости данного признака у кротовского населения не исключает врождённый характер патологии.

Используя программу балловой оценки «функциональных комплексов» элементов рельефа костей верхней конечности у носителей кротовской культуры [12], определяли возможную степень развития скелетной мускулатуры. «Функциональный комплекс» – совокупность анатомических образования на костях, к которым прикрепляются мышцы, обеспечивающие определённые двигательные акты (метание копья, стрельба из лука и т.д.).

Было выявлено сильное развитие апофизов костей верхней конечности у жителей кротовского периода. Причём, оказалось, что максимальная степень развития апофизов (3 балла) на плечевой кости и костях предплечья выявляется у мужчин и у женщин практически в равной степени. Сильное развитие апофизов (2 балла) встречается у женщин даже чаще, чем у мужчин.

Возможно, это связано с тем, что женщины, наряду с мужским населением, были включены в процесс хозяйственно – трудовой деятельности, в основе которой, видимо, была охота с использованием копья, лука и т.д. В результате чего наибольшего развития достигали следующие группы мышц: мышцы плечевого пояса, разгибатели и сгибатели предплечья и кисти, пронаторы предплечья.

Выводы. В результате исследования были выявлены признаки адаптации костной ткани посткраниального скелета у населения энеолитического и кротовского периодов разновременного могильника Сопка-2. Наличие экзостозов, гиперостоз диафизов длинных костей нижних конечностей, губчатые структуры в костномозговом канале свидетельствуют о повышенных механических нагрузках. Большое число травм, тяжёлые поражения костей осевого скелета и костей конечностей, свидетельствует о том, что суммарное влияние на организм неблагоприятных факторов окружающей среды имело в этот исторический период критические значения. Однако, большая часть автохтонной популяции благодаря процессам социальной адаптации, изменению пищевой стратегии смогла сохранить свой генофонд, дать потомство, которое проживало на данной территории на протяжении тысячелетий. Таким образом, мы имеем возможность наблюдать последовательное формирование специализированного морфотипа палеопопуляций, адаптированного к проживанию в особой экологической нише, которой является лесостепная полоса юга Западной Сибири с её резко - континентальным климатом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.П. Остеометрия. Методика антропологических исследований. – Москва. – «Наука». – 1966. – 251с.
2. Бужилова А.П. Палеонатология в биоархеологических реконструкциях. – Историческая экология человека. Вып. 1, Москва, изд-во Института археологии РАН, 1998б. – С. 87 - 146.
3. Волков М.В. Костная патология детского возраста. М. – Медицина. – 1968.
4. Лавренцова Г.И., Оноприенко Г.А. Морфологические и клинические аспекты репаративной регенерации опорных органов и тканей. М., Медицина. – 1996.
5. Медникова М.Б. Описательная программа балловой оценки степени развития рельефа длинных костей – Историческая экология человека. Вып. 1, Москва, изд-во Института археологии РАН, 1998б. – С. 161 – 165.
6. Медникова М.Б. Остеометрическая методика в биоархеологических реконструкциях. – Историческая экология человека. Вып. 1, Москва, изд. –во Института археологии РАН, 1998а. – С. 38 – 86.
7. Молодин В.И. Памятник Сопка-2 на реке Оми. – Новосибирск: Издательство Института Археологии и этнографии СО РАН, 2001. Т.1. – 128с.
8. Некачалов В.В. Патология костей и суставов. – СПб: Sotis, 2000. 285 с.
9. Никитюк Б.А, Коган Б.И. Адаптация скелета спортсменов. – Киев, «Здоровье». – 1989. – 267с.
10. Ревелл П.А. Патология кости (перевод с англ.). – Москва. - Медицина. – 1992.
11. Тур С.С., Рыкун М.П. Палеоэкология населения афанасьевской культуры. – Эпоха энеолита и бронзы Горного Алтая. – Часть 1. – 2006. – С. 60 – 114.
12. Федосова В.Н. Морфологическая характеристика костей конечностей неолитического населения памятника Сахтыш-Па. – Неолит лесной полосы Восточной Европы [антропология Сахтышских стоянок]. – Москва. – Научный мир. – 1997. – С. 75 – 92.
13. Shultz M. Paleohistopathology of Bone: a new approach to the study of ancient diseases. - Year books of physical anthropology. - V. 32. - 2001. – 1 – P. 42.

ИЗМЕНЕНИЯ СТРУКТУРЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ КРЫС ПРИ ОБЩЕЙ ГИПЕРТЕРМИИ

Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Гусев А.В., Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Астафьева К.А., Самсонова Н.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава», Новосибирск, Россия.

Научный руководитель: д.м.н., проф. Сафронов И.Д.

Введение. Лимфатические узлы (ЛУ) занимают важное место в комплексной оценке механизма биологического действия на организм различных дестабилизирующих факторов, в том числе и общей гипертермии (ОГ) [1]. В лимфу раньше, чем в кровь, поступают эндо- и экзогенные токсины, наблюдаемые при этом токсемия и токсиколимфия сопровождаются ухудшением гемоциркуляции [4]. При патологических состояниях лимфогенный путь поступления в кровяной ток продуктов катаболизма является приоритетным [3].

Цель и задачи. Изучение морфологических изменений висцеросоматических лимфатических узлов при ОГ.

Материалы и методы исследования. Эксперимент проводили на 4-х группах крыс-самцов линии Wistar: контроль; 3-и, 7-е и 14-е сутки после ОГ. Разогревание крыс производилось в соответствии со «Способом экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных» [2].

Изучали структурно-функциональные изменения подвздошного ЛУ на 3-и, 7-е и 14-е сутки. Взятие ЛУ, изготовление и окраску препаратов производили по стандартным методикам. Морфометрический анализ производили на микроскопе МБС-10. Определяли общую площадь ЛУ, краевого синуса, капсулы, коркового и мозгового веществ, лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них, паракортикальной и подкапсулярной зон, коркового пласта, мозговых тяжей и синусов. В лимфоидных узелках с герминативными центрами определяли площади герминативных центров и мантии; рассчитывали отношение абсолютной площади лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них (ЛУ2/ЛУ1-индекс); коркового и мозгового веществ (К/М-индекс).

Статистическую обработку результатов про-

изводили по программе «SPSS 16.0 for Windows».

Результаты и их обсуждение. Известно, что при действии ряда дестабилизирующих факторов увеличивается объем интерстициальной жидкости в корнях лимфатической системы, усиливая продукцию лимфы. При ОГ происходит усиление дренажной функции лимфатической системы за счет увеличения минутной производительности лимфангиона [6]. Об усиленной лимфопродукции и соответственно повышенной возможности транспортной функции подвздошного лимфатического узла в условиях ОГ по сравнению с интактным уровнем свидетельствовали на протяжении всего срока эксперимента увеличение показателя его общей площади как за счет коркового, так и за счет мозгового вещества. При этом максимальное увеличение показателей площади мозгового вещества происходило на 3-и сутки после ОГ. Увеличение емкости лимфатических синусов явилось морфологической предпосылкой повышения его транспортной функции в результате увеличения лимфообразования, обусловленного местным раздражением кожных покровов, и повышением скорости лимфотока. Максимальное увеличение показателей площадей мозговых синусов отмечалось после 3-х суток эксперимента. На 7-е сутки показатели площадей мозговых синусов снижались, но оставались еще достоверно выше исходного уровня.

К/М-индекс также снижался, в большей мере на 3-и сутки эксперимента при ОГ. Это позволило отнести лимфатический узел к промежуточному типу, выполняющему в большей мере дренажно-детоксикационную функцию. В дальнейшем данный показатель увеличивался и достигал контрольного уровня, тип лимфоузла вновь становился компактным.

Было отмечено увеличение на протяжении

всего срока эксперимента показателей площадей лимфоидных узелков с герминативными центрами и без них, подкапсулярной зоны, мозговых тяжей, а также увеличение показателей площадей паракортикальной зоны и коркового плато на 3-и сутки после воздействия общей управляемой гипертермии по сравнению с соответствующими показателями подвздошных лимфатических узлов интактных животных. По-видимому, данные изменения могут косвенно свидетельствовать об активации клеточного и гуморального иммунитета в связи с развитием эндотоксикоза в ранние сроки после ОГ за счет высокой концентрации в плазме крови и тканях токсических метаболитов, образующихся вследствие клеточной деструкции при активации протеолиза.

Заключение. Известно, что все реакции лимфатической системы (включая и метаболические) в экстремальных условиях концептуально объединяются в понятие «лимфатического ресетинга», т. е. системной перестройки структурно-функциональных параметров на качественно новом уровне жизнеобеспечения, при котором компоненты лимфатической системы принимают на себя дополнительные функции, ранее им несвойственные либо не востребуемые.

Таким образом, концепция «лимфатического ресетинга», являющегося системной реакцией организма, позволяет не только подчеркнуть активную роль лимфатической системы как элемента компенсации и коррекции метаболических нарушений при критических состояниях, но и выделить физиологические аспекты адаптации к стрессу лимфатической системы. С точки зрения адаптационных процессов, «лимфатический ресетинг» отражает высокую цену (правда, совершенно необходимую) адаптации, поскольку для компенсации имеющихся эндок-

ринно-метаболических изменений включается большое количество структурных единиц лимфатической системы, которые функционируют достаточно продолжительный период времени. Усугубление тяжести повреждения приводит к срыву адаптации, но даже имеющиеся адаптивные изменения становятся звеньями патогенеза. Выявленные в ходе эксперимента изменения структурной организации подвздошного лимфатического узла, возникающие в различные сроки постгипертермического периода, свидетельствуют об участии этого органа в формировании компенсаторно-приспособительной реакции организма при действии экстремально высокой внешней температуры. Вероятно, это связано с «компенсацией перераспределения» в системе «кровь – ткань – лимфа – лимфатический узел», когда функциональная нагрузка распределяется между аналогичными элементами системы для снижения ее до нормы адаптации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А.В. Лимфатическая система, стресс, метаболизм / А.В. Ефремов, А.Р. Антонов, Ю.И. Бородин. – Новосибирск: Изд-во СО РАМН, 1999. – 194 с.
2. Ефремов А.В., Пахомова Ю.В., Пахомов Е.А., Ибрагимов Р.Ш., Шорина Г.Н. Патент 2165105 Российская Федерация. Способ экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных. – Изобретения. Полезные модели. – 2001. – № 10.
3. Масленникова М.А. Эндокринно-метаболические особенности тканевой адаптации миокарда в динамике синдрома длительного сдавления (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / М. А. Масленникова. – Новосибирск, 2006. – 288 с.
4. Пахомова Ю.В. Системные механизмы метаболизма при общей управляемой гипертермии (экспериментальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / Ю.В. Пахомова. – Новосибирск, 2006. – 280 с.

ИЗМЕНЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ АНТИОКСИДАНТОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛИНЕЙНО-НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ КАРЦИНОСАРКОМЫ WALKER-256

Макаров Е.Д., Акиншин И.Д., Гусев А.В., Иванов А.В., Барбашов И.В., Белобородова Е.В., Самсонова Н.В.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»
 Научный руководитель – член-корр. РАМН, д.м.н., проф. Ефремов А.В.

Введение. Использование химических и физических методов противоопухолевой терапии часто способствует увеличению интенсивности свободнорадикальных реакций в организме [2]. В связи с этим целесообразно исследовать особенности изменения состояния антиоксидантного потенциала на разных этапах экспериментального опухолевого роста и под влиянием современных методов терапии.

Цель и задачи. Изучение у крыс с линейно-неспецифической карциносаркомой Walker-256 концентрации жирорастворимых антиоксидантов в сыворотке крови в динамике ее развития и на фоне применения общей гипертермии (ОГ), циклофосфана и мелатонина.

Материалы и методы исследования. Исследование проводили на крысах-самцах линии Вистар. Суспензию клеток прививаемой карциносаркомы Walker-256 вводили в мышцу бедра в дозе 10^6 клеток [3]. Размеры опухоли измеряли штангенциркулем в трех взаимно перпендикулярных направлениях. Животных держали при фиксированном световом режиме и стандартизированной окружающей температуре. Циклофосфан вводился однократно из расчета 25 мг/кг внутривенно. Мелатонин – 0,3 мг/кг внутривенно в течение 14-ти суток. Разогревание крыс производилось по «Способу экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных» [1]. ОГ, введение циклофосфана и мелатонина начинали с 5-х суток введения опухолевых клеток. Крысы были разбиты на контрольную (интактные) и опытные (с карциносаркомой Walker-256 в динамике и получавшие ОГ, циклофосфан, мелатонин) группы. Содержание жирорастворимых антиоксидантов (ретинола и б-токоферола) в сыворотке крови определяли методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. Анализ данных вели на PC CPU Intel P-II 750 МГц Celeron в среде Windows по программе SPSS 16.0

и Microsoft Excel версии 1998.

Результаты и их обсуждение. Рассматривая динамику содержания жирорастворимых антиоксидантов при опухолевой прогрессии следует отметить, что у крыс с карциносаркомой Walker-256 в крови уровень б-токоферола на 7-е и 14-е сутки эксперимента был на 57 и 60% ниже, чем в контроле ($p < 0,05$). Аналогичная закономерность наблюдалась и для содержания ретинола, величина которого в крови крыс с карциносаркомой Walker-256 на 7-е и 14-е сутки эксперимента был на 45 и 38% ниже, чем в контроле ($p < 0,05$).

Одним из перспективных направлений в противоопухолевой терапии сегодня является общая гипертермия (ОГ). Влияние ОГ на трансмембранный перенос и метаболизм может привести к преодолению лекарственной устойчивости и повышению иммуногенности опухоли. Не являясь канцерогенным и мутагенным агентом, гипертермия может вызывать в опухоли как апоптоз, так и некроз, что весьма обнадеживающим представляется ее включение в схемы лечения.

На фоне применения ОГ у крыс с карциносаркомой Walker-256 концентрация жирорастворимых антиоксидантов в сыворотке крови на протяжении всего эксперимента имела четкую тенденцию к снижению. Так, содержание б-токоферола на 7-е и 14-е сутки было в 3,3 и 3,7 раза, а ретинола в 1,3 и 2,1 раза ниже значений, определенных у интактных животных ($p < 0,05$). Причем уровень последнего антиоксиданта в крови у крыс с карциносаркомой Walker-256 при ОГ на 14-е сутки был достоверно меньше, по сравнению с показателями у этих животных на 7-е сутки эксперимента ($p < 0,05$).

Применение циклофосфана у крыс с карциносаркомой Walker-256 также сопровождалось уменьшением содержания жирорастворимых антиоксидантов в крови. Так, на 7-е сутки эксперимента уровень б-токоферола и ретинола

был ниже величин в контроле на 49 и 43% соответственно ($p < 0,05$). На 14-е сутки эксперимента низкое содержание жирорастворимых антиоксидантов в крови сохранялось, что может быть связано не только с особенностями опухолевого роста, но и действием циклофосфана в организме. Известно, что метаболиты циклофосфана индуцируют перекисное окисление липидов, продукты которого нарушают структуру и функции мембран, что, в свою очередь, способствует ускоренному расходованию антиоксидантов в свободнорадикальных реакциях. Поэтому обоснованным является дополнительное использование в полихимиотерапии опухолей соединений, в частности мелатонина, обладающих антиоксидантным действием. Обнаружено, что мелатонин является более эффективным ингибитором гидроксильного (*ОН) и пероксильного (ROO*) радикалов, чем глутатион и витамин Е. Он и его метаболиты (6-гидроксимелатонин) беспрепятственно проникают в клетки и защищают нуклеиновые кислоты, липиды и белки от повреждения свободными радикалами. Выявлено также, что мелатонин может ингибировать NO-синтетазу и усиливать экспрессию генов, ответственных за синтез Cu-Zn-зависимой СОД.

Использование мелатонина у крыс с карциносаркомой Walker-256 приводило к сохранению на относительно высоком уровне жирорастворимых антиоксидантов в крови к 7-м и 14-м суткам эксперимента. Аналогичная закономерность наблюдалась для содержания б-токоферола в крови животных и при сочетанном использовании в терапии циклофосфана и мелатонина. Хотя со стороны содержания ретинола наблюдалось уменьшение его концентрации в крови как на 7-е, так и 14-е сутки эксперимента ($p < 0,05$).

Сходная закономерность в отношении изменения содержания жирорастворимых антиоксидантов в крови животных на протяжении всего

опыта наблюдалась у крыс с карциносаркомой Walker-256, получавших ОУГ, циклофосфан и мелатонин. Так, уровень б-токоферола на 7-е и 14-е сутки был на 35 и 66%, а ретинола на 31 и 29% ниже, чем животных контрольной группы ($p < 0,05$). Причем содержание б-токоферола в крови крыс с карциносаркомой Walker-256, получавших ОГ, циклофосфан и мелатонин, на 14-е сутки было достоверно ниже, по сравнению с показателями на 7-е сутки эксперимента ($p < 0,05$).

Выводы. Используемые методики противоопухолевой терапии оказывают различное влияние на динамику содержания жирорастворимых антиоксидантов в организме экспериментальных животных. Использование ОГ и циклофосфана сопровождается снижением уровней б-токоферола и ретинола в крови крыс с карциносаркомой Walker-256, добавление мелатонина к лечению сохраняет их содержание. Одним из перспективных путей повышения эффективности лечения злокачественных новообразований может быть сохранение высокой активности антиоксидантной регуляторной системы во внеопухолевых клетках и тканях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефремов А.В., Пахомова Ю.В., Пахомов Е.А., Ибрагимов Р.Ш. [и др.] Способ экспериментального моделирования общей гипертермии у мелких лабораторных животных. – Патент РФ №2165105. – Бюлл. №10. – 2001.
2. Ефремов А.В. Изменение активности перекисного окисления липидов у животных с карциносаркомой Walker-256 под влиянием различных методов лечения / А. В. Ефремов [и др.] // Вестн. новых мед. технологий. – 2008. – Т. XV, № 3. – С. 22–24.
3. Хегай И. И. Влияние экспрессии гена вазопрессина на рост карциносаркомы Walker 256 у крыс / И. П. Хегай, Н. А. Попова, Л. Н. Иванова // Генетика. – 2000. – Т. 42, № 7. – С. 993–995.

РЕАКЦИЯ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ТОНКОЙ КИШКИ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ РАЗНЫХ ПИТЬЕВЫХ ВОД НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Елясин П.А.

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава,
Новосибирск, Россия

Резюме. Изучено длительное влияние разных по составу природных вод Новосибирской области. Показано, что использование природной воды с повышенным содержанием железа и магния приводит к активации обменных процессов в мезентериальном лимфатическом узле, выраженной структурно-клеточной перестройке органа в сторону активации как гуморального, так и клеточного иммунитета.

REACTION OF REGIONAL LYMPHNODE OF THE SMALL INTESTINE AT APPLICATION OF DIFFERENT POTABLE WATER OF THE NOVOSIBIRSK REGION

Elyasin P.A.

Novosibirsk state medical university

The resume. Long influence of natural waters of the Novosibirsk region different in structure is studied. It is shown that use of natural water with the raised maintenance of iron and magnesium leads to activation of exchange processes in a mesenteric lymph node, the expressed structurally-cellular reorganisation of body towards activation as humoral, and cellular immunity.

Введение. Взаимосвязь состояния среды обитания человека, в частности ее химического состава, с показателями здоровья и качества жизни сегодня не вызывает сомнения. Доказано, что от химического элементного состава среды обитания организмов зависит их морфологическая и физиологическая изменчивость, размножение, рост и развитие [5].

Поскольку состав поверхности земли неоднородный, на ней обнаруживаются области с повышенным или пониженным содержанием тех или иных химических элементов. Эти области, отличающиеся от соседних областей по содержанию в них химических элементов и вследствие этого вызывающие различную биологическую реакцию, получили название биогеохимических провинций. Так как состав воды непосредственно зависит от состава почвы, с ними связаны гидрогеологические районы.

Цель работы. Изучить влияние вод различных гидрогеологических районов Новосибирской области на морфофункциональное состояние мезентериального лимфатического узла.

Материалы и методы исследования. Территория Новосибирской области включает 6 гидрогеологических районов. Для нашего исследования водопроводная питьевая вода забиралась из скважин 4 гидрогеологических районов: Западного, Юго-Западного, Центрального и Восточного. Работа выполнена на белых лабораторных крысах-самцах. Животные были разделены на 5 групп (по 10 крыс). В качестве контроля использовалась водопроводная вода г. Новосибирска. Им предлагалась исследуемая вода в свободном режиме питья в течение 60 суток. Исследования проводили с соблюдением «Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных». Забой животных проводили под эфирным наркозом методом декапитации. Материалом для исследования послужил мезентериальный лимфатический узел. Полученный материал фиксировали и окрашивали при помощи стандартных гистологических методик, изучали с помощью световой микроскопии и методов морфометрии

[1]. Результаты исследований обрабатывали с применением вариационной статистики. Достоверность различия сравниваемых средних величин определяли на основании параметрических и непараметрических критериев. Различия между сравниваемыми средними считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. При использовании воды Юго-Западного района с повышенным содержанием магния в 1,46 раза и железа в 3,36 раза в региональном мезентериальном лимфатическом узле отмечено снижение площади коркового вещества за счет практически всех функциональных зон и снижение абсолютного количества клеток в них. Корово-мозговой индекс (КМИ) снизился в 1,51 раза по сравнению с контролем (в норме он был равен $0,98 \pm 0,03$). Лимфоузел из промежуточного типа (в контроле) преобразовался во фрагментированный тип, способствующий активному сбросу лимфы [2].

После длительного потребления воды Центрального района с повышенным содержания магния в 2,43 раза, железа в 5,15 раза и марганца в 1,6 раза у животных увеличилась площадь мезентериального лимфатического узла, за счет коркового вещества. КМИ увеличился в 1,79 раза по сравнению с контролем. Лимфоузел из промежуточного типа преобразовался в компактный функциональный тип, способствующий активной биологической, биофизической и иммунной обработке притекающей к нему лимфы [2]. Значительно повысился индекс физиологической регенерации – в 3,54 раза. Это говорит об активации В-клеточного звена иммунитета, так как именно эти функциональные зоны содержат клетки, отвечающие за гуморальный иммунитет [3]. По нашему мнению такие структурно-клеточные преобразования данных лимфоидных органов связаны с поступлением из просвета кишки повышенных концентраций магния и железа, поскольку ионы магния являются необходимыми кофакторами созревания и прямо влияют на синтез протенинов и нуклеиновых кислот [7]. Железо также является важнейшим элементом для развития реакции бласттрансформации [6, 8].

В группе животных, потреблявших воду Восточного района, выявлены наименее значительные морфологические изменения в сравнении с

контролем, по-видимому, это связано с тем, что потребляемая вода не отличалась по качественному составу от водопроводной (контрольной) воды. В лимфатическом узле увеличилась площадь мозговых синусов, на фоне снижения площади краевого синуса. Увеличилась площадь капсулы и трабекул. Значение КМИ по отношению к контролю достоверно не изменилось. Лимфоузел относился к промежуточному функциональному типу. В паракортикальной зоне снизилось абсолютное количество клеток за счет всех групп лимфоцитов, макрофагов и погибших клеток, по-видимому, можно говорить о снижении Т-клеточного звена иммунитета.

В природной воде Западного района превышены предельно допустимые концентрации магния в 1,88 раза, имеются признаки техногенного загрязнения – немного превышены концентрации аммиака. В мезентериальном лимфатическом узле увеличилась площадь краевого синуса, что говорит об активном притоке лимфы к органу. Увеличилась площадь коркового вещества за счет доли паракортикальной зоны. КМИ увеличился в 2,87 раза по сравнению с контролем. Лимфоузел из промежуточного типа преобразовался в компактный функциональный тип. Это является структурной основой для усиления дезинтоксикационной функции лимфоузлов и активному процессу биохимической, биологической и иммунной обработки поступающей лимфы [4]. В паракортикальной зоне увеличилось абсолютное количество клеток за счет всех лимфоцитов, макрофагов, ретикулярных клеток, зрелых плазмочитов, эозинофилов. Это является морфологическим подтверждением активации Т-клеточного звена иммунитета.

Заключение. Таким образом, морфологические изменения лимфатического узла, как маркера эндоэкологического прессинга, в ответ на изменение состава потребляемой воды подтверждают участие лимфатической системы в поддержании водного гомеостаза организма.

Повышенное содержание магния в экспериментальной воде приводит к активации как гуморального, так и клеточного иммунитета. В то же время, в других экспериментальных группах, где было повышено содержания железа активации Т-клеточного иммунитета не отмечено, что согласуется с данными литературы [9].

ЛИТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию / Г.Г. Автандилов. – М.: Медицина, 2002. – 238 с.
2. Бородин Ю.И. Лимфатический узел при циркуляторных нарушениях / Ю. И. Бородин, В.Н. Григорьев. – Новосибирск: Наука, 1986. – 286 с.
3. Бородин Ю. И. Функциональная анатомия лимфатического узла / Ю. И. Бородин, М.Р. Сапин, Л.Е. Этинген и др. – Новосибирск: Наука. Сибирское отделение, 1992. – 257 с.
4. Бородин Ю.И. Проблемы лимфодетоксикации и лимфосанации / Ю.И.Бородин // Проблемы экспериментальной, клинической и профилактической лимфологии: Материалы международного симпозиума. - Новосибирск, 2000. - С. 5 - 9.
5. Бородин Ю.И. Теоретические предпосылки профилактической лимфологии и здоровье человека в Сибири / Ю.И. Бородин // Бюлл. Сибирского отделения Российской Академии медицинских наук. – 2008. – № 5. – С. 14-17.
6. Мухутдинов Д.А. Роль лимфатической системы в перераспределении железа при экспериментальной лихорадке / Д.А. Мухутдинов // Здоровоохранение Башкортостана. – 2004. – № 4, Спец. вып. – С. 166-168.
7. Накоскин А.Н. Содержание макро- и микроэлементов в онтогенезе и в условиях репаративной регенерации кости у собак / А. Н. Накоскин, М. И. Новиков // Травматология и ортопедия России. – 2008. – № 1. – С. 38-44.
8. Поляк-Блажи М. Роль железа в канцерогенезе, антиканцерогенный эффект соединений железа / М. Поляк-Блажи // Микроэлементы в медицине. – 2002. – Т. 3, №1. – С. 20–28.
9. Ahn E., Kapur B., Koren C. Iron bioavailability in prenatal multivitamin supplements with separated and combined iron and calcium. J Obstet Gynaecol Can. – 2004. – Vol. 26, № 9. – P. 809–14.

К ВОПРОСУ О ТУГОУХОСТИ: ПРИЧИНЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ. (Научный обзор)

Джаманкулова Н.М., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К.Ахунбаева, г.Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. В статье представлены данные научной литературы о диагностике, лечению и реабилитации больных с нейросенсорной тугоухостью.

Ключевые слова: тугоухость, этиология, классификация, диагностика, лечение.

НЕЙРОСЕНСОРДУК ДУЛӨЙЛҮК: СЕБЕПТЕРИ, ДИАГНОСТИКАСЫ ЖАНА ДАРЫЛООСУ. (Илимий обзор)

Джаманкулова Н.М., Насыров В.А., Алымкулов Р.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы. Бишкек ш., Кыргызстан.

Резюмеси. Статьяда илимий адабияттардагы нейросенсордук дүлүйлүк менен оруган адамдардын диагностикасы, дарылоосу жана реабилитациясы берилге

Негизги сөздөр: дүлүйлүк, этиологиясы, классификация, диагностика, дарылоо.

TO A QUESTION HYPOACUSIS: REASONS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT. (Scientific review)

Djamankulova N.M., Nasyrov V.A., Alymkylov R.D.

The Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyzstan

Abstract. Given scientific literature are presented In article about diagnostics, treatment and rehabilitations patients with neurosensory deafness.

Key words: hypoacusis, etiology, categorization, diagnostics, treatment.

Одной из актуальных проблем в оториноларингологии является ранняя диагностика, лечение и реабилитация больных, страдающих сенсоневральной тугоухостью. Среди больных с различными формами тугоухости наличие этой патологии, по данным ряда авторов, встречается в 79% случаев. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в этой области отоларингологии, за последние десятилетия частота поражений органа слуха увеличилась. Наличие огромного количества предлагаемых методов лечения сенсоневральной тугоухости говорит об актуальности этой проблемы на современном этапе.

По данным ВОЗ в мире насчитывается около 250 млн человек, страдающих нарушениями слуха, и согласно ее прогнозам к 2030 году ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. В последние годы отмечается рост

частоты нарушений слуха и вестибулярной функции. За 20 лет частота поражений слуха возросла в два раза и составляет 6%; в структуре же тугоухости сенсоневральное поражение слуха достигает 75-95%.

Основными причинами понижения слуха у обращающихся являются острый и хронический гнойный средний отит (53,3%), ототоксические препараты (14,7%), черепно-мозговая травма (8,4%), тромбоз внутренней слуховой артерии (до 2%) пресбиакузис (5,1%), грипп (6,0%). До настоящего времени остается высокий процент (12,5%) людей с не установленной причиной сенсоневральной тугоухости, что может быть обусловлено не диагностированной генетической предрасположенностью.

Сенсоневральная тугоухость характеризуется поражением слухового анализатора на различных уровнях, от волосковых клеток кортиева органа до коркового анализатора. Такое сни-

жение слуха, как правило, сопровождается еще и изнуряющим субъективным шумом в ушах, что значительно снижает для больного качество жизни. До настоящего времени остается нерешенным ряд основных вопросов патогенеза и лечения различных форм тугоухости.

Клиническими проявлениями острой и внезапной сенсоневральной тугоухости являются: снижение слуха, субъективный шум в ухе, часто с вестибулярными расстройствами (головкружение, тошнота, рвота, нистагм).

Клинические особенности:

Снижение слуха развивается без предвестников (у 5 больных утром после пробуждения), в 2/3 случаев сопровождается субъективным шумом в ушах.

При аудиологическом исследовании – односторонняя нейросенсорная тугоухость различной степени выраженности,

Слух не флюктуирует в течение дня.

У ряда больных это сопровождается головкружением

При комплексном обследовании отсутствует этиологический фактор.

В возникновении нейросенсорной тугоухости многочисленными клиническими наблюдениями и научными исследованиями доказана роль: инфекционных заболеваний (грипп и ОРВИ, инфекционный паротит, сифилис); сосудистых расстройств (гипертоническая болезнь, вертебробазиллярная дисциркуляция, церебральный атеросклероз); стрессовых ситуаций, механической, акустической и баротравм; ототоксического воздействия промышленных и бытовых веществ, ряда лекарственных препаратов (антибиотики аминогликозидного ряда, некоторые противомаларийные и мочегонные средства, салицилаты).

В общем механизме патологического процесса сосудистые нарушения занимают одно из основных мест. Ухудшение микроциркуляции, спазм, механическое повреждение стенок сосудов на фоне артериальной гипертензии приводит к уменьшению кровотока во внутреннем ухе. Данное состояние вызывает нарушение гемодинамики внутреннего уха, развитие гипоксии и быстрые дегенеративные изменения структурных элементов слухового анализатора. Проявления сенсоневральной тугоухости час-

то являются симптомами различных заболеваний. Для выбора методов и средств лечения, сочетания их или последовательности большое значение имеет определение уровня поражения слухового анализатора на этапе его ранних проявлений. Известно, что лечение хронической сенсоневральной тугоухости, прежде всего, направлено на предотвращение прогрессирования заболевания и уменьшение выраженности субъективного ушного шума.

Классификация тугоухости.

По типу

Кондуктивная тугоухость возникает в результате аномалий наружного уха или аномалий косточек среднего уха, патология евстахиевой трубы, аденоидов и др.

Сенсоневральная тугоухость в результате нарушения функции структур внутреннего уха

Смешанная тугоухость является комбинацией кондуктивной и сенсоневральной.

Центральная слуховая дисфункция возникает в результате повреждения или дисфункции на уровне VIII краниального нерва, слухового тракта ствола мозга, или коры головного мозга

Степень тугоухости. Тугоухость измеряется в децибеллах (dB). Порог слышимости или 0 dB отмечается для каждой частоты относительно уровня, при котором нормальные молодые люди воспринимают тон составляющий 50% от очень громкого на данный момент. Слух считается нормальным, если слуховой порог данного индивидуума находится в пределах 0-15 dB от нормального порога слышимости.

Степень тугоухости градуируется как:

Легкая (26-40 dB)

Умеренная (41-55 dB)

Умеренно тяжелая (56-70 dB)

Тяжелая (71-90 dB)

Глубокая (90 dB)

Методы комплексного обследования :

1. акуметрия

2. аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, надпороговые тесты, речевая аудиометрия, импедансометрия,

3. определение восприятия и латерализации ультразвуков,

4. отоакустическая эмиссия, КСВП);

5. лабораторные исследования (исследование мочи, крови биохимический анализ, оп-

ределение гормонального профиля, RW, HBS, HCV, ВИЧ);

6. МРТ;

7. дуплексное сканирование сосудов головного мозга;

8. вестибулометрическое исследование

Лечение.

Выбор методов лечения сенсоневральной тугоухости зависят от многих факторов и, в частности, от сроков начала терапии [2, 3]. При начале лечения в течение первой недели заболевания восстановление слуха отмечается у 57 % пациентов, у обратившихся в течение месяца - у 27%.

Острое сенсоневральное нарушение слуховой функции требует проведения лечения в стационарных условиях [2,3]. При этом назначаются препараты, улучшающие мозговую гемодинамику (кавинтон, пентоксифилин и др.); дегидратационные препараты (40% р-р глюкозы, 25% р-р магния сульфата); глюкокортикостероиды (преднизолон 30 мг в/м или в / венно 5 дней) бетасерк 24 мг 2 раза в день в течение 14 дней, улучшающее микроциркуляцию пораженного органа: никотиновая кислота, гепарин. После завершения курса стационарного лечения продолжают лечение амбулаторно (бетасерк 24 мг 2 раза в день до 2 месяцев).

Физиотерапия. Электрофорез (1-5% раствор неостигмина метилсульфата, 1-5% раствор калия йодида, 1% раствор никотиновой кислоты), грязевые аппликации на область сосцевидных отростков, бальнеотерапия (особенно радоно-терапия).

Общие правила, которые должны всегда соблюдаться неукоснительно: проведение лечения больного острой нейросенсорной тугоухостью в специализированном оториноларингологическом стационаре; незамедлительное начало лечения непосредственно после госпитализации больного; соблюдение охранительного режима и щадящей диеты; отказ от курения и употребления алкогольных напитков;

многоплановое обследование пациента, проводимое в кратчайшие сроки. Повышает эффективность медикаментозной терапии и стабилизирует положительную клиническую динамику включение в комплекс лечебных мероприятий немедикаментозных методов:

рефлексотерапии акупунктуры либо лазеропунктуры (10 сеансов непосредственно после завершения инфузионной терапии, затем 10 сеансов спустя 1 мес и, при необходимости, 10 сеансов спустя 23 мес после первого курса стационарного лечения).

Следует подчеркнуть, что даже адекватно подобранная и своевременно, в полном объеме проведенная терапия больного острой нейросенсорной тугоухостью не исключает вероятности рецидива заболевания под воздействием стрессовой ситуации, обострения сердечно-сосудистой патологии (например, гипертонического криза), острой респираторной вирусной инфекции или акустической травмы. Поэтому врач обязан убедительно и подробно разъяснить больному необходимость соблюдения мер профилактики. Правильная организация труда и отдыха, отказ от курения, приема алкоголя и наркотиков, рационально составленная диета, достаточная двигательная активность, умение преодолевать эпизоды нервно-психического перенапряжения и стрессовые ситуации все это в сочетании с профилактическими и лечебными мероприятиями является залогом успеха в борьбе со слуховыми и вестибулярными нарушениями.

Лечение острой нейросенсорной тугоухости, несмотря на значительное количество исследований проводимых в этой области, остается сложной и не до конца решенной задачей [3, 4], и в этой связи, актуальной, требующей дальнейших усилий в совершенствовании диагностических критериев и адекватной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Н.С. Ценность компьютерной и магнитно-резонансной томографии головного мозга в установлении этиологии головокружения и уровня поражения кохлеовестибулярного анализатора // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003. – С. 138-139.
2. Благовещенская Н.С. Отоневрологические симптомы и синдромы: М.: Медицина, 1990г. – с.328.
3. Гапоева Э.Т. Предварительный прогноз результатов консервативного лечения острой сенсоневральной тугоухости / Э.Т. Гапоева // Современные аспекты и перспективы развития оториноларингологии: материалы юбил. Всерос. науч.-практ. конф., Москва, 29-20 сент. 2005 г. / Науч.-клинич. центр оториноларингологии Росздрава. – М., 2005.

– С. 31.

4. Кадымова М.И. Оптимизация методов лечения внезапной нейросенсорной тугоухости / М.И. Кадымова // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003 – С. 155-156.

5. Сагалович Б.М. Болезнь Меньера, / Б.М. Сагалович, В.Т Пальчун - М.: Медицинское информационное агенство, 1999.

6. Пальчун В.Т. Принципы лечения острой нейросенсорной тугоухости / В.Т. Пальчун, И.В. Иванец // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. конф. оториноларингологов. – 2002. – С. 159-160.

7. Пальчун В.Г., Крюков А.И. Оториноларинго-

логия: М.: Литера, 1997г.- с. 512

8. Пономаренко Г.Н. Частная физиотерапия. М. «Медицина-2005»

9. Табеева Д.М. практическое руководство по иглорефлексотерапии. М. «МЕДпресс-информ» 2004г.

10. Этиопатогенетические аспекты в лечении кохлеовестибулярных нарушений / Т.С. Полякова [и др.] // Вестн. оториноларингологии: материалы Рос. науч.-практ. конф. – 2003. – С. 182-185.

11. Cheng Xinnong. Chinese Acupuncture and Moxibustion. Foreign Languages Press, Beijing, China 1999.

12. www.medlinks.ru

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В РЕСПУБЛИКЕ ТАДЖИКИСТАН

Мирзоалиев Ю.М.

Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Резюме. Высокий уровень заболеваемости населения малярией в республике создало значительную медицинскую, социальную и экономическую напряженность. Большую роль в борьбе с эпидемией малярии в стране сыграла значительная финансовая, техническая и научно-практическая помощь и поддержка со стороны международных организаций и правительств ряда стран

Ключевые слова: малярия, заболеваемость, профилактические мероприятия, социальная и экономическая напряженность.

Введение. Практическая ликвидация малярии в Таджикистане в 1960г. и удерживаемое благополучие по ней в последующие 30 лет благодаря проводимыми санитарно-эпидемиологическими и лечебно-профилактическими мероприятиями сохранялась до 90-х годов прошлого столетия [1,2].

Однако, политическая нестабильность в Таджикистане, после развала СССР, гражданская война, миграция населения в соседний Афганистан и ее последствия, создали предпосылки для возникновения постликвидационной эпидемии малярии. Так если в 1991г. заболеваемость малярией составляла 4,3 на 100000 населения, то в 1997г. она составляла уже 522,7 на 100000 населения [3].

Высокий уровень заболеваемости населения малярией в республике создало значительную медицинскую, социальную и экономическую напряженность. Проблема малярии стала актуальной не только для здравоохранения, но и для других секторов народного хозяйства, что побудило Правительство Республики Таджикистан принять ряд Национальных программ по борьбе и профилактике малярии, которые поддерживались финансовой и технической помощью правительствами Японии, Италии, Норвегии, гуманитарным отделом Европейского союза (ЭКО), ВОЗ, ФАО, международными неправительственными организациями АКТЕД, МЕРЛИН, ЮСАИД. Выполнение вышеназванных Программ с межсекторальным проведением противомаларийных мероприятий позволило достигнуть снижения заболеваемости малярией к 2006г до 80%.

Следует отметить, что по мере устойчивого

развития экономического потенциала республики, гуманитарная финансово-техническая помощь начала уменьшаться, в связи, с чем мероприятия по борьбе и профилактике малярии необходимо проводить при строго очерченных материальных затратах.

Оптимизация проведения противомаларийных мероприятий требует оценки эффективности проводимых санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических мероприятий, что и определило выбор темы работы.

Цель работы. Социально-гигиеническая оценка значимости малярии в Таджикистане.

Материалы и методы исследований. Медицинская документация центров по борьбе с тропическими инфекциями, программы, проекты, отчеты международных неправительственных организаций, сметы расходов, социально-гигиенические, эпидемиологические и статистические.

Результаты и их обсуждение. Ситуация по малярии в Таджикистане, после ее ликвидации в 1960г., всегда была напряженной, что связано со значительной протяженностью границы с государством Афганистан (более 1000км.), наличием в афганских населенных пунктах постоянных очагов малярии и трансграничным перелетом комаров. До 1990 года заболеваемость населения малярией в республике составляла от 1,8 до 3,6 на 100000 населения, причем больные в основном выявлялись в населенных пунктах приграничья. В комплексе проведения противомаларийных мероприятий в тот период упор делался на проведение эпидемиологического надзора и лечебно-профилактических мероприятий.

Маляриогенная обстановка в Таджикистане начала ухудшаться с 1992г., что связано было с гражданской войной, проходившей в течение почти 2-х лет. Боевые действия вызвали серьезные социально-экономические потрясения по всей стране, которые привели к нарушению ритма работы системы здравоохранения и прекращению проведения противомаларийных мероприятий. Десятки тысяч людей остались без крова и средств к существованию и в связи с угрозой жизни были вынуждены бежать в соседний Афганистан.

Правительство республики и вооруженная оппозиция неоднократно договаривались о прекращении огня, которые постоянно нарушались и только в 1995г. после подписания международных мирных инициатив, поддержанных Россией, Ираном, Афганистаном и ООН, в Таджикистане воцарился мир. Значительное число беженцев, среди которых было много больных малярией и паразитоносителей, начало возвращаться в родные места, что привело к массовому заносу малярии практически по всей территории страны.

Возврат малярии в республику быстро перерос в эпидемию, охватившую всю страну, пик которой пришелся на 1997г. Эпидемия малярии началась в 1993г, заболеваемость составила 10,6 на 100000 населения, однако уже в 1994г. она выросла в 4 раза, в 1997г. заболеваемость малярией составила 513,6 на 100000 населения. В последующие годы после получения финансовой и технической помощи от ряда правительств и международных неправительственных организаций, перечисленных выше, для проведения противомаларийных мероприятий, заболеваемость населения республики малярией стала снижаться. В 1998г. ее показатель на 100000 населения составил уже 333,4; в 1999г. – 224,6 и к 2007г. уже – 9,1.

Необходимо отметить, что резкое снижение регистрации случаев малярии отмечено в Хатлонской области – к 2007г. на 90%, в остальных регионах республики, в частности в РРП, Согдийской области, ГБАО и г. Душанбе на 50-60%. Это связано с тем, что основная доля заболеваемости малярией приходится на Хатлонскую область – 76,6%; на РРП – 16,1%; на Согдийскую область – 2,4%; на г. Душанбе – 2,76% и на ГБАО – 2,1%.

Однако, несмотря на резкое снижение числа зарегистрированных случаев малярии, маляриогенная ситуация в республике остается очень напряженной, что связано с дальнейшим распространением малярии по всей территории республики и возобновлением местной передачи и роста числа случаев тропической малярии. В 1994г. было зарегистрировано 14 случаев тропической малярии, в 1999г. уже – 335 случаев и максимум 831 случаев тропической малярии – в 2000г., в последующие годы заболеваемость тропической малярией стала снижаться в 2005г. зарегистрировано 81 случаев и в 2007г. – 7.

Большое влияние на проведение противомаларийных мероприятий оказывает социально-экономическое положение республики. Таджикистан в данном аспекте является одним из наиболее бедным государством постсоветского пространства. В 2002г. его ВВП на душу населения был самым низким среди стран СНГ, в 5 раз меньше, чем в России, в 3 раза меньше, чем на Украине. Объяснений этому несколько, еще в бытность СССР, Таджикистан был самой бедной республикой. На конец 80-х годов доля бедного населения в нем составляла 58,6%, много больше, чем в Узбекистане (44,7%), Кыргызстане (37,1%), в Туркменистане (36,6%). К тому же, в начале 90-х годов Таджикистан перенес тяжелейшую гражданскую войну, подорвавшие его людские и экономические ресурсы.

В свете изложенного, республика не могла себе позволить достаточное финансирование для проведения полного комплекса противомаларийных мероприятий.

Выводы. Таким образом, можно отметить, что большую роль в борьбе с эпидемией малярии в стране сыграла финансовая, техническая и научно-практическая помощь и поддержка со стороны международных организаций и правительств ряда стран. по проведению в течение последних лет комплекса противомаларийных мероприятий, включающий в себя лечебно-профилактические мероприятия, внутридомовые обработки инсектицидами остаточного действия, противочиночное гамбузирование водоемов, профилактическое лечение населения примахином и хлорохином, подготовку кадров, санитарно-просветительную работу и предоставление населению накомарников, которые

позволили существенно снизить заболеваемость малярией в республике.

В настоящее время, в условиях ограниченного бюджета республики, необходимо определение приоритетности проведения отдельных противомаларийных мероприятий, в связи, с чем нами планируются проведение экспериментальных исследований их эффективности в пилотных районах, результаты которых мы приведем в следующем сообщении.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Алиев С.П. Эпидемия малярии в Таджикистане, разработка научно обоснованных мер борьбы и профилактики: Автореф. дис. канд. мед. наук – Душанбе, 2005. - С. 22.
2. Ежов М., Алиев С.П., Шомгунова Г.Ш., Шопиева Н.С., Усенбоев Н., Амальгелдиев К. Ситуация по малярии в странах Центральноазиатского региона, столкнувшаяся с возвратом малярии. // Бюллетень региональной программы ВОЗ/ЕРБ. – Копенгаген. – 1998. – С. 12.
3. Лысенко А.Я. Маляриология – второе издание / А.Я. Лысенко, А.В. Кондрашин, М.Н. Ежов //ВОЗ/ЕРБ. Копенгаген, 2003. – С. 510.

МИАСТЕНИЯ: ЧАСТЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ

Усенова Н.Ш., Киндербаева Н.К., Ахметов А.Б.

Кыргызская государственная медицинская академия, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приводится клинический случай наблюдения за больной с диагнозом: Миастения, генерализованная форма с нарушением глотания в стадии декомпенсации, поставленный спустя 2 года от дебюта заболевания и имевший прогрессирующий характер в течение этих двух лет из-за несвоевременной диагностики и неправильного лечения, связанного с назначением определенных препаратов, которые противопоказаны при данной болезни.

Ключевые слова: миастения, декомпенсация, неправильное лечение, противопоказание.

MIASTENIYA: FREQUENT DIAGNOSTIC MISTAKES

Usenova N. Sh., Kinderbaeva N.K., Ahmetov A.B.

Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. «The clinical case of looking after the sick-woman with the diagnosis: Miasteniya, the general form with disturbances -of swallowing in stage of decompensation is reported. The disease has been in stage of progress, because a wrong diagnosis was-two years ago consequently has been treated wrong for two years with medical preparations which were contra-indicated in the given disease treatment.

Key words: miasteniya, decompensation, wrong treatment, contra-indication.

Миастения - тяжелое нервно-мышечное заболевание с прогрессирующим течением, главной клинической чертой которого является патологическая утомляемость мышц, приводящая к парезам и параличам, а также к таким неотложным состояниям, как остановка дыхания и сердечнососудистой деятельности. Актуальность данной проблемы определяется тем, что до конца 60-х годов 30% пациентов с генерализованной формой умирали, из них 75% от миастенического криза.

Хотя миастения редкое заболевание, которое диагностируется с частотой 0,4 на 100000 населения, распространенность его колеблется от 0,5 до 12 на 100000 и выше. В последнее десятилетие намечается отчетливая тенденция к росту заболеваемости во всех возрастных группах. [3].

Среди клинических форм превалирует генерализованная, на долю, которой приходится 77,1%, глазная форма составляет 11%, глоточно-лицевая встречается в 7,7%, на остальные же формы приходится 4,5%. Данное заболевание чаще встречается у женщин (2:1). Следует отметить, что миастенией преимущественно страдают люди молодого возраста (21-40 лет). При этом значительная часть больных утрачивает трудоспособность, из них одна треть становятся инвалидами I группы [2].

Среди большого числа аутоиммунных болезней миастения занимает особое место. Механизмы ее развития связаны с патологическими изменениями в тимусе, которые встречаются у 60 % больных в виде тимом и гиперплазии. Генерализованная форма наиболее часто сочетается с тимоматами в 9-16 % [1], что определяет более злокачественное течение заболевания. Аутоантитела вырабатываются в вилочковой железе (или других органах иммунной системы), связываются с белком ацетилхолиновых рецепторов, вызывая постепенное разрушение мембраны. Вследствие этого, расширяется синаптическая щель, что приводит к снижению проведения импульса (частичный или полный блок нейромусcularной передачи), так как ацетилхолин поступает, но не связывается или связывается с малым количеством рецепторов.

Диагностика миастении чрезвычайно сложна. Так при первичной обращаемости в медицинские учреждения миастения диагностируется лишь в 29,9% случаев. При этом процент диагностических ошибок превышает 50 %, а при хронических формах достигает почти 100 % [4]. Диагноз «миастения», как правило, ставится с большим опозданием: по данным разных авторов [1] от начала заболевания до постановки правильного диагноза проходит от 1 года до 15

лет. И это несмотря на простоту клинических проявлений данного заболевания и общедоступность диагностических тестов, подтверждающих этот диагноз. Причиной этого является, вероятно, относительная редкость данной болезни. Под маской миастении протекают многочисленные неврологические феномены, обусловленные поражением самых различных структур периферического нейромоторного аппарата центральной нервной системы, патологией обмена веществ и желез внутренней секреции. Важным прогностическим моментом является наиболее раннее выявление синдрома патологической мышечной слабости и назначение патогенетической терапии, способствующей нормализации нервно-мышечной передачи, что даст возможность больным миастенией сохранять работоспособность длительное время. В связи с этим хотелось бы продемонстрировать следующий клинический случай с неправильной диагностикой и лечением, имевшим место в нашей практике.

Больная Г., 1949 г. рождения находилась на стационарном лечении с 09.10.09 по 26.10.09г. в отделении неврологии I НГМЗКР с клиническим диагнозом: Миастения, генерализованная форма с нарушением глотания в стадии декомпенсации. Первичный послеоперационный гипотиреоз.

Жалобы: затруднение глотания, выраженная слабость в мышцах верхних и нижних конечностей, слабость жевательных мышц, мышц шеи, которые усиливаются при физической нагрузке, опущение правого века, периодически двоение предметов при взгляде вверх и вдаль.

Анамнез: болен около 2 лет, заболевание развилось со слабости в руках и ногах, быстрой утомляемости, появлением общей слабости, данное ухудшение развилось 3 недели назад в виде присоединения глазодвигательных расстройств, по поводу чего получала стационарное лечение по месту жительства в амбулаторном и стационарном порядке. За истекший период до поступления в клинику нервных болезней Национального госпиталя, больной выставлялись с учетом различных жалоб следующие диагнозы: - в дебюте заболевания в 2007 году врачами поликлиники с места жительства был выставлен диагноз: Тревожно-фобическое расстройство в связи с фактом повышения артериального давления, врачами терапевтами стационара по месту жи-

тельства, спустя год болезни, был выставлен диагноз: Дисциркуляторная энцефалопатия. В сентябре 2009 года в связи с нарастанием слабости в мышцах, появлением диплопии, дисфагии, при отсутствии органической патологии на компьютерной томографии головного мозга больной был выставлен третий ошибочный диагноз: Ишемический инсульт.

В первые годы болезни больной с учетом эмоциональных расстройств, тревоги были назначены антидепрессанты, такие как депресс по 25 мг в сутки, которые усиливали мышечную слабость, из-за неэффективности проводимой терапии и ухудшения состояния в виде развития миастенического криза с присоединением нарушения дыхания и глотания, диплопией, нарастанием пареза в конечностях больной была назначена сосудорасширяющая терапия: магния сульфат внутривенно, после чего больной стало резко хуже и данный препарат в последующем был отменен. Спустя 2 недели больная из-за тяжести состояния была направлена центром семейной медицины с места жительства в отделение неврологии Национального госпиталя.

Невростатус: больная самостоятельно не ходит из-за слабости. Птоз справа, зрачки $d=s$, фотореакции живые. Парез круговых мышц глаз. Глотание затруднено. Язык по средней линии. Мышечный тонус не изменен. У больной наблюдается декомпенсация состояния в виде невозможности выполнения нагрузочных тестов на истощаемость с нижних конечностей. Больная не может присесть 10 раз. Сжимание кисти в кулак 10 раз, приводит к нарастанию офтальмопареза, появлению диплопии при взгляде вверх и при конвергенции, истощаемости круговых мышц. Сухожильные рефлексы с верхних и нижних конечностей, живые $S=D$. Менингеальных знаков нет. В позе Ромберга не устойчива из-за слабости в ногах. Координаторные пробы не выполняет из-за слабости в конечностях. Чувствительных расстройств не выявлено. Прозериновый тест резко положительный.

Спустя 2 года был выставлен диагноз: Миастения. В связи с декомпенсацией больной помимо антихолинэстеразных препаратов, была назначена глюкокортикоидная терапия, с высоким содержанием магния до 2,5 мг, после чего у больной стала отмечаться отрицательная динамика в виде сохранения слабости в мышцах вер-

хних и нижних конечностей, диплопии, дисфагии. В связи с чем были отменены глюкокортикоиды с высоким содержанием магния, и заменены на глюкокортикоиды с низким содержанием магния до 0,15 впоследствии у больной наступило клиническое улучшение.

Таким образом, в описанном клиническом примере показано, что после установления точного диагноза у больной от дебюта заболевания спустя 2 года и отмены препаратов магния, антидепрессантов, назначения антихолинэстеразных препаратов, у пациентки наблюдалось улучшение состояния в виде регресса дыхательных, бульбарных расстройств, и нарастания мышечной силы в конечностях до 5 баллов.

В связи с этим хотелось бы, чтобы врачи клиницисты различного профиля были осведомлены об особенностях клинического течения миастении и о методах диагностики, терапии данного заболевания с учетом того факта, что данная болезнь является сама по себе противопоказанием к назначению следующих препаратов:

1. Препараты магния (магnezия, панангин, аспаркам); 2. Миорелаксанты; 3. Нейролептики, транквилизаторы, ГОМК; 4. Мочегонные; 5. Антибиотики (аминогликозиды: стрептомицин, неомицин, гентамицин, канамицин, мономицин., фторхинолоны: энноксаин, норфлоксацин, ципрофлоксацин, офлоксацин, флероксацин., а тетрациклин под наблюдением врача); 6. Фторсодержащие кортикостероиды (дексаметазон, дексазон); 7. Производные хинина; 8. D-пеницилламин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузин М.И., Гехт Б.М. «Миастения». Москва, 1996.
2. Косачев В.Д. 2007. Санкт-Петербург; автореферат диссертации на соискание ученой степени д.м.н. «Оптимизация диагностики и лечения миастении»
3. Котов С.В. и др., 2006; Jacobson D et al, 1997; De Baets M. Stassen M.H. 2002.
4. Пономарева Е.Н.. 2004 год; Минск «Миастения»

КРИТЕРИИ ПРОГНОЗА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ВНУТРИМОЗГОВЫМИ КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ.

К.Б. Ырысов, А.А. Джамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии. г.Бишкек, Кыргызская Республика.

На основе ретроспективного анализа 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы исходов Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение балльной оценки по ICH шкалы прямо коррелировало с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

PROGNOSTIC CRITERIAS IN PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE.

Keneshbek Yrysov, Anara Djamghyrchieva, Bakytbek Turganbaev.

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

On the basis of retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score was correlating with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points necessary urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease.

Key words: intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

БАШ МЭЭНИН ГИПЕРТЕНЗИВДИК КАН КУЮЛУУСУНУН ПРОГНОСТИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРИ.

К.Б. Ырысов, А.А. Жамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Гипертензивдик мээге кан куюлуусу менен жабыркаган 249 бейтапты даарылоонун негизинде жана Глазго акыбет шкаласынын жардамы менен прогнозду аныктоодогу ICH шкаласынын баалуулугу изилденген. Салыштыруу аркылуу ICH шкаласындагы баллдын жогорулашы ооруунун к'чөөс? менен т'з корреляцияда экендиги аныкталган. Ошондой эле даарылоонун хирургиялык жана консервативдик жолдорунун жыйынтыктары салыштырылып көрсөт'лгөн. ICH шкаласынын негизинде 0 баллдагы бейтаптар консервативдик жол менен, ал эми ICH шкаласы боюнча 1 же 2 баллдагы бейтаптар оперативдик инсульт-гематомасын алып салуу аркылуу даарылануу зарылдыгы далилденген.

Ачкыч сөздөр: мээге кан куюлуу, хирургия, консервативдик даарылоо, прогноз.

Введение. Гипертензивное внутримозговое кровоизлияние (ГВМК) составляет 4-14% всех инсультов и сопровождается высокой летальностью [1-20]. После перенесенного ГВМК у 32-50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20 % больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются и возвращаются к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических, прогностически неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смещение срединных структур по данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему головного мозга [6,7]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [8]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-20]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

Целью данного исследования явилось изучение доступных прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к хирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении за период с 2003 по 2008гг. с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

По данным анализа историй болезней, только в 249 случаях имело место возможность полной оценки ИСН шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных -3-4 балла. Для вычисления

объема гематомы использована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Результаты. Средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8 см. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30 см. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцеребральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ИСН 0 баллов - 4 (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арндту через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0 см. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основывался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей. Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ИСН 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ИСН 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арндту. А в группе больных с ИСН 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ИСН 3 балла, 14 (82,3%) больным про-

изведено оперативное удаление инсульт-гематом разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Аренту, в группе больных с ИСН 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ИСН 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ИСН 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Аренту. В данном случае исход оказался летальным.

В исследуемой популяции больных с ИСН 6 баллов не отмечалось. В случаях с ИСН 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

Выводы: ИСН шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ИСН шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случай окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ИСН 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ИСН 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2000. - 30с.
2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы нейрохирургии, 2000. - №4. - С. 3-7.

3. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века. - Бишкек, 2002. - С. 729-739.

4. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. - Бишкек, 2002. - С.97.

5. Мамытов М.М. Лечение артериальных аневризм головного мозга прямыми доступами // Журнал Здравоохранение Кыргызстана, 2004. - №1. - С. 13-18.

6. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX -XXI века. - Бишкек, 2000. - С. 99-101.

7. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России. - М., 2006. - С.271-272.

8. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2005. - №6. - С. 53-59.

9. Agmazov M.K., Bersnev V.P., Arzikulov T.N. Minimally invasive surgery of patients with hypertensive intracerebral bleedings. // Vestn Khir Im I I Grek., 2009. - Vol. 168 (2). - P. 78-82.

10. Al-Shahi Salman R., Labovitz D.L., Stapf C. Spontaneous intracerebral haemorrhage. // BMJ., 2009. - Vol. 24;339. - P. 2586.

11. Deck M., Yrysov K. Magnetic Resonance Angiography in Neurosurgery // Журнал Наука и новые технологии. - Бишкек, 2001. - №3. - С.50-51.

12. Ducruet A.F., Zacharia B.E., Connolly E. S Jr. The complement cascade as a therapeutic target in intracerebral hemorrhage. // Exp Neurol., 2009. - Vol. 219(2). - P. 398-403.

13. Gьresir E., Raabe A., Beck J. Decompressive hemicraniectomy in subarachnoid haemorrhage: the influence of infarction, haemorrhage and brain swelling. // J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2009. - Vol. 80(7). - P. 799-801.

14. Figueiredo E.G., de Amorim R.L., Teixeira M.J. Remote cerebellar hemorrhage (zebra sign) in vascular neurosurgery: pathophysiological insights. // Neurol Med Chir (Tokyo), 2009. - Vol. 49(6). - P. 229-33.

15. Katoh M., Otsuki M., Aida T. A case of subarachnoid hemorrhage presenting with supplementary motor aphasia as an initial symptom. // No Shinkei Geka, 2009. Vol. 37(7). - P. 693-6.

16. Mamytov M.M. Modern problems of the neurosurgery // in book: Selected works (to the 50 anniversary of the NAS KR). - Bishkek, 2004. - P. 239-244.

17. Petrikov S.S., Titova Iu.V., Krylov V.V. Intracranial pressure, cerebral perfusion and metabolism in acute period of intracranial hemorrhage. // Zh Vopr Neurokhir Im N N Burdenko, 2009. - Vol. 1. - P. 11-7.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТЕНЗИВНЫМ ВНУТРИМОЗГОВЫМ КРОВОИЗЛИЯНИЕМ.

К.Б. Ырысов, А.А. Джамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И. К. Ахунбаева, кафедра нейрохирургии. г.Бишкек, Кыргызская Республика.

На основе ретроспективного анализа 249 случаев гипертензивных внутримозговых кровоизлияний изучена достоверность ICH шкалы при прогнозировании исхода заболевания с помощью шкалы Ком Глазго. Сравнительный анализ полученных данных показал, что увеличение балльной оценки по ICH шкалы прямо коррелировал с ухудшением исхода заболевания. Также проведен сравнительный анализ результатов хирургических и консервативных методов лечения в данной популяции больных. Полученные данные показали, что больных 0 баллов по оценке ICH шкалы следует лечить консервативным методом, больным с ICH 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания.

Ключевые слова: внутримозговое кровоизлияние, хирургия, консервативное лечение, прогноз.

THE VALUE OF PROGNOSIS CRITERIAS IN TREATMENT OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE.

Keneshbek Yrysov, Anara Djamghyrcieva, Bakytbek Turganbaev.

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

On the basis of retrospective analysis of 249 cases with hypertensive intracerebral hemorrhage, trustworthiness of ICH Score in the prognosis of disease outcome was tested using Glasgow Outcome Scale. Comparative analysis of data showed that increasing marks by ICH Score was correlating with worsening of disease outcome. Also comparative analysis of results of the surgery and conservative treatment methods is conducted. The data showed that patients with 0 point marked by ICH Score should be treated using conservative method, for patients with ICH 1 and 2 points necessary urgent surgery for extracting intracerebral hemorrhage in the early period of the disease.

Key words: intracerebral hemorrhage, surgery, conservative treatment, prognosis.

БАШ МЭЭНИН ГИПЕРТЕНЗИВДИК КАН КУЮЛУУСУН ДАРЫЛООДОГУ ПРОГНОСТИКАЛЫК БЕЛГИЛЕРДИН МААНИСИ.

К.Б. Ырысов, А.А. Жамгырчиева, Б.Ж. Турганбаев.

И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы, нейрохирургия кафедрасы. Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Гипертензивдик мээ кан куюлуусу менен жабыркаган 249 бейтапты даарылоонун негизинде жана Глазго акыбет шкаласынын жардамы менен прогнозду аныктоодогу ICH шкаласынын баалуулугу изилденген. Салыштыруу аркылуу ICH шкаласындагы баллдын жогорулашы ооруунун күчөөсү менен түз корреляцияда экендиги аныкталган. Ошондой эле даарылоонун хирургиялык жана консервативдик жолдорунун жыйынтыктары салыштырылып көрсөтүлгөн. ICH шкаласынын негизинде 0 баллдагы бейтаптар консервативдик жол менен, ал эми ICH шкаласы боюнча 1 же 2 баллдагы бейтаптар оперативдик инсульт-гематомасын алып салуу аркылуу даарылануу зарылдыгы далилденген.

Ачкыч сөздөр: мээге кан куюлуу, хирургия, консервативдик даарылоо, прогноз.

Введение. Гипертензивное внутримозговое кровоизлияние (ГВМК) составляет 4-14% всех инсультов и сопровождается высокой летальностью [1-11]. После перенесенного ГВМК у 32-50% больных отмечается летальный исход в течение первого месяца. Только 20% больных после шести месяцев от начала заболевания излечиваются и возвращаются к прежнему образу жизни [4,5]. Имеются несколько клинических и рентгенологических, прогностически неблагоприятных факторов ГВМК. К ним относятся: возраст больного, уровень сознания, артериальная гипертензия, объем и локализация гематомы, объем перифокального отека, смещение срединных структур по данным первичной компьютерной томографии (КТ) и прорыв крови в желудочковую систему головного мозга [4,5]. Однако исследования по определению прогностически значимых факторов исходов при ГВМК встречаются в литературе редко [4]. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ишемического инсульта и субарахноидального кровоизлияния, выбор терапии при ГВМК остается спорным. Изучение результатов хирургического и консервативного методов лечения ГВМК не показало четких преимуществ того или иного метода [3, 6-8]. Не решенным остается вопрос своевременного определения показаний к оперативному удалению инсульт-гематомы.

Целью настоящего исследования явилось изучение доступных клиницисту прогностических факторов для определения тактики лечения и показаний к хирургическому вмешательству у больных с ГВМК.

Материалы и методы. Исследование основано на ретроспективном анализе исхода заболевания у больных с ГВМК, находившихся на лечении в период с 2003г. по 2008г., с помощью шкалы исходов Глазго (ШИГ).

По данным анализа историй, только в 249 случаях имела место возможность полной оценки ИСН шкалы. В изучаемой группе больных мужчин было 150, женщин - 99. Возраст больных колебался от 15 до 84 лет (средний возраст - 59,6 лет). Больные возрастом старше 80 лет - 9 (3,6%). По данным неврологического осмотра при поступлении больных, произведена оценка угнетения уровня сознания по шкале ком Глазго (ШКГ): 3-4 баллов - у 98 (39,3%) больных, 5-12 баллов - у 111 (44,6%) и только у 40 (16,1%) больных - 3-4 балла. Для вычисления объема гематомы исполь-

зована специальная программа - VOI measurement на компьютерном томографе по данным первичного КТ исследования головного мозга. Область локализации инсульт-гематомы, а также наличие прорыва крови в желудочки мозга также определены по данным первичного КТ исследования головного мозга.

Средний объем инсульт-гематомы в популяции больных составлял 31,8 см³. У 84 (33,8%) больных объем гематомы оказался больше 30 см³. В 89 (35,7%) случаях имел место прорыв крови в желудочки мозга. В 17 (6,9%) случаях гематома локализовалась субтенториально. 63 (25,3%) больным произведены оперативные вмешательства: в 50 случаях удаление инсульт-гематомы традиционным трансцеребральным методом и в 7 случаях дренирование желудочковой системы головного мозга. Общая летальность составляла 17,8%.

В группе больных с ИСН 0 баллов - 4 (80,0%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации и 1 (20,0%) больному установлен длительный наружный дренаж по Арндту через передний рог правого бокового желудочка, в связи с имеющейся окклюзионной гидроцефалией. Во всех случаях объем инсульт-гематомы, по данным КТ исследования, оказался менее 30,0 см³. При этом следует отметить, что отбор больных для проведения оперативного вмешательства не основался на определенных стандартах, а определялся по индивидуальным показаниям, с учетом объективных и субъективных показателей.

Сравнительный анализ результатов показал, что исход заболевания при консервативном лечении у больных с ИСН 0 баллов значительно благоприятнее, чем после хирургического вмешательства.

В группе больных с ИСН 1 балл, 16 (88,8%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы и 2 (11,2%) больным наружное дренирование по Арндту. А в группе больных с ИСН 2 балл 16 (100%) больным произведено оперативное удаление инсульт-гематомы разной локализации. В результате сравнительного анализа результатов выяснено, что после оперативного удаления инсульт-гематомы благоприятный исход превалировал в отношении исхода у больных, пролеченных консервативно. В группе больных с ИСН 3 балла, 14 (82,3%) больным произведено опера-

тивное удаление инсульт-гематом разной локализации и 3 (17,7%) больным установлен длительный наружный дренаж по Арэндту. В группе больных с ИСН 3 балл, исход заболевания оказался неблагоприятным и при консервативном лечении, и после удаления инсульт-гематомы.

Больные в группе с ИСН 4 балл, пролечены только консервативным методом, в связи с чем, провести сравнительный анализ результатов лечения консервативных и оперативных методов не удалось.

В популяции больных с ГВМК встретился только 1 больной с ИСН 5 баллов, которому проведено наружное дренирование боковых желудочков через передние рога по Арэндту. В данном случае исход оказался летальным. В исследуемой популяции больные с ИСН 6 баллов не отмечались. В случаях с ИСН 5 и 6 баллов провести оценку результатов лечения не представлялось возможным, из-за недостаточного количества больных в исследуемых группах.

ИСН шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ИСН шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ИСН 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ИСН 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом. (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

Выводы: ИСН шкала действительно является простой, доступной для практикующего врача и достоверной при прогнозе исхода заболевания и лечения ГВМК.

Больных с 0 баллов по оценке ИСН шкалы следует лечить консервативным методом. Исключением является случаи окклюзионной гидроцефалии, при которых необходимо дренирование желудочковой системы головного мозга.

У больных ИСН 1 и 2 баллами необходимо решить вопрос об экстренном оперативном удалении инсульт-гематомы в раннем периоде заболевания, не допуская ухудшения общего и неврологического статуса больного.

Больным с ИСН 3 балла, следует рассмотреть эффективность применения новых малоинвазивных оперативных методов удаления инсульт-гематом (КТ или УЗД навигационное дренирование гематомы с локальным фибринолизом, нейроэндоскопическое удаление гематомы и т.д.).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Крылов В.В. Опыт хирургического лечения инсультов в крупном промышленном городе. - Москва, 2000. - 30с.

2. Лебедев В.В., Быковников Л.Д. Принципы неотложной хирургии // Вопросы нейрохирургии, 2000. - №4. - С. 3-7.

3. Мамытов М.М. Значение церебральной ангиографии в диагностике и выборе метода лечения больных с патологией сосудов головного мозга // В сб. Хирургия рубежа XX -XXI века. - Бишкек, 2000. - С. 99-101.

4. Мамытов М.М. Некоторые показатели нейрохирургической деятельности в Кыргызской Республике за 1999 год // В сб. Хирургия рубежа XX-XXI века.- Бишкек, 2002. - С. 729-739.

5. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т. Хирургическое лечение артерио-венозных мальформаций головного мозга // Материалы V съезда нейрохирургов России.- М., 2006. - С.271-272.

6. Мамытов М.М., Мендибаев К.Т., Оморов Т.М. Нейрохирургические проблемы мозговых инсультов. - Бишкек, 2002. - С.97.

7. Парфенов В.А. XIV Европейская конференция по инсульту // Неврологический журнал, 2005. - №6. - С. 53-59.

1. Zhang H., Ju Z., Zhang Y. Admission blood pressure indexes and risk of in-hospital death and dependency among acute hemorrhagic stroke patients, Inner Mongolia, China. // Clin Invest Med., 2009. - Vol. 32(5). - E307-13.

2. Lim J.B., Kim E. Silent microbleeds and old hematomas in spontaneous cerebral hemorrhages. // J Korean Neurosurg Soc., 2009. - Vol. 46(1). - P. 38-44.

3. Marcus H., Jalloh I., Martin P. An unusual case of haemorrhagic stroke. // BMJ, 2009. - Vol. 26. - P. 3204.

4. Paciaroni M., Bogousslavsky J. How did stroke become of interest to neurologists: a slow 19th century saga. // Neurology, 2009. - Vol. 73(9). - P. 724-8.

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Турдумаматов У., Усубалиев К., Токтосунова Д., Усубалиев Н.
КГМА им. И.К. Ахунбаева, НИИХС и ТО, КРСУ г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. С целью экспертной оценки медикаментозной терапии в предоперационном периоде обследовано 49 больных с сердечной недостаточностью (СН) обусловленной приобретенными пороками сердца ревматической этиологии. В зависимости от степени тяжести СН больные были разделены на 2 группы. Первую группу составили 31 больных с СН 2Б и 3 стадий. Во вторую группу вошли 18 больных с СН 2А стадии. Анализ и экспертная оценка медикаментозных назначений проводилось с использованием клинико-фармакологической карты. Назначенные лекарственные средства (ЛС) из Списка Основных Лекарственных средств КР (СОЛС) составили 49,6% и 52,9%, а ЛС, назначенные под международным непатентованным наименованием (МНН) составляют 52,4% и 41% соответственно в 1 и 2 группах. Основные ЛС при лечении СН используются нерационально. Часто используются ЛС с недоказанной эффективностью (44%). Антиагрегантные и антикоагулянтные средства следует отнести к основным ЛС при лечении СН с мерцательной аритмией.

Ключевые слова: клиническая фармакология, лечение сердечной недостаточности, фармакотерапия кардиохирургических больных, основные лекарственные средства.

Корутунду: Эксперттик баалоо максатында ревматизмдин кесепетинен пайда болгон жүрөк алсыздыгынын фармакотерапиясы изилденген. 49 кардиохирургиялык оорулуга колдонулган дарылар бааланды. Жүрөк алсыздыгынын деңгээлине жараша оорулулар 2 топко бөлүнгөн. Биринчи топту IIБ жана III стадиядагы жүрөк алсыздыгы бар 31, ал эми экинчи топко жүрөк алсыздыгынын IIА стадиядагы 18 оорулулар түзүштү. Колдонулган дарыларды анализдөө жана эксперттик баалоо клиникалык-фармакологиялык көрсөтмө менен жүргүзүлдү. Колдонулган дарылардын 49,6% жана 52,9% ти (1- жана 2-топто) Кыргыз Республикасынын негизги дарыларынын тизмесинен алынган. Ошондой эле 52,4% жана 41% дарылар генерикалык аттар менен колдонулган. Жүрөк алсыздыгында колдонуучу негизги дарылар рационалдуу колдонулган эмес. Көбүнчө (44%) пайдасы такталбаган дарылар колдонулган. Антиагреганттык жана антикоагулянттык дарылары толтунуу фибрилляциясында колдонулуучу негизги дарылардын тизмесине киргизүү абзел.

Негизги создор: клиникалык фармакология, жүрөктүн алсыздыгын дарылоо, кардиохирургиялык оорулардын фармакотерапиясы, негизги дарылар.

The resume. For the purpose of an expert estimation of pharmacotherapy in the preoperative period 49 patients with cardiac failure (CF) the rheumatic etiology. In dependence of severity level CF patients have been divided into 2 groups. The first group was made by 31 patients with CF IIБ and III stages. In the second group have made 18 patients with CF IIА stages. The analysis and an expert estimation of pharmacotherapy appointments it was spent by means of a clinic-pharmacological card. The appointed drugs from Kyrgyz National Formulary have made 49,6 % and 52.9 % and drugs, appointed under generic names make 52,4 % and 41 % accordingly in I and II groups. Basic drugs at treatment CF are used irrationally. Are often used drugs by not proved efficiency (44 %). Anticoagulants and antiagregants means it is necessary to carry to Basic drugs at treatment CF with atria fibrillation.

Keywords: clinical pharmacology, treatment of cardiac failure, pharmacotherapy of cardio surgical patients, the basic medical products

Введение. Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) остается наиболее частой причиной приобретенных пороков сердца. Протезирование митрального клапана и комиссуротомия являются основными методами хирургического лечения данной патологии. Большинство больных обращаются за кардиохирургической помощью с выраженной степенью сердечной недостаточности (СН IIБ и III степени, по классификации Стражеско - Василенко) и с различными осложнениями, такими как тромбообразование в полостях сердца, мерцательная аритмия и др.

Целью предоперационной подготовки таких больных является достижение состояния субкомпенсации сердечной деятельности с помощью медикаментозной терапии. При этом повышается возможность и успех оперативного лечения. Следовательно, оценка качества пред- и послеоперационной медикаментозной терапии имеет важное практическое значение.

В настоящее время нет исследований касающихся вопросов клинической фармакологии предоперационного ведения больных, а именно ле-

чения сердечной недостаточности у больных с приобретенными пороками сердца.

Целью настоящего исследования является экспертная оценка медикаментозной терапии кардиохирургических больных в предоперационном периоде.

Материалы и методы исследования

Проведено изучение медикаментозных назначений и результатов лечения у 49 больных, находившихся на стационарном лечении в отделении приобретенных пороков сердца НИИ хирургии сердца в ноябре 2009 года.

Возраст больных: от 19 до 60 лет, в том числе мужчины составляли 21 человек, женщины 28 человек. Они все страдали приобретенными пороками сердца ревматической этиологии (ХРБС, недостаточность митрального клапана, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия, стеноз устья аорты и недостаточность аортального клапана) и имели хроническую сердечную недостаточность IIА, IIБ и III стадии.

По степени тяжести сердечной недостаточности больные разделены на 2 группы.

Таблица 1

Контингент обследованных: больные с ХРБС с различной степенью сердечной недостаточности.

Группы	Средний возраст	СН	МА		СА	Асцит	Гидро Торакс
			Тахисист форма	Нормосист Форма			
I гр. N=31	47,6	II Б, III	16	8	21	5	4
II Гр N=18	44,8	II А	-	7	-	-	-

Примечание: СН - сердечная недостаточность; МА - мерцательная аритмия; СА - сердечная астма.

Как видно из таблицы, первую группу составили больные, у которых были более выраженные проявления сердечной недостаточности и осложнения ревматической болезни сердца. В данную группу включен 31 больной с СН IIБ и III стадии. Ряд больных страдали осложнениями пороков сердца, такими как: мерцательная аритмия тахисистолическая форма, сердечная астма, асцит, гидроторакс. Средний возраст больных составлял 47,6 лет.

Во вторую группу входили больные ХРБС с

умеренной степенью сердечной недостаточности. Данную группу составили, 18 больных с СН II А. У 7 больных была, нормосистолическая форма мерцательной аритмии. У них средний возраст составлял - 44,8 лет.

Анализ и экспертная оценка медикаментозных назначений проводились с помощью клинко-фармакологической карты, разработанной на кафедре базисной и клинической фармакологии КГМА им. И.К. Ахунбаева. Проводился анализ следующих показателей на-

значений лекарственных средств:

1. Среднее число назначенных препаратов
2. Препараты, назначенные под Международным Непатентованным Наименованием (МНН).
3. Лекарственные средства (ЛС) назначенные парентерально (в/в, в/м, п/к).

4. Число назначенных антибактериальных препаратов

5. Назначенные препараты из Списка основных лекарственных средств Кыргызской Республики (СОЛС КР)

6. Контроль эффективности и безопасности медикаментозной терапии

7. Рациональность назначенных препаратов

Индикаторы назначения лекарств

1) % лекарств, выписанных из СОЛС КР $K = (J/V) \times 100\%$

J - Общее число прописанных ЛС, входящих в СОЛС

V - общее число прописанных ЛС

2) Число лекарств на 1 случай $C = V/A$

V - Общее число ЛС, A - число больных

3) % случаев, назначения антибиотиков $G = (F/A) \times 100\%$,

F - Число пациентов, которым прописаны антибиотики,

A - общее число больных.

4) % случаев, выписанных под МНН $E = (D/V) \times 100\%$,

D - ЛС, под МНН, V - общее число ЛС

5) % случаев выписывания инъекции $J = (H/A) \times 100\%$,

H - Число пациентов, которым назначены инъекции, A - общее число больных.

Результаты исследований и обсуждение

Больным 1-группы было назначено 47, а больным 2 - группы 53 разновидности лекарственных средств. Согласно концепции лекарственного обеспечения населения в список основных лекарственных средств должны включаться только те препараты, эффективность и безопасность которых подтверждена достоверными и адекватными данными, полученными в ходе клинических исследований (1). Как видно из таблицы № 2, ЛС назначенные из СОЛС КР составляют всего лишь 49,6 % в I гр., 52,9 % во II гр. Это говорит о том, что более половины ЛС выписываемых врачами, назначаются не в рамках Государственной лекарственной политики КР, что приводит к снижению качества лечения.

Таблица 2

Результаты экспертной оценки лекарственных назначений больным 1 и 2 группы.

Группы	ЛС назначенные из СОЛС КР в %	Число ЛС на 1 случай	% случаев, назначения антибиотиков	% случаев, выписанных ЛС под МНН	% случаев, выписанных ЛС в инъекциях
I гр. N=31	49,6	8,7	62	52,4	82,8
II гр. N=18	52,9	6,5	55,6	41,0	88,9

С целью облегчения обмена информацией, а также для обозначения и рекламирования лекарств, при международной торговле, со стороны ВОЗ проводится программа по отбору лекарственных средств по международным непатентованным наименованиям (МНН), которые представляют собой укороченные научные наименования активного ингредиента лекарственного средства. Нами выявлено, что ЛС, назна-

ченные под МНН составляют 52,4% и 41,0% соответственно в 1 и 2 группах. Возможными причинами таких низких показателей является не информированность врачей о СОЛС КР, и о МНН, недостаток навыков критической оценки информации о ЛС и как результат агрессивного продвижения ЛС дистрибьютерами фармакологических компаний среди врачей. Известно, что одной из причин развития нежелательных ре-

акций ЛС является путаница в названиях препаратов, которая имеет место при использовании ЛС под торговыми названиями.

Известно, что для лечения хронической СН применяются 3 группы лекарственных средств: инотропные средства (сердечные гликозиды), диуретики и вазодилататоры (2, 3)

Нами проводился анализ назначений 3-х основных лекарственных групп при сердечной недостаточности. Оказалось, что в первой группе все больные получали диуретики (фуросемид, верошпирон, налоксон). Мониторинг эффективности и безопасности их применения проводилось адекватно - по состоянию водного баланса и по уровню электролитов, глюкозы крови и др. В 5 случаях дозировка верошпирона была неадекватно низкой. Сердечные гликозиды (дигоксин) использованы в 28 случаях из 31. В 6 случаях в/в, а 22- внутрь. Ни в одном случае не соблюдалась схема дигитализация. В 9 случаях из 28 дигоксин применялся в неадекватно низких дозах, несмотря на выраженную сердечную недостаточность и тахисистолическую форму мерцательной аритмии. Последнее служило основанием назначений антиаритмических препаратов с целью урежения ЧСС (верапамил в 7 случаях, атенолол (6) и дилатренд (4)), несмотря на дилатацию полостей сердца и низкую сократительную способность миокарда.

Из периферических вазодилататоров при выраженной сердечной недостаточности применялся нитроглицерин в/в капельно (в 52% случаях) и ингибиторы АПФ. Больные с мерцательной аритмией с целью профилактики тромбообразования в полостях сердца получали антиагреганты (в 18 случаях из 31).

Как видно из таблицы №2 антибиотики назначаются в 62,0 % случаях. Они назначались из-за сопутствующих заболеваний. Однако в 8 случаях из 25 не было четких показаний для назначения антибиотиков. Так же можно расценить и назначения нестероидных противовоспалительных средств – они назначены при отсутствии воспалительных явлений. Возможно, назначение антибиотиков больным с ХРБС продиктовано тем, что больные в предоперационном периоде имели высокий риск инфицирования нозокомиальной инфекцией. Следовательно, использование антибактериальных препаратов носит про-

филактический характер (4)

Анализ медикаментозной терапии 2 группы показал, что наиболее часто назначались диуретики (в 13 случаях из 18), периферические вазодилататоры (11 случаях), сердечные гликозиды (8). Несмотря на умеренно выраженную сердечную недостаточность, часто применяется нитроглицерин в/в, капельно (в 4 случаях из 5). В то же время часто использовался диуретик под торговым названием – клодифен, содержащий малые дозы гидрохлортиазида и спиронолактона. Как и в первой группе, более половины всех больных получали антибиотики (55,6% случаях).

Кроме основных препаратов больные обеих групп получали другие препараты (24 и 22 наименований соответственно в 1 и 2 группах) с не доказанной эффективностью. Возможно, это обусловлено нерациональным использованием основных ЛС и следует считать полипрагмазией.

Известно, что нерациональное использование основных лекарственных средств у больных с ХРБС с хронической сердечной недостаточностью осложненной мерцательной аритмией приводит к:

- снижению качества медикаментозного лечения и предоперационной подготовки
- растрате ресурсов и повышению стоимости медикаментозной терапии
- психосоциальным последствиям, так как пациенты полагаются на ненужные и малоэффективные лекарства

При нерациональном использовании антибиотиков наряду с вышеуказанными последствиями повышается риск нежелательного эффекта антибиотиков в виде неблагоприятных реакций, а также развивается бактериальная устойчивость к ним.

Выводы:

1. Практические врачи при лечении сердечной недостаточности мало используют ЛС из СОЛС Кыргызской Республики. ЛС часто используются под торговыми наименованиями.

2. Основные ЛС (диуретики, сердечные гликозиды, вазодилататоры) при лечении СН используются нерационально.

3. Часто используются ЛС с недоказанной эффективностью и не относящиеся к основным ЛС при лечении СН (44 %).

4. Антибиотики (32%) и нестероидные противовоспалительные средства зачастую используются без четких показаний.

ЛИТЕРАТУРА

1) Формуляр основных лекарственных средств Кыргызской Республики, под редакцией проф. Зурдинова А.З., г. Бишкек – 2003

2) Basic and Clinical Pharmacology, Department of cellular & Molecular Pharmacology University of

California, San Francisco 2004, Bertram G. Katzung, MD, PhD.

3) Клиническая фармакология и фармакотерапия, Ю.Б. Белоусов., В.С. Моисеев., В.К. Лепахин. Москва « Универсум», 1993. Стр. 125-133

4) Использование лекарственных средств у кардиохирургических больных. Голубкова Е., Денисова П., Усубалиев Н., Молдоисаева С.

Научно-практический журнал. Медицинские кадры XXI века. № 2,2007. стр. 23-26

СОСТОЯНИЕ КРАСНОЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗНЫХ РАЙОНАХ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Турдубаев К.Т.

ОшГУ Медицинский факультет г. Ош

Кортунду. Кыргызстандын туштугундо ар турдуу шарттарда жашаган жаш балдардын кызыл канынын акыбалын изилдоонун жыйынтыктарынын бир болугу сунушталууда. Мында 3 жашка чейинки 1784 балдарды изилдоодо жашаган жерине карап, турдуу оордуктагы аз кандуулук аныкталды.

Резюме. Представлены результаты изучения состояния красной крови детей проживающих в разных условиях юга Кыргызстана. Обследованы 1784 детей в возрасте от 0 до 3-х лет и выявлены анемии различной степени тяжести в зависимости от места проживания.

Ключевые слова: красная кровь, анемия, хлопок, табак, дети раннего возраста.

Среди различных форм анемии в детском возрасте наиболее часто встречается железодефицитная анемия [12]. Особое значение ЖДА приобретает у детей раннего возраста, частота ее составляет 60–85% [8].

Принимая во внимание то, что анемия по данным большинства отечественных исследователей [7-10] чаще всего поражают ранний и дошкольный возраст детей.

Цель исследования.

Изучение состояния красной крови детей раннего возраста, проживающих на разных районах Ошской области Кыргызской Республики.

Материал и методы исследования

Для изучения распространенности анемии с учетом климато – географических условий нами проведено клиническое и гематологическое обследование 1784 детей в возрасте от 0 до 3-х лет включительно, родившихся и постоянно проживающих в условиях сельской местности Ошской области Кыргызской Республики (Карасуйском и Ноокатском районах), где имело место использования пестицидов, как хлорорганическое соединение (ХОС) при возделывании сельскохозяйственных культур (хлопок, табак) и в Алайском районе, где не выращивается хлопок и табак, но население проживают в условиях горной местности (табл. 1).

Таблица 1

Всего обследованных детей для выявления анемии

Зоны обследования	Возраст детей				всего
	от 0 до 12 мес.	13-24 мес	25-36 мес.	37-48 мес.	
Карасуйский район	65	83	219	328	695
Ноокатский район	58	69	167	305	599
Алайский район	37	51	123	279	490
Итого:	160	203	509	912	1784

При выборе места обследования нами учтены примерно одинаковые условия жизни, быта и занятости в сельскохозяйственном производстве родителей детей, но отличавшиеся только по характеру труда в производстве. Алай-

ский район в отличии от других районов является зоной, где в сельском хозяйстве не выращивается хлопок и табак, но расположен в горной местности.

Автором осматривались и обследованы

неорганизованные дети во всех зонах. Всем больным проводилось комплексное обследование, включающее подробный анализ анамнестических данных, объективный клинический осмотр и лабораторные исследования. Результаты исследований заносились в специальную карту обследования больных. При углубленном гематологическом обследовании здоровых детей определялось содержание эритроцитов, гемоглобина и величина гематокритного показателя, на основании чего и выявлялась анемия.

Одновременно с общеклиническим обследованием как здоровых, так и больных анемией детей особое внимание уделялось анамнезу жизни и развития, перенесенным заболеваниям и их лечению, характеру питания, условиям быта детей, данным о режиме дня и питания.

При оценке степени тяжести ЖДА использовались классификация, рекомендованная Всемирной Организацией Здравоохранения по уровню гемоглобина (1998). При этом I степень ЖДА характеризовалась уровнем Hb от 110 г/л до 90 г/л и числом эритроцитов до 3,5 млн. в 1 мкл, II степень ЖДА – Hb от 90 г/л до 70 г/л и число эритроцитов от 3,4 млн. до 2,5 млн в 1 мкл, III степень ЖДА – Hb 70 г/л и ниже, число эритроцитов 2,5 млн в 1 мкл и ниже.

Результаты сплошного метода обследования показали, что уровень гемоглобина среди обследованных оказался ниже приведенных ВОЗом цифр у детей в хлопкосеющего района 430 (61,8%), табакосеющего района 401 (66,9%) и у детей, где не выращивает хлопок и табак 210 (42,8%) детей (табл. 2).

Таблица 2.

Количественный состав детей страдающей анемией по зонам обследования

Зона обследования	Всего обследовано	Выявлено с анемией	%
Хлопкосеющая зона (Карасуйский район)	695	430	61,8
Табакосеющая зона (Ноокатский район)	599	401	66,9
Зона, где не выращивается табак и хлопок (Алайский район)	490	210	42,8

В таблице 2 приведены данные о распространенности анемии среди детей из разных зон проживания, где выращивается и не выращиваются хлопок и табачные культуры растений. Из таблицы видно, что наибольший процент анемии был у детей из табакосеющего района (66,9%), чем из хлопкосеющего и из зон, не выращивающих эти культуры (61,8% и 42,8% соответственно).

Все выявленные нами больные взяты на диспансерный учет по месту их проживания, и им была назначена антианемическая терапия препаратами железа с витаминами групп В и С, на фоне правильно организованного питания, содержащего достаточное количество железа и белка. При этом дети с тяжелой формой анемии были госпитализированы в стационар.

Таблица 3.

Распределение больных анемией по тяжести на разных зонах обследования

Зона обследования	Общее число обследованных детей	Легкая степень		Средняя тяжесть		Тяжелая степень	
		абс	%	абс	%	абс	%
Хлопкосеющая зона	430	266	61,86	143	33,26	21	4,88
Табакосеющая зона	389	197	50,64	160	41,14	32	8,22
Экологически чистая зона	210	144	68,07	61	29,04	5	2,90

Как следует из таблицы 3 у детей табакосеющей зоны встречались более тяжелые степени тяжести ЖДА (41,14% средней тяжести и 8,22% тяжелой степени) по сравнению с другими зонами обследования, что подтверждает мнение ряда авторов [1,11] указывающих на то, что табак отрицательно влияет на усвоение и депонирование эссенциальных биоэлементов.

Таким образом, из проведенных исследований можно заключить о том,

что у детей проживающих в хлопко и табакосеющих зонах, имели место более значительное (61,8% и 66,8% соответственно) распространение анемии по критериям оценки ВОЗа, которые возможно связаны с негативным влиянием хлорорганических соединений использованных для выращивания этих растений. Тем более отрицательное влияние хлорорганических соединений на кроветворные системы отмечает следующие авторы [2-6].

ЛИТЕРАТУРА

1. Авцын А.П. Вопросы патологии детского возраста. Сборник трудов. М.,1987. – 235с.
2. Артюшин А.М., Державин Л.М. Краткий сло-

варь по удобрениям. 2-е издание. Москва. 1984: - 318с.

3. Вронский В.А. Проблемы гигиены и токсикологии пестицидов. Прикладная экология. Ростов на – Дону, 1996. – С. 82 – 95.

4. Материалы стат. отдела республики Узбекистан. «Экологическая ситуация в Узбекистане». 2004 г.

5. Материалы отдела анализа состояния окружающей среды и экологич. безопасности МПР Ставропольского края. Сентябрь 2006 г.

6. Материалы совещ. Роспотребнадзора по Псковской области. 14.02.2008

7. Мосягина Е.Н. Анемии детского возраста. М., Медицина, 1969. – 300с.

8. Казакова Л.М. и соавт. /Всеросс. Съезд гематологов и трансфузиологов. – М, 2001. – С. 349 – 350.

9. Калиничева В.И. Анемии у детей / [В.И. Калиничева, Л.И.Эрман, Ю.Р. Ковалев и др.] – Л.: Медицина. – 1978. – 287с.

10. Кудаяров Д.К. Изучение частоты и причины анемий и преданемии у детей Киргизской ССР. В кн.: I Съезд гематологов и трансфузиологов, г. Баку. М., 1979. – С. 541 – 542.

11. Шабалов Н.П. Детские болезни. М., Медицина, 1988. –С. 128 -132.

12. IDA. – WHO, Geneva, 2001. – 15p.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ.

Э.Д. Саккараев, М.К. Беделбаев, Т.А. Цивинская, М.К. Эсенаманова, Ф.А. Кочкорова.
*Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
 Г. Бишкек, Республика Кыргызстан.*

Резюме: Исследование фактического питания учащихся училища «Олимпийского резерва» г. Бишкек выявило наличие дефицита основных компонентов пищи (белков, жиров), несбалансированность этих нутриентов, а также снижение энергетической ценности суточного рациона за счет белков и жиров.

Ключевые слова: фактическое питание, нутриенты, энергетическая ценность, ученики.

ЖАШ СПОРТЧУЛАРДЫН ТАМАКТАНУУ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Э.Д. Саккараев, М.К. Беделбаев, Т.А. Цивинская, М.К. Эсенаманова, Ф.А. Кочкорова.
*И.К. Ахунбаев ат. Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
 Бишкек ш., Кыргыз Республикасы*

Корутумду: Бишкек шаарынын «Олимпиадалык резерв» окуу жайынын окуучуларынын тамактануусунун изилдөөсү тамак-аштын негизги кошулмаларынын (белоктор, майлар) жетишпестигин аныктап чыкты, бул нутриенттердин балансыздыгы жана күнүмдүк тамак тизмесинин энергетикалык баалуулугунун белок менен майлардын эсебинен төмөндөшү.

Негизги сөздөр: негизги тамактануу, күнүмдүк тамак тизмеси.

SPECIFICS OF NUTRITION OF YOUNG SPORTSMEN'S.

E.D. Sakkarayev, M.K. Bedelbaev, T.A. Tsivinskaya, M.K. Eseamanova, F.A. Kochkorova.
Kyrgyz state medical academy by I.K. Ahunbaev, Bishkek city, Kyrgyz Republic.

Resume: The study of factual diet of the "Olympic reserve" College showed deficiency of main nutrients (proteins, fats), imbalance of them and decrease of energetic value due to deficiency of proteins and fats.

Key words: factual diet, nutrients, energetic value, students.

Актуальность. Здоровый ребенок – главная проблема ближайшего и отдаленного будущего любой страны, так весь потенциал (и экономический и творческий), все перспективы социального и экономического развития, высокого уровня жизни, науки и культуры – все это является итогом достигнутого детьми уровня здоровья, их физической и интеллектуальной работоспособности. [1]

Цели и задачи. Спортивная наука всегда уделяла особое внимание вопросам не только повышения профессионального мастерства будущего контингента национальных команд, но и сохранения здоровья детей и подростков, занимающихся спортом. [2] На сегодняшний день развитие физической культуры и спорта в Республике Кыргызстан занимает особое место. Будущее наций и народностей в стране зависит от здорового образа жизни, высокой работоспособности и продолжительности жизни. Так, со-

стояние здоровья, физическое развитие, достижение спортивных результатов молодых спортсменов, зависит от рационального, здорового, адекватного энерготратам питания. [3]. В связи с чем, нами изучается питание и пищевой статус учащихся училища «Олимпийского резерва», где занимаются 7 видами спорта: бокс, грекоримская борьба, тяжелая атлетика, вольная борьба, дзюдо, спортивная гимнастика, женская вольная борьба.

Материалы и методы. Исследования проводились в научном центре при Кыргызской Государственной Академии Физической Культуры и Спорта. Изучено фактическое питание учащихся училища Олимпийского резерва в возрасте от 14 до 25 лет в сезонной динамике путем анализа суточных рационов (зимний, весенний, летний, осенний сезоны по 40 меню-раскладок). Рацион питания оценивался путем заполнения рабочих таблиц с перечнем продуктов,

представленных в суточном меню с указанием их массы на одного учащегося. В каждом продукте подсчитано до 29 показателей химического состава, используя таблицу химического состава пищевых продуктов. [4,5]

Физиологическая суточная потребность в основных пищевых веществах тесно связана с суточными энерготратами спортсменов и рассчитывается Ккал/кг в минуту, с учетом процента калорийности [6], обеспечиваемой каждым пищевым веществом в общей калорийности рациона. По формуле сбалансированного питания это соотношение должно быть следующим: белки/жиры/ углеводы: 15%/ 28%/ 57%. На основании этой формулы рассчитывается энергетическая ценность каждого из пищевых веществ в рационе, а затем с помощью энергетических коэффициентов вычисляется содержание основных

пищевых веществ в весовых единицах. [7]

Обработка первичной информации осуществлялась с помощью компьютерной программы, позволяющей в автоматическом режиме производить расчет количественного и качественного состава рационов – «1-С. предприятие». Статистическая обработка результатов проведена с использованием ускоренного вычисления средней величины и стандартной ошибки ($M \pm m$).

Результаты и обсуждения. Полученные результаты показали, что энергетические затраты воспитанников училища Олимпийского резерва при различных видах спортивной работы, показали значительные колебания в зависимости от характера и интенсивности выполняемой работы.

Таблица 1

Физиологическая потребность в белках, жирах, углеводах

Вид спорта	Энерготраты (ккал.)	Физиологическая потребность (гр.)		
		Белки	Жиры	Углеводы
Бокс	3358,1±187,9	126	104,5	478,5
Грекоримская борьба	3759,72±203,6	140,9	116,9	535,7
Тяжелая атлетика	3205,5±194,2	120,2	99,7	456,7
Вольная борьба	4330±132,7	162,4	134,7	617
Дзюдо	3308,6±206,9	124	103	471,5
Спортивная гимнастика	3224,4±189,5	121	100,3	459,5
Женская вольная борьба	3549±161,5	133	110,4	505,7

Согласно данным исследования, изложенным в Таблице 1, энергетические затраты боксеров составили 3358,1±187,9 ккал. борцов грекоримского стиля 3759,72±203,6 ккал., тяжелоатлетов 3205,5±194,2 ккал., борцов вольного стиля 4330±132,7 ккал., дзюдоистов 3308,6±206,9 ккал., гимнастов 3224,4±189,5 ккал., борцов вольного стиля (девушек) 3549±161,5 ккал. Используя эти данные можно рассчитать физиологическую потребность спортсменов вышеуказанных видов спорта в основных питательных веществах – белках, жирах и углеводах.

При нормировании белка необходимо учитывать повышенный расход белка у спортсменов в процессе тренировки, а также в результате пе-

регирования тела, нередко отмечаемого у спортсменов. Высокий уровень белкового питания сказывается положительно на общей работоспособности, повышая ее, а также на снижении утомляемости и наиболее быстром восстановлении сил и работоспособности. При спортивной деятельности белок используется не только на пластические цели, связанные с восстановлением тканевых элементов, но и для образования новых клеток в мышечной ткани в процессе развития мускулатуры и поддержания ее в хорошем рабочем состоянии. [8]. Исходя из энерготрат спортсменов, суточная потребность в белке для боксеров составила 126 г/сут., для борцов грекоримского стиля 140,9 г/сут., для тяжелоат-

летов 120,2 г/сут., для борцов вольного стиля 162,4 г/сут., для дзюдоистов 124 г/сут., для гимнастов 121 г/сут., а для борцов вольного стиля (девушек) 133 г/сут.

Жиры выполняют в организме разнообразные и сложные физиологические функции. Они являются концентрированным источником энергии, давая ее в 2,2 раза больше, углеводы и белки. Что касается спортсменов, потребление жира при спортивной работе должно быть высоким и тем выше, чем тяжелее нагрузки. Основанием для этого служат исследования, показывающие, что интенсивная физическая нагрузка сопровождается значительным расходом жира и ограничением образования в организме жира из углеводов. Таким образом, согласно современным представлениям, следует считать научно обоснованными для спортсменов достаточно высокие нормы жира в количественном и качественном отношении, сбалансированные соответственно количеству включаемых в рацион белков и углеводов. [8]. Суточная потребность спортсменов в жирах согласно энерготратам составляет: для боксеров 104,5 г/сут., для борцов грекоримского стиля 116,9 г/сут., для тяжелоатлетов 99,7 г/сут., для борцов вольного стиля 134,7 г/сут., для дзюдоистов 103 г/сут., для гимнастов 100,3 г/сут., а для борцов вольного стиля (девушек) 110,4 г/сут.

Углеводы – наиболее выгодный источник энергии мышечной работы, вследствие их способности окисляться как аэробным, так и анаэ-

робным путем. Все виды спортивной нагрузки, связанной со скоростными, силовыми и другими упражнениями различной интенсивности, а также нагрузки, характеризующиеся продолжительностью упражнений, сопровождаются усилением гликолиза, появлением рабочей гипоксии и кислородной задолженности различной степени. Углеводы в наибольшей степени способны использоваться в организме как источники энергии в условиях относительной гипоксии и способствовать снижению ацидотических сдвигов, возникающих в организме в процессе интенсивной мышечной работы. Можно считать твердо установленным, что при всех видах спортивной нагрузки и, особенно при длительных упражнениях потребность в углеводах повышена. [9]. Физиологическая суточная потребность в углеводах для боксеров составила 478,5 г/сут., для борцов грекоримского стиля 535,7 г/сут., для тяжелоатлетов 456,7 г/сут., для борцов вольного стиля 617 г/сут., для дзюдоистов 471,5 г/сут., для гимнастов 459,5 г/сут., а для борцов вольного стиля (девушек) 505,7 г/сут.

Физическая работоспособность юных спортсменов в значительной мере зависит от соответствия фактического питания физиологическим потребностям организма. Только сочетание рационально спланированного учебно-тренировочного процесса и адекватно сбалансированного питания может обеспечить достижение высоких спортивных результатов.

Таблица 2

Набор пищевых продуктов суточного рациона учащихся училища «Олимпийского резерва» г.Бишкек

Название продукта	Время года (среднее значение)				
	зима	весна	лето	осень	за год
Крупы	82	83	73	83	80,25
Бобовые	37	16	31	27	27,75
Мясо	60	60	103	85	77
Птица	15	-	-	-	3,75
Рыба и рыбопродукты	22	47,3	-	31	25,075
Колбасные изделия	22	21,6	10	25	19,65
Мука пшеничная в/с	3,5	12	19	8	10,625
Макаронные изделия	39	34	34	28	33,75
Хлеб	512	515	580	510	529,25
Масло сливочное	14,5	17,5	18,5	21,5	18

Молоко	13	80	220	200	128,25
Сметана	3	2,5	2	2	2,375
Чай черный байхов.	2,1	2,1	2,8	2,1	2,275
Сахар и конд. изд-я	37,5	74	39,5	68	54,75
Сыр	8	17,7	15	11,5	13,05
Консервы	8	5	20	-	8,25
Яйцо куриное (шт)	9 (0,2 шт)	10,1 (0,22)	18 (0,4)	13,5 (0,3)	12,65 (0,3)
Масло растительное	16,6	18,5	18,8	18,7	18,15
Томатная паста	13,5	15,4	16,5	14,2	14,9
Картофель	189	184	215	222	202,5
Овощи	163,5	265,5	208,5	246,5	221
Фрукты	73,6	-	-	80	38,4
Сухофрукты	8	10	2,5	10	7,625
Кофе (какао)	-	0,2	-	0,7	0,225

Фактическое потребление пищевых продуктов суточного рациона, которое представлено в таблице 2 не соответствует рекомендуемым наборам продуктов для юных спортсменов, разработанных учеными России.

Так, по набору продуктов превалирует хлеб, макаронные изделия, крупы. Содержание мяса,

молока, яиц в рационе снижено, а это ведет к снижению удельного веса полноценных животных белков. Рыбные продукты в рационе также снижены. Свежих овощей в рационе недостаточно. Следовательно, продуктовый набор углеводной ориентации, что подтверждается данными химического состава суточного рациона.

Таблица 3

Химический состав и калорийность суточных рационов учащихся училища Олимпийского резерва города Бишкек ($M \pm m$).

Пищевые вещества	Сезоны года				Среднегодовая величина $M \pm m$
	Осень $M \pm m$	Зима $M \pm m$	Весна $M \pm m$	Лето $M \pm m$	
Белки, гр	105,4±6,1	99,3 ± 3,6	106,1±2,2	107,7±3,2	104,6±3,8
в т. ч. животные, %					
Жиры, гр	81,0±6,8	72,8±5,0	72,0±4,0	79,3±3,6	76,3±4,9
в т.ч. раститель., %					
Углеводы, гр	497,4±19,3	473,6±14,8	510,3±10,3	515,7±12,4	499,3±14,2
Калорийность, ккал	3069,7±148,3	2891,0±106,1	3058,9±65,4	3099,3±66,0	3029,7±96,5

Выводы. Выполненные исследования по оценке фактического питания показали, что энергетическая ценность пищевого рациона учащихся училища «Олимпийского резерва» в осенний и весенний сезоны примерно на одинаковом уровне, что составило 86% от физиологической суточной потребности. В зимний сезон фактическое потребление калорий составило 81,8% от суточной потребности, а в летний сезон энергетическая ценность составила 87,7%,

что также ниже физиологической суточной потребности.

Потребление белка, в том числе и белка животного происхождения

ниже, чем физиологическая потребность, а наибольший недостаток отмечается зимой - 28%.

Общее потребление жира неадекватно в количественном и качественном отношении и не соответствует физиологической суточной по-

требности, в то время как растительные жиры увеличены в суточном рационе.

Количественный состав в суточном рационе углеводов в весенне-летнем сезоне увеличено, особенно летом – 102,4% и весной – 101,3% от физиологической суточной потребности.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Тихвинский С.Б., Хрущев С.В. Детская спортивная медицина.- М.: Медицина 1991г
2. Рогозкин В.А., Шишина Н.Н. Питание юных спортсменов в кн. Детская спортивная медицина.- М.: Медицина 1991г.
3. Пшендин А.И. Питание спортсменов, ГИОРФ.

СПб 2002

4. Скурихин И.М., Волгарев М.Н. Химический состав пищевых продуктов. Книга 1 – М: ВО «АГРОПРОМИЗДАТ» 1987г.
5. Скурихин И.М., Тутельян В.А. Химический состав Российских пищевых продуктов – М: ДеЛи принт 2002г.
6. Ванханен В.Д., Лебедева Е.А. Руководство к практическим занятиям по гигиене питания, Москва «Медицина» 1987г.
7. Ладодо К.С., Отт В.Д., Фатеева Э.М. Основы рационального детей. – Киев: Здоровья, 1987г.
8. Петровский К.С. Гигиена питания, том 1,2 – М: 1971г.
9. Петровский К.С., Ванханен В.Д. – М: Медицина 1982г.

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАПРЯЖЕННОСТИ ТРУДА ДЕТЕЙ – ТАЧЕЧНИКОВ РАБОТАЮЩИХ НА ЦЕНТРАЛЬНОМ РЫНКЕ г.ОШ

Джорбаева А.А.¹, Султашев А.Ж.^{1,2}, Плахотников В.Н.¹, Турсунбекова А.С.¹

¹КГМА им. Ахунбаева, г. Бишкек, Кыргызская Республика. ²Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина». МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены результаты оценки напряженности труда 37 детей и подростков, работающих тачечниками на центральном рынке г. Ош.

Полученные в работе результаты свидетельствуют о значительной напряженности труда детей и подростков характеризующей условия труда как вредные – класс 3, степень 2. Значительная напряженность труда может привести к стойким функциональным изменениям, приводящим к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости, появлению начальных признаков или легких форм профессиональных заболеваний, возникающих при длительной экспозиции.

На основании полученных результатов труд детей и подростков – тачечников отнесен к наихудшим формам детского труда.

ОШ ШААРЫНЫН БОРБОРДУК БАЗАРЫНДА ЭМГЕКТЕНГЕН АРАБАКЕЧ БАЛДАРДЫН ЖУМУШУНУН КЫЙЫНДЫГЫНЫН КӨРСӨТМӨЛӨРҮНӨ ГИГИЕНАЛЫК БАА БЕРҮҮ.

Джорбаева А.А.¹, Султашев А.Ж.^{1,2}, Плахотников В.Н.¹, Турсунбекова А.С.¹

¹И.К.Ахунбаев атындагы КГМА, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы. ²Илимий – өндүрүү бирикмеси “Алдын–алуу медицинасы”. КР ССМ, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: Бул изилдөөдө, Ош шаарынын борбордук базарында эмгектенген арабакеч 37- балдардын жана өспүрүмдөрдүн жумушунун кыйындыгына баа берүүдөгү жыйынтык көрсөтүлгөн. Изилдөөдөгү алынган жыйынтыктар, балдардын жана өспүрүмдөрдүн эмгеги бир кыйла кыйын экенин далилдейт, жана жумуш шарттары зыяндуу – класс 3, даража 2 катарында мүнөздөлөт. Кыйла кыйындатылган эмгек организмде туруктуу функционалдык өзгөрүүлөргө жана кесиптик оорулардын кобойушуно алып келет. Андан тышкары оорунун баштапкы белгилери же көпкө созулган экспозиция алдында пайда болгон кесиптик оорулардын жеңил формаларын жаратат.

Алынган жыйынтыктардын негизинде арабакеч балдар жана өспүрүмдөр эмгеги, балдардын жумушунун эң начар формаларына киргизилген.

THE HYGIENIC EVALUATION OF INDICATORS OF INTENSITY OF LABOUR REGARDING THE CHILDREN-WHEELBARROW WORKERS AT THE CENTRAL MARKET OF OSH CITY

Djorbaeva A.A.¹, Sultashev A.J.^{1,2}, Plahotnikov V.N.¹, Tursunbekova A.S.¹

¹Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek city, Kyrgyz Republic. ²Scientific production center “Preventive Medicine”. Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek city

Executive Summary: The work presents the results of the hygienic evaluation of intensity of labour of 37 children and teenagers working as wheelbarrow workers at the central market of Osh city. The results obtained in the process of work indicate the significant intensity of labour of children and teenagers which defines the work conditions as the harmful ones – class 3, degree 2. Significant intensity of labour can lead to constant functional changes, resulting in increase of occupational morbidity, appearance of the primary characters or slight occupational illnesses arising with prolonged exposure.

On the ground of the acquired results, the labour of the children and teenagers working as wheelbarrow workers was recognized as the worst form of child labour.

Актуальность. На сегодняшний день проблема детского труда для Кыргызской Республики становится одной из наиболее важных проблем, требующих безотлагательного решения. Причиной такой ситуации являются растущие масштабы данной проблемы, а также ее негативные последствия способные нанести значительный ущерб здоровью и развитию детей.

Кыргызская Республика ратифицировала Конвенцию ООН о правах ребенка 1989 года, предусматривающую права ребенка на защиту от экономической эксплуатации и недопустимость выполнения любой работы.

При этом важным направлением деятельности по снижению детского труда является проведение исследований по оценке условий труда работающих детей и оценке влияния вредных факторов производственной среды и трудового процесса на состояние их здоровья. Проведение таких исследований позволяет получить большое количество важной информации о масштабах распространения и характере труда детей и может явиться обоснованием для выработки политики государства направленной на предотвращение использования детского труда.

В данной работе представлены результаты оценки напряженности труда детей и подростков, занимающихся перевозкой грузов на тачках, работающих на центральном рынке г. Ош. Работа проводилась при поддержке детского отделения международной организации труда (МОТ ИПЕК).

Материалы и методы исследования. Изучение влияния трудового процесса на организм детей и подростков проведено в г. Ош. Объектами изучения явились дети (8-14 лет) и подростки (15-16 лет), проживающие в г. Ош, работающие на центральном рынке и занимающиеся извозом товаров на тачках, ручным способом. Средний возраст детей, составил 12 лет, подростков - 15 лет. Отбор детей и подростков производился методом случайной выборки. Всего были изучены показатели тяжести и напряженности труда 37 детей и подростков, работающих тачечниками на центральном рынке г. Ош.

Для оценки степени напряженности труда детей и подростков использована методика, разработанная ГУ НИИ медицины труда Российской академии медицинских наук и принятая в Кыргызской Республике на основе имеющегося

межправительственного соглашения, с небольшими изменениями. В качестве критериев оценки использованы следующие показатели: степень интеллектуальных, сенсорных, эмоциональных нагрузок, монотонность нагрузок и режим работы [1,2].

Результаты и обсуждение. При оценке напряженности труда детей и подростков тачечников было выявлено, что характер труда по напряженности трудового процесса у детей и подростков не имеет значительных различий. Исходя из этого, была произведена общая оценка показателей напряженности для детей и подростков.

Изучение напряженности труда детей и подростков тачечников позволило выявить ряд значительных нагрузок оказываемых на ЦНС и эмоциональную сферу детей.

Анализ интеллектуальных нагрузок показал, что по содержанию выполняемой работы деятельность детей и подростков по перевозке грузов на тачке связана с работой требующей решения сложных задач с выбором по известным алгоритмам (класс 3 вредные, 1 степени).

По восприятию сигналов и их оценке деятельность детей и подростков - тачечников относится к работе по восприятию сигналов с последующей комплексной оценкой связанных параметров (класс 3 – вредные, 2 степени).

По распределению функций по степени сложности задания деятельность детей и подростков тачечников также относится к значительной нагрузке (класс 3 вредные, 1 степени), работа по обработке, проверке и контролю выполнения задания.

Оценка характера выполняемой работы детей позволяет отнести их труд к работам, выполняемым в условиях дефицита времени (класс 3 вредные, 1 степени).

Анализ сенсорных нагрузок позволил выявить значительную длительность сосредоточенного наблюдения, которая в среднем составила более 75% времени смены (класс 3 вредные, 1 степени).

По плотности сигналов и сообщений в среднем за 1 час работы труд детей и подростков сопряжен с восприятием около 200 сигналов (класс 3 вредные, 1 степени).

По числу объектов одновременного наблюдения труд детей и подростков относится ко 2

классу – допустимый, число объектов более 6.

Анализ эмоциональных нагрузок, выявил, что при выполнении работ дети и подростки несут ответственность за функциональное качество конечной работы. Установлено, что работа детей может повлечь за собой повреждение оборудования, остановку технологического процесса и привести к ситуациям опасным для жизни (класс 3 вредные, 2 степени). Так, например, при перевозке грузов дети несут ответственность за сохранность груза его целостность при погрузке и разгрузке, при пересечении магистральных дорог часто происходят столкновения тачек с автомобилями, при этом очень часто возникают ситуации опасные для жизни детей, риск столкновения с пешеходами на базаре также значительно выше.

Было выявлено, что нередко возникают скандалы, ссоры и драки с пешеходами и другими тачечниками. При погрузке и разгрузке товаров отмечены случаи травматизма детей и подростков.

Кроме того, были выявлены случаи насилия в среде детей – тачечников, при этом нередко случаи отъема заработанных денег у детей старшими детьми.

Анализ монотонности нагрузок показал низкий уровень монотонности труда связанный со значительным временем активных действий (класс 1 оптимальный, напряженность легкой степени).

В отличие от монотонности труда, анализ режима труда выявил, что фактическая продолжительность рабочего дня составляет для детей 12 часов, а для подростков 13 часов (класс 3 вредные, 2 степени). По режиму труда труд детей можно отнести к 3 классу, 1 степени. По наличию регламентированных перерывов и их продолжительности перерывы не регламенти-

рованы, что также соответствует 3 классу, 1 степени.

Для проведения общей оценки напряженности труда детей и подростков нами проведен учет 22 показателей напряженности [1].

Общая оценка выявила, что более 6 показателей из 22 оцениваемых отнесены к напряженному труду 1 степени, условия труда детей и подростков по степени напряженности трудового процесса характеризуются как вредные – класс 3. степень 2. Напряженность труда 3 класса 2 степени (3.2) характеризуется уровнями вредных факторов, вызывающих стойкие функциональные изменения, приводящие в большинстве случаев к увеличению профессионально обусловленной заболеваемости, появлению начальных признаков или легких форм профессиональных заболеваний, возникающих при длительной экспозиции.

Выводы. На основании полученных данных труд детей и подростков – тачечников может быть отнесен к наихудшим формам детского труда. Результаты оценки могут быть использованы как основание для внесения труда детей и подростков - тачечников, в перечень видов профессий и работ где запрещается использование лиц моложе 18 лет.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство Р.М. 2.2.014—03. Гигиенические критерии оценки и классификация условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. – Б.: Минздрав Кыргызской Республики, 2004. – 181 с.
2. Руководство Р.2.2.2006-05. Руководство по гигиенической оценке факторов рабочей среды, и трудового процесса. Критерии и классификация условий труда. – М.: Минздрав России, 2005.-133 с.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СФЕНОИДИТОВ

(Обзор литературы)

Насыров В.А., Исаев В.А.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ, г. Бишкек

Резюме. Бул макалада сөөк көңдөйүпүн сезгенүү оорулары, физиология, негизги көңдөйлүк патологиясын аныктоо жана сөөк көңдөй ооруларын хирургиялык (эндоскопиялык) дарылоо проблемаларынын актуалдуулугу боюнча маалыматтар берилет.

Негизги создөр: сфеноидит, хирургиялык дарылоо, эндоскопия, дарт аныктоо, эндоскопиялык дарт аныктоо, сөөк көңдөйү.

Summary. This article gives information about the urgency of the issue of inflammatory disease of sphenoidal sinus, physiology, on problems of diagnosis basilar sinus pathology and surgical (endoscopic) treatment of sphenoidal sinus diseases.

Key words: sphenoiditis, surgical treatment, endoscopy, diagnosis, endoscopic diagnosis, sphenoidal sinus.

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа остаются одной из основных проблем клинической оториноларингологии, что объясняется частотой заболеваемости и стойкой тенденцией к росту числа воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний клиновидной пазухи связана с её топографо-анатомическими особенностями и трудностями диагностики, а также скудностью клинических проявлений со стороны носа и превалированием неврологической симптоматики (1).

Так, по выражению А.С.Киселева (2) – это «забытая пазуха, так как нередко проявления патологии со стороны основной пазухи попросту не диагностируются. С.З.Пискунов считает, что основная пазуха вовсе не «забытая», а попросту недоступная как в плане диагностики, так в плане и лечения (3).

До внедрения компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа (ППН), сфеноидит практически не диагностировался, что обусловлено неврологическим характером его клинических проявлений. Однако с появлением компьютерной томографии выяснилось, что воспалительные поражения основной пазухи встречаются гораздо чаще, чем диагностируются (4).

Такая ситуация заставила многих ринологов вновь обратиться к проблеме сфеноидита, и в частности его диагностике, особенностям кли-

нических проявлений, методам консервативного лечения и разработкой эндоскопических хирургических пособий (И.А.Морозов,1975).

Несмотря на большой интерес оториноларингологов к проблемам воспалительных поражений клиновидной пазухи, остаются до конца не ясными вопросы частоты поражения основной пазухи, как при острых, так и при хронических процессах, а также проблемы изолированного поражения основной пазухи.

На сегодняшний день можно считать, что методы эндоскопической хирургии основной пазухи достаточно известны, но показания к их выполнению и объем сопутствующих оперативных вмешательств по устранению факторов, способствующих развитию сфеноидита, изучены сравнительно мало.

Все это определяет актуальность изучения воспалительных процессов клиновидной пазухи.

Открытия последних лет в области физиологии носа и околоносовых пазух привели к активному совершенствованию диагностических приемов и разработке способов консервативного лечения и особенно оперативных пособий методом эндоскопической микрохирургии носа.

Особенность строения основных пазух в совокупности с другими факторами, оказывают отрицательное влияние на слизистую оболочку полости носа, околоносовых пазух и служат условиями их вовлечения в патологический

процесс (5). К этим факторам относится склонность к частым острым респираторно-вирусным заболеваниям, физиологическая, иммунологическая незрелость и аллергизация организма у лиц подросткового периода. Этиопатогенетическое значение имеют также индивидуальные анатомо-топографические особенности строения полости носа, гипертрофия лимфаденоидного кольца глотки, наличие латентной инфекции (6). Значительная роль в развитии синуситов принадлежит естественным соустьям пазух.

Бактериологические исследования показали, что флора клиновидных пазух мало чем отличается от возбудителей, обнаруживаемых при заболеваниях других околоносовых пазух, в основном, это кокковая флора (7).

Как известно, все околоносовые пазухи делятся на переднюю и заднюю группы (8). До недавнего времени считалось, что основная пазуха открывается в верхний носовой ход. Но последние научные данные показывают, что естественное соустье клиновидной пазухи располагается в ее передней стенке и открывается не в верхний носовой ход, а в сфеноидомоидальный карман. Соустье пазухи может иметь различную величину – от 0,5 до 5 мм, оно может быть овальным, округлым, полулунным или щелевидным. (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006).

Кровоснабжение клиновидной пазухи аналогично как полости носа и околоносовых пазух осуществляется из системы наружной и внутренней сонной артерий. Вены клиновидной пазухи вливаются в венозное сплетение носоглотки и крыловидное сплетение, далее в пещеристую пазуху.

Нормальное функционирование основной пазухи обеспечивается в первую очередь аэрацией пазухи через естественное соустье, которое зависит от состояния архитектоники носовых структур (9). Соответственно, изменения анатомического строения полости носа, остеогагального комплекса, приводит к нарушению аэрации основной пазухи, что создает благоприятные условия для ее инфицирования и развития воспаления.

Также по последним научным данным, при компьютерном обследовании больных с травматическими, сосудистыми заболеваниями головного мозга и находящимися на искусственной

вентиляции легких были выявлены различной степени выраженности изменения клиновидных пазух, сочетающиеся у части пациентов с поражением задних клеток решетчатой кости (Пискунов И.С., Лопатин А.С. 1997; Пискунов И.С., 2002). Важным патогенетическим звеном в развитии поражения клиновидных пазух и задних клеток решетчатого лабиринта является то, что больные с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга находятся в тяжелом состоянии, часто без сознания, в горизонтальном положении, адинамичны, вследствие чего продуцируемый слизистой оболочкой секрет застаивается в синусах и носоглотке. Еще более благоприятные условия для задержки секрета создаются при интубации. В таких случаях КТ выявляет признаки патологического процесса в клиновидной пазухе и задних клетках решетчатого лабиринта. Такой синусит называли латентным синуситом (Пискунов И.С., 2002). Также этот синусит еще называют гипостатическим. Таким образом патологические изменения в задних околоносовых пазухах следует выделить в самостоятельную нозологическую форму – посттравматический (или постинсультный) гипостатический синусит (сфеноидит, этмоидит, этмоидосфеноидит).

Достаточно сложное анатомическое строение клиновидной пазухи и ее топография, т.е. локализация в центре основания черепа, отделяющая полость черепа от полости носа, во многом определяют, как клинические проявления сфеноидита, так и характер осложнений (10).

При диагностике сфеноидита, как и любого другого заболевания, используются классические правила. Это сбор анамнеза, жалобы больного, оцениваются результаты объективных исследований.

Для диагностики сфеноидита эндоскопические исследования следует признать, наиболее важны. Они сводятся к осмотру передней стенки основной пазухи, оценки состояния соустья, характера патологического отделяемого и состояние слизистой носоглотки (11).

Наиболее распространенным методом диагностики сфеноидитов остается рентгенография (12).

Компьютерная томография также актуальна при диагностике заболеваний основной пазу-

хи (13).

Магнитно-резонансная томография имеет преимущества при исследовании мягкотканых структур, но дает худшее изображение костной ткани и занимает больше времени (14).

Диагностические мероприятия должны быть комплексными и поэтапными с оценкой не только изменений воздухоносности просвета пазухи, но и выявления изменений архитектуры полости носа и задних клеток решетчатого лабиринта, способствующих развитию воспалительных изменений в основной пазухе.

Клиническое течение сфеноидитов таково, что оно редко диагностируется обычными ринологическими исследованиями, что обусловлено анатомо-топографическим расположением клиновидной пазухи в центре черепа, близким расположением жизненно-важных структур головного мозга. Чаще всего сфеноидит может протекать бессимптомно. (15)

До последнего времени все авторы, занимавшиеся проблемой воспаления клиновидной пазухи указывали на один преобладающий симптом: головная боль, которая, как правило, иррадирует в затылок. Но это ошибочное мнение (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006). У подавляющего большинства пациентов головная *боль не имела типичной локализации, носила мигрирующий характер, локализовалась в области лба, затылка, висков.* Интенсивность ее была различна, она могла появляться в разное время суток, иногда носила приступообразный характер, усиливалась после эмоционального и физического перенапряжения, исчезала после приема анальгетиков. Кроме того, отмечалась раздражительность, психоэмоциональная неустойчивость, быстрая усталость, адинамия. Однако у некоторых больных, несмотря на глубокие разрушения клиновидной пазухи, головная боль отсутствовала. В связи с отсутствием ринологической симптоматики подавляющее большинство больных, страдающих головной болью, наблюдались в различные сроки у терапевта или невропатолога. Эти новые научные данные открывают новые возможности в диагностике сфеноидитов для лор-врачей, невропатологов и терапевтов. Что в свою очередь позволяет более точно и своевременно провести эндоскопическую диагностику и лечение сфеноидита, а также адекватную консерватив-

ную терапию. Другой и наиболее частый симптом – иррадиация боли в глазницу, или ощущение боли в глубине глазницы (16). Больные могут жаловаться на плохой сон, снижение памяти, нарушение остроты зрения, раздражительность. Может беспокоить заложенность носа, чаще с одной стороны, патологический секрет, стекающий в носоглотку.

Сфеноидит может осложниться парезом и параличом лицевого нерва.

Таким образом, несмотря на общепринятое мнение о том, что клинические проявления сфеноидита скудны, при прицельном обследовании больного выявляется достаточно специфический симптомокомплекс, характерный для течения воспалительного поражения клиновидной пазухи. Особенностью поражений основной пазухи является тяжесть и разнообразие осложнений, которые несравнимо тяжелее, чем осложнения со стороны передней группы околоносовых пазух. Поэтому своевременная диагностика и санация основной пазухи является актуальной задачей оториноларингологии.

Консервативное лечение воспалительных процессов основной пазухи, показано при острых формах процесса без наличия каких-либо осложнений. Основным принципом консервативного лечения сфеноидитов является создание оттока через естественное соустье и восстановление ее дренажной функции (17).

В комплексном лечении сфеноидитов, помимо различных пособий, способствующих восстановлению дренажной функции через естественное соустье, различными авторами разрабатывались методики вспомогательного лечения (18).

В настоящее время вошли в применение эндоскопические функциональные операции (19).

К хирургическим методам вскрытия основной пазухи, прибегают при хронических формах сфеноидита, а также при наличии какого-либо осложнения. Основной целью оперативных вмешательств является расширение естественного соустья или резекция передней стенки на большем или меньшем протяжении и создании благоприятных условий для воздействия на слизистую оболочку основной пазухи (20).

Это во многом определяют объем хирургического вмешательства.

Закрытое естественное соустье в сочетании с гиперплазией слизистой оболочки клиновидной пазухи и выявление механических причин развития сфеноидитойдной пазухи является показанием для хирургического вмешательства, так как в этих условиях трудно рассчитывать на успех консервативной терапии. Чаще всего операция проводится под местной анестезией.

Основная задача операции – обнаружить естественное соустье пазухи, максимально расширить его, удалить явно гиперплазированную слизистую оболочку, закрывающую соустье. Это гораздо легче сделать с использованием оптики – жестких эндоскопов. Возможно два доступа к клиновидной пазухе – трансэтмоидальный и трансназальный.

Трансэтмоидальный доступ осуществляется после вскрытия пораженных передних, а затем задних клеток решетчатой кости. При этом следует иметь в виду, что ретробульбарные клетки (клетки Оноди) имеют крупные размеры и непутным хирургом одна из них может быть принята за клиновидную пазуху, что может привести к грубым ошибкам в процессе хирургического вмешательства. Поэтому во время операции необходимо осуществлять контроль за зоной вмешательства со стороны общего носового хода. Положение передней стенки пазухи и ее соустья при эндоскопическом осмотре лучше всего определять, руководствуясь следующими ориентирами: определяют хоану и ее свод, поднимают кверху от свода хоаны на 1,5-2,0 см вдоль перегородки носа. В этом месте следует искать соустье пазухи. Ни в коем случае не следует отклоняться латерально от перегородки носа.

Трансназальная сфеноидотомия выполняется через общий носовой ход. При хроническом гнойном сфеноидите слизистая оболочка вокруг соустья отечная, гипертрофирована или полипнозно изменена, однако пуговчатым зондом или изогнутой костной ложкой удастся найти вход в пазуху. В тех случаях, когда задние клетки или задний конец средней или верхней раковины препятствуют осмотру передней стенки пазухи, необходимо их сместить латерально или резецировать.

Найдя соустье клиновидной пазухи, необходимо его расширить, что осуществляется с помощью сфеноидального выкусывателя (щипцы

типа Керрисон), которым удаляется часть передней стенки в направлении к перегородки носа и кзади. Соустье формируется достаточного размера, необходимого для обзора пазухи и выполнения манипуляций в ее просвете с целью удаления измененных тканей из полости синуса. Отечную, гиперплазированную слизистую оболочку стенок удалять не следует, так как восстановление оттока из пазухи и ее аэрации приводит к скорой нормализации ее морфологического состояния.

Кровотечение во время операции минимальное. После завершения операции в пазуху целесообразно на сутки рыхло ввести узкий тампон, пропитанный антисептиком, что позволяет предупредить образование сгустка крови в просвете пазухи.

Следует отметить, что больные легко переносят сфеноидотомию. Уже на следующий день после удаления тампона из пазухи они не предъявляют никаких жалоб. Проявления послеоперационного травматического ринита минимальны, носовое дыхание не страдает (21).

ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопатина А.С., Пискунов Г.З. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух // Вестник оториноларингологии.-1995.-№6.-С.35-40.
2. Киселев А.С. Диагностика сфеноидитов //Новости оториноларингологии и логопатологии.-1997.-№3(11).-С.28-33.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. К вопросу о классификации синуситов. – Российская ринология.-1997.-№2.-С.13-14.
4. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. ...док-ра, мед. наук, Центр аудиологии и слухопротезирования. М., 2001.-38с.
5. Пальчун В.Т. Устьянов В.А. Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы –М. Медицина.-1982.-152с.
6. Карал-оглы // Лечение воспалительных заболеваний верхне-челюстных и лобных пазух// Кишинев.-« Штица» -1983 г.
7. Овчинников Ю.М., В.Е., Добротин В.Е., Цукерберг Л.И., Флимонов Г.П., Федоренко В.Д. Роль компьютерной томографии в диагностике остеомиелита клиновидных пазух с внутричерепным распространением // Вестник оториноларингологии.- 1994.-№3.-С.11-14.
8. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Влияют размеры и расположение соустьев на характер патологического процесса в околоносовых пазухах // Вест-

ник оториноларингологии. №4. -С.44-45.

9. А.А. Усанов, Колесов В.Е. //В-к рентгенологии №3 С.32-33.

10. Плужников М.С., Шатунов А.Г., Лавренова Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. С-Пб., 1995. -155с.

11. Солдатов. Руководство для врачей

12. Егоров В.И., Козаренко А.В. Эффективность нового фторхинолонового антибиотика авелокса при лечении гнойных синуситов. //Вестник оториноларингологии. -2002. -№5. -С.35-36.

13. Мостовой 1974г

14. Плужников М.С., Усанов А.А. О зондировании и пункции клиновидной пазухи //Современные методы диагностики и лечения заболеваний ВДП: -Тезисы и доклады Научно-практической конференции Курск-1987-с49

15. Гудима И.А. Микробные биоценозы при гипертрофии лимфоидного кольца глотки и хроническом тонзиллите у детей. Авторефер. Дис.канд.мед.наук,

Ростов-на-Дону, 2002.

16. Пискунов Г.З. Лекарственные средства, применяемые в оториноларингологии. -«Финстатин-форм»-2000-275с.

17. Габриэлян Р.И., Горская Е.М., Снегова Н.Д. Функции микрофлоры желудочно-кишечного тракта и последствия ее нарушения после хирургических вмешательств. -Антибиот. химиотер. -2000-45(9):24-29..

18. Меньшиков В.В. Лабораторная профессия в современных условиях. -Клин.лаб.диагностика. -2007. -№4. -С.4

19. Танабасва М.Д. Оценка эффективности комплексного лечения сфеноидитов методом эндоскопической катетеризации и шунтирования основных пазух. Автореф. Дис.канд.мед.наук, Астана, 2009.

20. Пискунов С.З. Пискунов Г.З., 1991.,

21. Пискунов С.З. Пискунов Г.З., Клиническая ринология. М.: «Миклош», 2002. 390 с.

ПРИМЕНЕНИЕ МЯГКОГО ФИКСАТОРА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШЕЙКИ ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ

Насиров У.И., Рысбаев К.С.

Бишкекский Научно-исследовательский Центр Травматологии и Ортопедии, Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. При переломе хирургической шейки плечевой кости современная медицина насчитывает огромное число способов хирургического лечения. Однако ни один из этих методов не получил должного признания среди врачей травматологов. Учитывая выше сказанное, сотрудниками нашего центра разработан и внедрен в практическую деятельность новый способ оперативного лечения переломов хирургической шейки плечевой кости лавсаном

Ключевые слова: остеосинтез, перелом, плечевая кость, лавсановая лента, реабилитация.

Корутунду. Кунжилик хирургиялык моюнунун сыныгын дарылоонун көптөгөн хирургиялык дарылоо жолдору болгонуна карабастан, аны дарылоонун жолдоруна көңүл бурууга тийиш. Айткандарды эске алып отуруп, биздин клиника кызматкерлери кунжилик сөөгөнүн хирургиялык моюнун сыныгын дарылоодо кистет лавсан менен тигип дарылоо жолун ойлоп таап практика жүзүнү киргизишти.

Негизги создор: сүүктү бекитүү, сыныктар, күнжилик, лавсан тасмасы менен карматуу, реабилитация. (толук сакайтуу).

Despite wide variety of surgical treatment modes of humeral bone fractures, surgical neck fractures require special attention, as well as improvement of available and development of new surgical treatment modes taking into consideration the peculiarities of anatomical structure. Taking the foregoing into account, the members of our clinic have development and are applying the new treatment mode of surgical neck and humeral bone fractures using pure-string suture.

Key words: humerus, fractures, osteosynthesis with a lavsan band, rehabilitation.

Актуальность проблемы. Общеизвестно, что повреждение плечевой кости на уровне хирургической шейки, происходят довольно часто. К сожалению, причиной такому явлению, кроме транспортного, бытового и спортивного травматизма, в последнее время является и инволюционный остеопороз, который в большинстве случаев наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста, что, несомненно, отягощает течение патологического процесса.

Из общего числа повреждений опорно-двигательной системы, переломы хирургической шейки плечевой кости по данным разных авторов составляют от 2% до 13,5%, что составляет более половины от всех переломов про-

ксимального отдела плечевой кости. Все вышеперечисленное позволяет отнести изучение данной проблемы к числу наиболее актуальных.

Целью исследования настоящей работы является разработка и внедрение в практическую деятельность нового метода в лечении перелома хирургической шейки плечевой кости лавсаном.

Материалы и методы исследования. Современная травматология и ортопедия насчитывает огромное число способов как консервативного, так и оперативного лечения переломов хирургической шейки плечевой кости. Однако ни один из этих методов не получил должного признания среди врачей-травматологов,

вследствие либо своей неполной эффективности, либо из-за высокой травматичности.

Что касается консервативных методов лечения, то применение гипсовой лонгеты (висячее плечо), не всегда позволяет достичь хороших функциональных и анатомических результатов. Кроме того, громоздкие гипсовые лонгеты плохо переносятся пациентами особенно пожилого возраста.

Огромное число методов оперативного лечения, существующих на сегодняшний день, можно условно разделить на две группы. Первая группа включает методы остеосинтеза после открытой репозиции отломков, вторая группа методик оперативного вмешательства позволяет произвести остеосинтез закрытым способом, не обнажая место перелома. Недостатком вышеизложенных методик является то, что и в первом и во втором случае неизбежен факт повторного оперативного вмешательства по поводу удаления имплантированного устройства. Кроме того, при осложненных, оскольчатых переломах большинство методик оперативного вмешательства с применением металлоконструкций не приводят к желаемому результату.

Учитывая вышесказанное, сотрудниками нашего центра разработан и внедрен в практическую деятельность новый способ оперативного лечения оскольчатых переломов хирургической шейки плечевой кости лавсаном, на который нами получен патент Кыргызской Республики №805 от 2005 года.

Сущность предложенного метода заключается в том, что нами, после выделения места перелома, продельваются тонким шилом несколько каналов, как в проксимальном, так и дистальном отломках, через которые заранее проводим лавсановые ленты, проводится репозиция отломков лавсановой лентой затягиваются в узлы. Такая методика нами практикуется при простых косых, поперечных и косоперечных переломах.

В случаях, когда встречаются оскольчатые

или переломы грибовидной формы, при которых увеличивается диаметр проксимального отломка плечевой кости, нами в первую очередь восстанавливается анатомический диаметр проксимального отломка следующим способом, т.е. в первую очередь перед нами стоит цель воссоздать одинаковый поперечник прилежащих концов как, проксимального, так и дистального отломков. Она достигается тем, что на проксимальный отломок накладываем двух-, трехрядный кисетные швы, которые затягиваем до восстановления прежнего диаметра, предварительно очистив пространство между осколками от элементов соединительной ткани и гематом. Далее остеосинтез осуществляем по выше описанному методу.

Результаты и обсуждения: При оценке ближайших и отдалённых результатов лечения нами использован тест по модифицированной шкале «Оценка плеча» учитывающей 5 параметров: боль, объем движений, уровень повседневной активности, степень реабилитации, удовлетворенность пациента. Каждый параметр оценивали по 10 бальной шкале (от 0 до 10 баллов). Баллы суммировали, результат оценивали по количеству набранных баллов: 36-50 как хороший, 26-35 как удовлетворительный, 25 и менее - как неудовлетворительный.

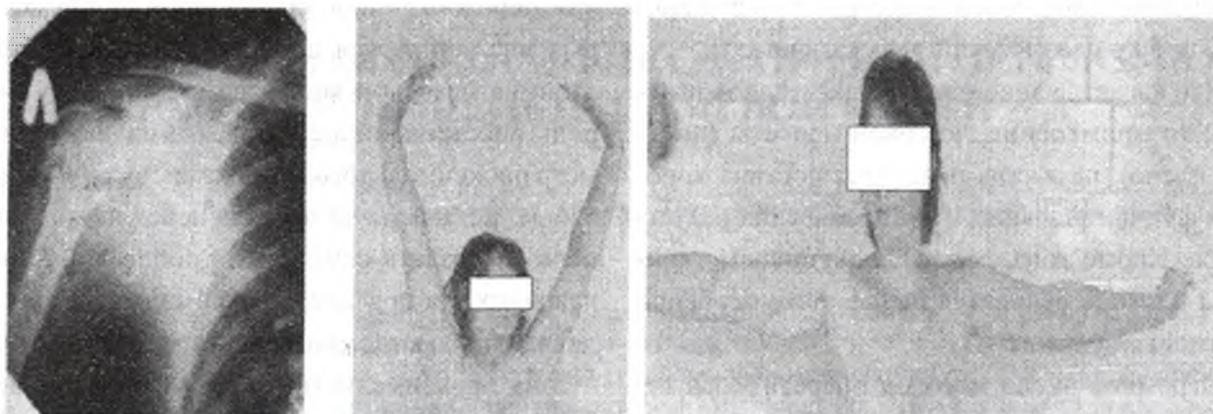
Отдалённые результаты оперативного лечения переломов проксимального отдела плечевой кости (3-12 месяцев) были следующие:

-хорошие результаты получены у 42 больных – 89,4%;

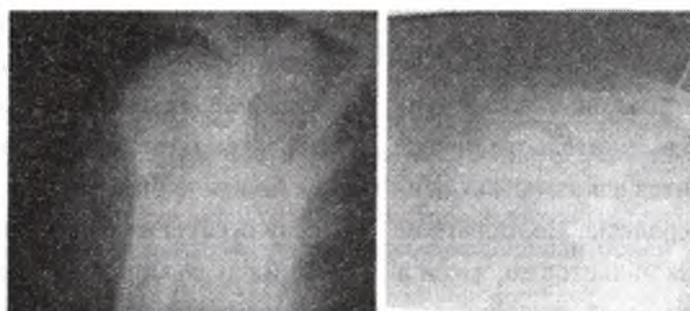
-удовлетворительные результаты получены у 4 больных, что составил 8,5% от общего числа;

-неудовлетворительный результат получен у 1 больного, что составил 2,1% от общего числа.

*Клинический пример, больная Н., 38 лет.
Диагноз: Закрытый перелом хирургической шейки плеча.*



До операции



После операции

Выводы. На основании проведенного исследования, мы можем утверждать, что предложенный нами новый метод оперативного лечения переломов хирургической шейки плечевой кости позволяет достичь наиболее точной репозиции и достаточной жесткой фиксации. Следует отметить, что при данной методе отмечается наименьшая травматизация прилегающих мягких тканей. Кроме того, наш метод оперативного лечения позволяет проводить активизацию в раннем послеоперационном периоде, что предотвращает развитие контрактур в смежных суставах. Но самое главное, нет необходимости повторного оперативного вмешательства по поводу удаления имплантированной металлоконструкции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волна А.А., Владыкин А.Б. Переломы проксимального отдела плеча: Возможности использования штифтов. М.: 2001. -С. 1-4
2. Возгорьков П.В. Остеосинтез проксимального отдела плеча: Сб. материалов симпозиума: «Колленный и плечевой сустав – XXI». М.: 2000. - С. 30.
3. Битчук Д.Д., Прозоровский Д.В. Лечение переломо-вывихов проксимального отдела плечевой кости // Ортопед. травматол. 1997. №3. - С. 98-99.
4. Гибель Г.Г. Особенности кровоснабжение плечевой кости и их роль в аспекте оперативного лечения переломов плеча // Травматология и ортопедия России. 1996. №4. - С. 34-37.

ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПО ПОВОДУ АЛЬВЕОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Абдиев А.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, городская клиническая больница № 1, г. Бишкек, Кыргызская Республика Кафедра Факультетской хирургии

Ключевые слова: печень, альвеококкоз, оперативное лечение, профилактика воспалительных осложнений.

Резюме: Представлены меры профилактики осложнений после операций, выполненных по поводу альвеококкоза печени у 26 больных. Радикальные операции произведены у 11, условно-радикальные – у 8, а у остальных – паллиативные. Меры профилактики: гемостаз, введение медикаментозных средств в пупочную вену, адекватное дренирование брюшной полости. Осложнения отмечены у 3 из 26 оперированных.

PROPHYLAXIS OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS AFTER OPERATION IN CONNECTION WITH ALVEOCOCCOSIS OF LIVER

Abdiev A.

Key words: liver, alveococcosis, surgical treatment, prophylaxis of inflammatory complications.

Summary: Prophylactic methods of complications after operation in 26 patients with alveococcosis of liver are presented. Radical operations were carried out in 11 patients, conditional radical operations were carried out in 8 patients, and the rest had palliative operations. The next prophylaxis methods were used: hemostasis, introduction of medicines into umbilical vein, adequate drainage of abdominal cavity. Complications were in 3 of 26 operated patients.

АЛЬВЕОКОККОЗ ДАРТЫ БОЮНЧА ОПЕРАЦИЯЛЫК ДАРЫЛОДОН КИЙИНКИ, СЕЗГЕНҮҮ ТҮРДӨ ӨТҮШҮП КЕТҮҮСҮНӨН АЛДЫН АЛУУ

Абдиев А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академия, Биринчи шаардын клиникалык больница, Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы

Негизги сөздөр: Боор, альвеококкоз, операция, жолу менен дарылоо, сезгенүү түрдө өтүшүп кетүүдөн алдын алуу.

Корутунду: алдынарга 26 бейтаптын, боордун альвеококкозу боюнча оперативтүү түрдө дарылоодон кийинки өтүшүп кетүүлөрдүн алдын алуу шарттары коюлду. Алардын ичинен 11 бейтапка радикалдуу түрдө операция, 8 бейтапка шартуу радикалдуу түрдө операция, ал эми калгандарына паллиативтүү операция жасалды. Алдын алуу шарттары: тастыктап кан токтотуу, боордун «киндик» тамырына дарыларды куйуу, ич көздөйүнөн түтүктөрдү талаптагыдай чыгаруу. Операция болгон 26 бейтаптардын ичинен 3 бейтапта өтүшүп кетүү катталды.

Введение. Альвеококкоз печени – тяжелое паразитарное заболевание, которое весьма распространено в Кыргызской Республике, особенно часто стали регистрироваться случаи в последние годы [1,6] и не только среди сельских жителей, но и городских, что связано с прекращением мер профилактики, большой миграцией

сельского населения в города.

Лечение этого заболевания, в основном, хирургическое, но нужно отметить, что радикальные операции удается выполнить в 20-25% в связи с обширностью процесса и тяжестью состояния больных. В остальных же случаях выполняются паллиативные вмешательства, по-

звояющие лишь продлить жизнь оперированных [5,6].

Однако, радикальные операции, как правило, травматичные и после них нередко возникают различные осложнения, значительно влияющие на продолжительность лечения в стационаре и исход заболевания.

Среди наблюдаемых осложнений после операции, выполненных по поводу альвеококкоза печени, большой удельный вес занимают гнойно-воспалительные осложнения (50-70%), причиной которых является большая кровопотеря в момент операции и в ближайшем послеоперационном периоде, продолжительность ее выполнения, снижение иммунно-биологической реактивности у больных альвеококкозом, в результате чего возникают плевриты, абсцессы в поддиафрагмальных и подпеченочных пространствах, нагноение раны, пневмонии и другие гнойно-воспалительные осложнения, что требует разработки мер профилактики и их внедрения в хирургических стационарах, где выполняются операции по поводу паразитарных заболеваний печени.

Цель исследования – оценить результаты оперативного лечения альвеококкоза печени с учетом использованных мер профилактики гнойно-воспалительных осложнений.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 26 больных альвеококкозом печени, которые были оперированы в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г.Бишкек в период с 1 августа 2008 года по 20 марта 2010 года.

Из 26 больных мужчин было 12 и женщин – 14. Их возраст колебался от 16 до 58 лет, но обращало на себя внимание то, что мужчины были в молодом возрасте (от 16 до 41 года), а женщины – в более старшем (от 36 до 58 лет). Давность заболевания была в пределах от 2 месяцев до двух лет, но это положение не отражает истинную давность, так как у многих больных был распространенный процесс. Очевидно лишь при появлении осложнений больные считали этот срок за давность. Кроме того, нужно отметить, что альвеококкоз печени длительное время протекает без специфических признаков, что также является причиной позднего поступления заболевших в стационар.

С целью определения характера заболевания, помимо общеклинического исследования, использовали УЗИ, КТ и в неясных случаях магнитно-резонансную томографию. С применением этих методик обследования у всех установлен до операции альвеококкоз печени.

Наиболее часто выявлялось поражение правой доли (16 из 26), левой доли – у 3 и заболевание правой и левой долей имело место у 7 пациентов. Из 26 поступивших альвеококкоз у 12 был осложнен механической желтухой. Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, но после интенсивной инфузионной предоперационной подготовки.

Результаты и их обсуждение

Лапаротомия осуществлялась доступом в правом подреберье (при поражении правой доли), верхне-срединным (при локализации в левой доле) и доступом типа «мерседес» при распространенном процессе в правой и левой долях.

Радикальную операцию удалось выполнить у 11 больных (у 8 – правостороннюю гемигепатэктомию и у 3 – левостороннюю), у 8 произведены условно-радикальные операции, когда отдельные узлы в области ворот печени удалить было невозможно, поэтому у 4 осуществлена сегментэктомия и еще у 4 – атипичная резекция печени с оставлением неудаляемых узлов.

Паллиативные операции произведены у 7 больных, это были пациенты с механической желтухой и распространенным процессом. Им было осуществлено лишь транспеченочное дренирование для разгрузки желчных путей.

Уже в момент операции мы начинали профилактику воспалительных осложнений, которую продолжали и в послеоперационном периоде: это, в первую очередь, тщательный гемостаз, стремились прошивать и перевязывать сосуды на раневой поверхности печени, а мелкие сосуды коагулировали. У 6 больных плотно фиксировали круглую связку печени для более надежного гемостаза. Еще у 6 использовали дополнительно гемостатические салфетки.

Операции сопровождалась введением медикаментозных средств через реканализированную пупочную вену (рефортан, гемодез, витамины, гептрал), антибиотики (цефазолин, кефзол или мандол), а при наличии желтухи добавляли преднизолон. После операции на протяжении

4-5 суток продолжали инфузионную терапию через пупочную вену. Эта мера профилактики способствовала улучшению гемодинамики печени, ликвидации интоксикации и улучшению функционального состояния печени.

Большое внимание уделяли дренированию брюшной полости, обязательно оставляли 1-2 дренажа в поддиафрагмальном пространстве и через них осуществляли активную аспирацию, а также дренировали подпеченочные пространства.

Состояние всех больных после операции было тяжелым, поэтому особое внимание было уделено оценке количества отделяемого из брюшной полости и его характеру, коррекции гемодинамики и функции печени, снижению явлений интоксикации и анемии. Стремилась по возможности выполнить раннюю активизацию больных, чтобы предотвратить тромбозы и другие осложнения, которые нередко возникают после операции на печени.

После удаления катетера из пупочной вены продолжали вводить антибиотики внутримышечно или внутривенно, а инфузионную терапию – внутривенно. Состояние больных постепенно улучшалось, особенно это было заметно у пациентов, которым выполнено было транспеченочное дренирование, желтуха уменьшалась, улучшался аппетит, больные активизировались. К моменту выписки уровень билирубина в крови достиг нормы. Несмотря на тяжесть состояния до операции, осложнений в ближайшем послеоперационном периоде после паллиативных операций мы не наблюдали и они были выписаны с рекомендациями провести три курса лечения альбендазолом.

После радикальных и условно-радикальных операций у 3 больных в послеоперационном периоде возникли осложнения. У одного больного выявлен поддиафрагмальный абсцесс на 8-9 сутки после операции, произведено вскрытие абсцесса и его дренирование, после чего темпе-

ратура нормализовалась, стало быстро улучшаться общее состояние и на 32 день после операции выписан под наблюдение хирурга по месту жительства.

В послеоперационном периоде мы многократно использовали УЗИ, чтобы своевременно выявить осложнения со стороны грудной и брюшной полости и у 2 больных был обнаружен плеврит, который был излечен плевральными пункциями.

Таким образом, наши немногочисленные наблюдения за очень тяжелой группой больных с альвеококкозом печени показали, что использование мер профилактики позволяет снизить частоту осложнений в ближайшем послеоперационном периоде (у 3 из 26). Больным, которым произведены условно-радикальные операции, необходимо назначение химиопрепаратов – альбендазола – для профилактики прогрессирования процесса, а после паллиативных операций – также 3 курса приема альбендазола с целью стабилизации процесса в печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айтбаев С. Альвеококкоз в Кыргызской Республике и особенности его оперативного лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2008. – 18 с.
2. Альперович Б.И., Сорокин Р.В. Хирургическое лечение рецидивного эхинококкоза и альвеококкоза печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – № 2. – С.98-99.
3. Ахметов Д.Г. Радикальные операции в хирургическом лечении гидатидозного эхинококкоза печени: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2009. – 22 с.
4. Бедин В.В., Краснов К.А., Пельц В.А. Хирургическое лечение альвеолярного эхинококкоза печени // XII Международный конгресс хирургов-гепатологов: Тез. докл. – М., 2005. – С.103.
5. Джоробеков А.Д. Резекция печени при очаговых заболеваниях // *Хирургия в условиях равноправия традиций*. – Бишкек, 2000. – С.87-93.
6. Оморов Р.А., Айтбаев С.А., Куттубаев О.Т., Бейшенбаев Р.К. Альвеококкоз. – Бишкек: Полиграфкомбинат, 2009. – 321 с.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЛОЖНЫХ ВНУТРИСУСТАВНЫХ ПЕРЕЛОМОВ ДИСТАЛЬНОГО ОТДЕЛА ПЛЕЧЕВОЙ КОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАКОСТНОЙ ПЛАСТИНЫ

Борукеев А.К., Молдобеков И.М.,

Бишкекский Научно Исследовательский Центр Травматологии и Ортопедии, Бишкек, Кыргызстан

Ключевые слова: плечевая кость, наkostная пластина, остеосинтез, метаэпифиз, перелом.
Резюме: В работе представлена тактика оперативного лечения при сложных внутрисуставных переломах дистального метаэпифиза плечевой кости с применением наkostной пластины.

ИЙИН СӨӨГҮНҮН ДИСТАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН МУУН ИЧИН КАМТЫГАН ТАТААЛ СЫНЫКТАРДЫН СӨӨК СЫРТЫНАН БЕКИТҮҮЧҮ ПЛАСТИНА КОЛДОНУУ МЕНЕН ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛОО

Борукеев А.К., Молдобеков И.М.

Бишкек травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору, Бишкек, Кыргызстан

Кортунду. Бул иште кун жилик соогунун дисталдык болугунун муун ичинде татаал сыныктын, соокко коюлуучу жалпак нерсе менен бириктирип дарылоо ыкмасы коргозулгон.
Негизги сөздөр: ку? жилик соогу, жалпак нерсе, соокту бекитүү, сынык, метаэпифиз
Surgical treatment of compound intra-articular fractures of distal part of humeral bone with implementation of a bone plate

Bishkek Scientific Research Center of Traumatology and Orthopaedics, Bishkek, Kyrgyzstan

Resume: The report presents the tactician of surgical treatment at compound intra-articular fractures of distal metaepiphysis of humeral bone with implementation of a bone plate.

Key words: humeral bone, bone plate, osteosynthesis, metaepiphysis, crisis

Введение. Современные принципы лечения переломов, включающие точную репозицию, стабильную фиксацию отломков и раннее начало движений в суставе, особенно актуальны при лечении внутрисуставных переломов дистального отдела плечевой кости. В настоящее время большинство хирургов считают, что полноценно восстановить анатомическую форму суставных поверхностей можно путем только открытой репозиции.

Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости по данным статистики составляют 2% от всех переломов у взрослых и около 30% переломов в области локтевого сустава. Суставные поверхности костей образующих локтевой сустав, имеют сложную конфигурацию. Хорошие резуль-

таты лечения внутрисуставных переломов дистального метаэпифиза плечевой кости зависят от анатомически точной репозиции блока суставной поверхности плечевой кости. Деформация суставных сегментов создает несоответствие между ними, препятствия движениям и изменяет биомеханику сустава. Это способствует развитию контрактур и артроза.

Наиболее сложными для лечения являются оскольчатые переломы мышцелка плеча (тип С по классификации АО/ASIF). Несмотря на активную хирургическую тактику, удовлетворительные и плохие результаты оперативного лечения этих переломов составляют, по данным литературы, 19,3-31,6%.

Большое значение имеют стабильная фиксация

костных отломков и ранние движения в локтевом суставе, так как уже через 2-3 недели наступают иммобилизационные контрактуры локтевого сустава.

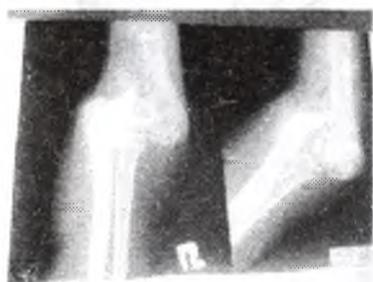
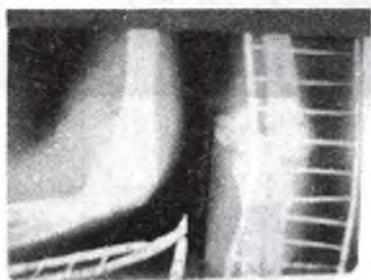
Материалы и методы исследования. В период с 2006-2010 гг. в БНИЦТО лечились 23 больных с внутрисуставными переломами дистального метаэпифиза плечевой кости. Возраст больных варьировал от 20 до 54 лет. Из них мужчин 12, женщин 11. Среди повреждений преобладали открытые и закрытые преломы типов В1,3 и С1,3 по классификации АО/ASIF

Методика оперативного лечения. После соответствующей подготовки больного, в положении на спине, под проводниковой или внутривенной анестезией, производится кожный разрез по задней поверхности локтевого сустава. Далее проводится остеотомия локтевого отростка, артротомия с выделением сухожилия трехглавой мышцы. Костные отломки выводятся в рану, после точной репозиции отломков, наkostная пластина моделировалась интраоперационно и устанавливалась на наружную поверхность плечевой кости тем самым, избегая травматизации локтевого нерва. После остеосинтеза дистального отдела плечевой кости, локтевой отросток фиксировался 2 взаимоперекрещивающимися спицами и серкляжной проволокой со стягивающей петлей. **Дренирование.** Послойные швы на рану. В послеоперационном периоде конечность косыночной повязкой до стихания острых послеоперационных болей. С целью профилактики образова-

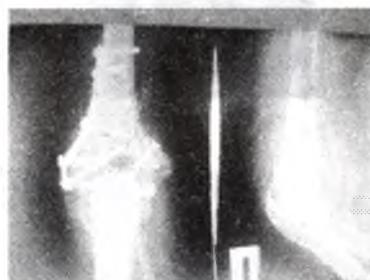
ния параартикулярных оссификатов назначали индометацин 0.25 по 1 т 3 раза в день в течение 10-12 дней. Со 2 го дня назначалось физиолечение на область локтевого сустава. По мере стихания послеоперационных болей начиналась ЛФК локтевого сустава с целью ранней активизации.

Для фиксации отломков нами применялись 1/3 трубчатые, Y-образные пластины и пластины с угловой стабильностью с 5-7 винтами. Сроки пребывания больных в стационаре после операции составлял в среднем 10-12 дней. Движения в локтевом суставе восстанавливались в среднем через 3-4 недели.

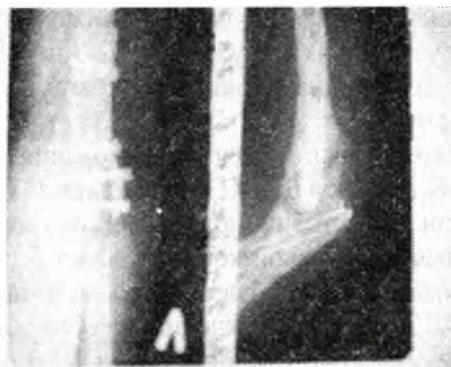
Клинический пример: Больной К., 37 лет, травму получил в результате падения с высоты на область локтевого сустава. В приемном отделении БНИЦТО, больной обследован, сделана рентгенография локтевого сустава в 2х стандартных проекциях диагностирована закрытый внутрисуставной чрез-мышечкой перелом дистального метаэпифиза левой плечевой кости со смещением отломков. Проведена блокада места перелома, гипсовая иммобилизация. Был госпитализирован в отделение травматологии № 2 БНИЦТО. В отделении в плановом порядке произведена операция остеосинтез дистального отдела плечевой кости наkostной пластиной по выше описанной методике. До стихания послеоперационных болей, конечность была иммобилизована косыночной повязкой. Рана зажила первичным натяжением. Швы удалены на 12-е сутки. Начали разработку сустава.



до операции

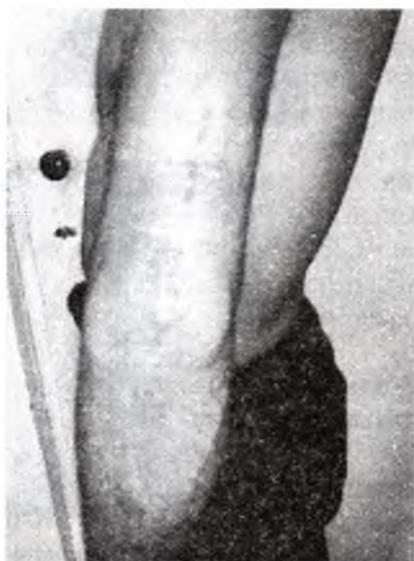
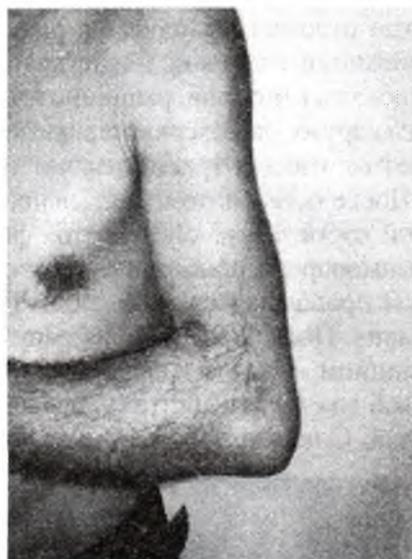
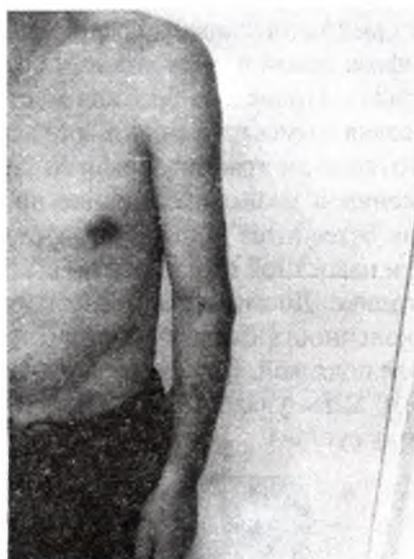


после операции

*до операции**после операции*

Таким образом полученные нами результаты показали, что у всех больных прооперированных в БНИЦТО консолидация перелома наступила в среднем через 2-2,5 месяца. У 19 боль-

ных полностью восстановилась функция локтевого сустава, у 2 больных отмечалось ограничение движений в локтевом суставе, и 1 больного послеоперационная рана воспалилась.



Выводы. Открытая репозиция отломков мыщелка плечевой кости при сложных внутрисуставных переломах является травматичной и сложной, для ее выполнения требуются определенные навыки и соответствующее оснащение. Однако в настоящее время вряд ли есть альтернатива этому методу. Закрытая репозиция не позволяет добиться точного анатомического сопоставления суставной поверхности, а именно этот фактор имеет особое значение для восстановления функции сустава и предотвращения остеоартроза. Успешная репозиция и стабильная фиксация отломков позволяет практически отказаться от внешней иммобилизации сустава и приступить к ранней разработке.

Преимуществом точной открытой репозиции является еще и то, что при неудовлетворительном объеме движения в локтевом суставе последующая операция - удаление конструкции и артролиз приводит к значительному улучшению функции. При деформированном мыщелка плеча этого добиться трудно.

Таким образом, наш опыт по применению на костного остеосинтеза при переломах дистального метаэпифиза плечевой доказывает о

перспективности данного метода, что позволяет активное раннее восстановление функции локтевого сустава, способствует параллельному течению репаративных процессов и реабилитации, опережающих развития дегенеративно-дистрофических изменений в локтевом суставе.

Тем самым снижаются сроки временной нетрудоспособности, и обеспечивается достижение хороших функциональных результатов.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдуразаков У.Л. Внутри - и околосуставные переломы и их оперативное лечение. // Автореферат диссертации на соискание доктора мед. наук. - Киев. 1988.- 40 с.
2. Аль-Шахези Ф.М. Оперативное лечение оскольчатых переломов мыщелка плечевой кости (клинико-экспериментальное исследование). Диссертация на соискание звания кандидата мед. наук. - СПб. 2004. 133 с.
3. Жабин Г.И., Шахизи Фуад., Федонина С.Ю. Оперативное лечение оскольчатых переломов мыщелка плеча типа С по классификации АО/ASIF. // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2003. №3. - С. 53-56.

ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАСПОЛОЖЕНИЯ СЕТЧАТОГО ПРОТЕЗА В БРЮШНОЙ СТЕНКЕ

Брылёва К.М., Смарж Т.М., Левдина Е.А.

ГОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава»

Кафедра хирургических болезней педиатрического факультета

Научный руководитель: к.м.н. Кузнецов А.В.

Актуальность. В последние годы, несмотря на внедрение новых технологий в хирургии, не удается добиться тенденции к снижению количества послеоперационных вентральных грыж. Среди больных, перенесших лапаротомию, частота встречаемости грыж составляет 5-11%. [2]. Течение послеоперационного периода после грыжесечения зависит от общего состояния организма, от материала и положения имплантируемого материала в брюшной стенке [5]. Четких подходов, по расположению протеза, до сих пор не разработано, и решение остается на усмотрение оперирующего хирурга. Причинами инфицирования раны и раневых осложнений являются неверный выбор способа пластики брюшной стенки и травматичное оперирование. [4]

Цель исследования. Оценка течения раневого процесса в раннем послеоперационном периоде у больных послеоперационными грыжами при различном положении сетчатого протеза в брюшной стенке.

Материалы и методы исследования. Были проанализированы истории болезни 60 пациентов оперированных в плановом порядке по поводу послеоперационных вентральных грыж, в возрасте 35-75 лет, без тяжелой сопутствующей патологии. За 40 минут до операции проводилась антибактериальная профилактика - 1,0 цефазолина внутривенно однократно [1,3]. Все грыжи имели срединную локализацию и по классификации J.P. Chevrel, M.A. Rath (1999) укладывались в значение MW3-4R0-1. Выполнялось грыжесечение, пластика сетчатым протезом Prolene Mesh Ethicon поверхностная плотность 93 г/м², размер ячеек 0,56-0,63мм. По способу пластики больные были разделены на три группы: сетчатый протез устанавливался на

апоневроз (onlay), под апоневроз (sublay) и в брюшную полость изолированную прядью большого сальника (underlay). Брюшная стенка дренировалась в течение трех суток вакуумной системой по Редону. В послеоперационном периоде, в первые сутки, по показаниям, двукратно вводились ненаркотические анальгетики. Оценивали болевой синдром, размеры пальпируемого инфильтрата брюшной стенки, количество раневого отделяемого, количество и характер осложнений, размер сетчатого протеза, время операции.

Результаты и их обсуждение. Раневое отделяемое из брюшной стенки в количественном выражении преобладало в первой группе, средний показатель равен 294 мл, что связано с наибольшей степенью травматизации лимфатического коллектора при выделении грыжевого мешка и сепарации клетчатки от апоневроза при подготовке к пластике. Во второй группе отделяемое составило 246 мл в среднем, что на 17.4% меньше чем в первой группе, и в третьей группе 220 мл, что еще на 25% меньше.

Боль определялась по десятибалльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ). В первые сутки наиболее выраженным болевой синдром был в третьей группе (10 баллов по ВАШ в первые сутки после операции), что связано с заинтересованностью париетальной брюшины вследствие ее подшивания и непосредственного контакта с сетчатым протезом. Однако средние показатели болевого синдрома за все время лечения в этой группе были самыми низкими (5,3 балла против 6,4 в первой группе и 6,6 во второй группе) ($p < 0,05$), что говорит о достаточно быстром протекании восстановительного периода. В первой группе, болевой синдром изначально был выражен умеренно (9 бал-

лов по ВАШ в первые сутки после операции), но сохранялся дольше (до 6-7 суток на уровне 4-5 баллов по ВАШ), чем в других группах, что возможно обусловлено длительно сохраняющимся инфильтратом.

Наибольшая площадь инфильтрата определялась в первой группе и была больше чем во второй на 25% по отношению к третьей на 33,4% ($p < 0,05$). Средняя площадь сетчатого протеза применявшегося для пластики была наибольшей в первой группе и составила 96 см^2 против 72 см^2 во второй и 64 см^2 в третьей группах.

По количеству осложнений лидировала первая группа, где определялись три лигатурных свища, четыре серомы и одно нагноение подкожной клетчатки. Во второй и третьей группе было по две серомы подкожной клетчатки. Удаления сетчатого протеза не потребовалось ни в одном случае.

Выводы. При пластике брюшной стенки по поводу послеоперационной вентральной грыжи, наименее предпочтительным является способ пластики onlay. Это связано с большим количеством раневого отделяемого из брюшной стенки вследствие травматизации подкожной клетчатки и наружной поверхности апоневроза, длительно сохраняющегося болевого синдрома, наибольшей площади инфильтрата, самым большим количеством имплантируемого материала и наибольшим количеством осложнений, что связано с поверхностным расположением протеза. Веским аргументом в пользу использования способа пластики underlay явля-

ется наименьшая травматизация подкожной клетчатки и апоневроза, что проявляется меньшим количеством раневого отделяемого, слабо выраженным и менее длительным болевым синдромом, и меньшим количеством раневых осложнений, что говорит о более благоприятном протекании послеоперационного периода. Весомых отличий в течении послеоперационного периода при пластиках underlay и sublay выявлено не было, что позволяет рекомендовать их как способы выбора в хирургическом лечении изучаемой группы пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброквашин, С.В. Периоперационная антибиотикопрофилактика в хирургии/ Волков Д.Е. // Казанский мед журн. – 2004. №5. – С. 323—327.;
2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. Симферополь: Издательский центр КГМУ 2000; 688.
3. Экстракорпоральная антибиотико-иммунокоррекция как профилактика инфекции в области хирургического вмешательства при использовании полипропиленовых сетчатых протезов у больных с послеоперационными вентральными грыжами /Кузнецов А.В., Кузнецов Ю.В., Добряков Б.С., Федин Е.Н. // Герниология. – 2008. №3. – С. 24-25
4. Янов, В.Н. Аутодермальная пластика и транспозиция прямых мышц живота при гигантских послеоперационных грыжах/ Янов В.Н. // Хирургия. – 2000. №6. –С.23—26.;
5. de Vries Reilingh T.S. et al. Repair of large midline incisional hernias with polypropylene mesh: comparison of three operative techniques/de Vries Reilingh T.S. et al. // Hernia. – 2004. №8. –P. 56—59.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ШЕИ РЯДА ИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ. (обзор литературы)

Жолдошева Ч.А., Медербек кызы Рада, Идрисова А.

Кафедра ЛОР болезней КГМА (г. Бишкек, Кыргызстан)

Резюме. В данной статье рассматриваются вопросы лечения флегмон шеи. Проблема лечения гнойной хирургической инфекции насчитывает тысячелетия, но остается актуальной и поныне.

Ключевые слова: флегмона шеи, гнойная инфекция, лечение гнойных ран.

Несмотря на успехи антибактериальной терапии, совершенствование хирургической техники и методов лечения, количество больных с гнойно-воспалительными заболеваниями (ГВЗ) различной этиологии и локализации не уменьшается [3,7].

В общей структуре летальности хирургических больных, частота смертных случаев от инфекционных осложнений достигает 40 - 60 % [8,17]. Среди больных с гнойными процессами этот показатель колеблется в пределах 3,4 - 6, 5 % [1,2].

Очевидно, что трудности связанные с лечением гнойно-воспалительных процессов обусловлены растущей антибиотикорезистентностью микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов; изменением видового состава микрофлоры [9]. Возросло этиологическое значение неферментирующих грамотрицательных бактерий, синегнойной палочки, анаэробной инфекции и грибов, частота выделения которых достигает 5 - 28% [8,14]. Кроме того, меняется иммунный статус людей [16], в том числе под влиянием самих микроорганизмов, что приводит к увеличению частоты генерализованных, хронических форм и рецидивов гнойной хирургической инфекции [9].

Указанные трудности в лечении гнойно-воспалительных процессов, высокая летальность больных делают проблему профилактики и лечения гнойных ран и хирургических воспалительных заболеваний чрезвычайно важной.

С клинической точки зрения большой интерес представляют межфасциальные клетчаточные пространства, нередко служащие местом распространения гнойной инфекции [20].

Распространение инфекции в сторону клетчатке окологлоточного пространства возможно

при ангине, особенно осложнённой наружным (боковым) паратонзиллитом, при травматическом поражении слизистой оболочки глотки; возможна одонтогенная природа; наконец, экссудат может распространяться из сосцевидного отростка через сосцевидную вырезку и плотно-челюстное пространство [12,18].

Проникновение инфекции из миндалина в окологлоточное пространство может осуществляться через лимфатические пути при нагноении лимфатических узлов окологлоточного пространства; гематогенным путём при распространении тромбоза вен небных миндалин на более крупные вены с последующим гнойным расплавлением тромба и вовлечением в процесс тканей окологлоточного пространства; наконец, при переходе воспалительного процесса из миндалин или при прорыве гноя непосредственно в окологлоточное пространство.

Помимо осложнений общего характера (сепсис, тяжелая интоксикация), глубокие воспалительные очаги шеи опасны тем, что могут распространяться по клетчатке в переднее и заднее средостения, вызвать сочувственный плеврит, пневмонию, сдавление трахеи или отек гортани, вовлечь в процесс стенки крупных артерий и вен, что может привести к их расплавлению и тяжелому кровотечению [10,19,22].

Основным принципом в лечении гнойных ран является комплексный подход, состоящий из ряда обязательных компонентов: хирургическое дренирование очага гнойной инфекции, антибактериальное, дезинтоксикационное, общеукрепляющее, иммунокорректирующее и симптоматическое [4,11].

Традиционное (открытое) лечение ран с различными лекарственными препаратами является наиболее распространенным и общеприня-

тым методом в клинической практике [13,23].

Лечение флегмон шеи зависит от их локализации [6,21].

При флегмоне надгрудинного межапоневротического пространства проводят поперечный разрез кожи на 1-1,5 см выше вырезки грудины. Послойно рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию с окутывающей ее подкожной мышцей шеи. Затем над желобоватым зондом рассекают собственную фасцию шеи, образующую переднюю стенку надгрудинного межапоневротического пространства. Удаляют гной и обследуют полость пальцем. При наличии гнойных затеков в боковых карманах *Груббера* их дренируют через тот же разрез.

При флегмоне в области латерального треугольника шеи разрез кожи проводят параллельно и выше ключицы. Отступив от заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, поверхностную фасцию с окутывающей ее подкожной мышцей шеи и проникают в клетчаточное пространство латерального треугольника шеи, вскрывают гнойник, удаляют гной, тщательно обследуют полость гнойника, определяя наличие гнойных затеков.

Основная локализация затеков при запущенном процессе – подтрапецевидное клетчаточное пространство. Для дренирования этого гнойного затека проводят дополнительный разрез (контрапертура) у остистых отростков позвонков.

При флегмоне (абсцессе) *Бецольда* воспалительный процесс локализован в ложе грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Здесь разрез проводят по заднему краю в верхней трети этой мышцы. Также делают послойный разрез до грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Вскрыв фасциальное ложе, удаляют гной и дренируют полость гнойника с тщательной некротомией тканей.

При флегмоне *Дююитрена* воспалительный процесс локализован по ходу сосудисто-нервного пучка медиального треугольника шеи. Флегмоны могут располагаться как в верхнем, так и в нижнем отделе сонного треугольника. Они могут распространяться в надключичную область, подмышечную ямку, переднее средостение и на противоположную сторону (широкая флегмона шеи *Дююитрена*).

В ряде случаев возможен и закрытый способ лечения флегмон шеи.

Задача решалась тем, что после вскрытия гнойной раны, ревизии содержимого, туалета раны антисептиками, введения сквозного перфорированного трубчатого дренажа, закрытия раны проводили путем прошивания ее краев отступая на 1-1,5 см с обеих сторон цельной моноупругой танталовой проволокой с зацепными крючками, полное и мягкое соприкосновение краев на всем протяжении осуществляли эластичной резиновой тягой на крючках. Это позволило осуществить полноценное фракционное промывание гнойной полости, при необходимости аспирацию содержимого, контролировать в динамике состояние гнойной полости с фрагментарными или полным ее раскрытием путем снятия резиновых колец, профилактикой и антисептикой возможных повторных осложнений и осуществить хорошую эпителизацию на всем протяжении с образованием косметического рубца, что очень важно при гнойных процессах [4,15].

Обширные гнойно-воспалительные процессы являются источниками эндогенной интоксикации, которая осложняет течение раневого процесса, может приводить к срыву защитных механизмов, развитию генерализованных форм хирургической инфекции. Для усиления дезинтоксикационного, сорбирующего эффекта у больных с обширными гнойно-воспалительными очагами была разработана смесь, в которой раствор метронидазола, димексида 300 мг/мл и гентамицина 4 мг/мл сочеталась с углерод минеральным сорбентом СУМС-1 [15].

Под воздействием условий среды, роль которой выполняет химическая поверхность СУМС-1, происходит разрушение стабилизирующих белок связей, структура белка становится близкой к денатурированной. На денатурированный белок, как на клей, собираются другие микробные клетки, что и обуславливает полимолекулярный характер адсорбции. В то же время СУМС-1 сам обладает антибактериальной активностью, хотя и слабо выраженной [5].

Таким образом, метод раннего закрытия раны с помощью крючков и петель является перспективным методом позволяющий сокращать сроки лечения флегмон челюстно-лицевой области в 1,5 раза и может быть широко применен в клинической практике, хотя традиционное (от-

крытое) лечение ран является наиболее распространенным и общепринятым методом. Комбинация 0,5% раствора метронидазола и углерод-минерального сорбента СУМС-1, является эффективным средством для местного лечения гнойно-воспалительных заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агапов В.С., Пиминова И.А. Оценка результатов местного применения перфторана в комплексном лечении больных с одонтогенными флегмонами лица и шеи. //Стоматология.-2006.-№5.-С.32-35.
2. Азимова Д.Ж. Анализ микробиологического исследования при нагноительных заболеваниях шеи //Материалы II съезда отоларингологов Кыргызской Республики. - Бишкек, 2004. - С. 130-133.
3. Азимова Д.Ж., Насыров В.А. Микробиологические исследование и его роль в оптимизации схем антибактериального лечения гнойно-воспалительных заболеваний шеи // Среднеазиатский журнал.-Бишкек, 2004. - С. 143-146.
4. Бакиев В.А. Инновационные подходы в комплексном лечении абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области и шеи.//Здравоохранение Кыргызстана.-Бишкек, 2009,-№4.-С.149-157.
5. Бородин Ю.И., Труфакин В.А., Любарский М.С. и др. Сорбционно-лимфатический дренаж в гнойно-септической хирургии.-Бишкек, Новосибирск.- «Илим».-1993.-346с.
6. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия.-М.:Медицина.-1996.-С.18-25.
7. Губин М.А., Чирко Е.И., Харитонов Ю.М. Диагностика и лечение одонтогенного медиастинита.//Вест.хирургии.-1996.-№3.-С.12-15.
8. Девятков В.А. Моделирование, прогнозирование гнойной хирургической инфекции, методы защиты ран от нее и пути повышения репаративной регенерации: Автореф. дис. канд. мед.наук. - Пермь, 1994.-34 с.
9. Ерюхин И.А. Инфекция в хирургии, старая проблема накануне нового тысячелетия//Вестник хирургии. - 1998. -№ 1.-С. 85-91.
10. Карандашов В.И.Патогенез, клиника и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний лица и шеи./Автореф.дис. ...д-ра мед.наук.-М., 1998.-33с.
11. Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лицаи шеи (руководство для врачей) под ред. А.Г.Шаргородского.-М.:ГЭОТАР – МЕД.-2002.-528с.
12. Левенец А.А., Чучунов А.А. Одонтогенная флегмона челюстно-лицевой области. //Стоматология.-2006.-№3.- С.27-29.
13. Любарский М.С. и др. Сочетанная лимфотропная и сорбционная терапия гнойных ран.-Бишкек-Новосибирск: Илим.-1995.-134с.
14. Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Омурзаков М.Б. Применение антибиотиков в профилактике послеоперационных раневых осложнений.//Современные методы исследования и лечения в медицинской науке и практике.- Бишкек, 1998.-С.683-686.
15. Мурадов Р.Н., Бакиев Б.А., Бейшеналиев А.С. Влияние многокомпонентной биоповязки адсорбированной на СУМС-1 на течение раневого процесса при закрытом способе лечения у больных с поверхностными флегмонами челюстно-лицевой области. //Здравоохранение Кыргызстана.-Бишкек, 2009,-№4.-С.157-165.
16. Рахметов Н.Р., Тайгулов Е.Л. Возможности прогнозирования раневой инфекции // Актуальные вопросы клинической хирургии. / Сборник научных трудов. - Семипалатинск, 1995. - С. 239 – 242.
17. Робустова Т.Г. Динамика частоты и тяжести одонтогенных заболеваний за 50 лет (1955-2004)//Стоматология.-2007.-№3.-С.63-66.
18. Светухин А.М., Матасов В.М., Истратов В.Г. Этиопатогенетические принципы хирургического лечения гнойных ран.//Хирургия.- 1999.-№1.-С.9-11.
19. Стручков В.И., Гостищев Ю.В., Стручков Ю.В. Хирургическая инфекция.//М.: Медицина, 1991.- 560с.
20. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.-Алматы. - 1994. - 222с.
21. Юсупов Ю.Н., Епифанов М.В., Данилин В.Н. Программированное орошение и дренирование в лечении больных с местной гнойной инфекции мягких тканей. //Вестник хирургии.-2000.-№2.-С.57-60.
22. Fernandez C.N.R., Merina Diaz R Serrano del C. Minimal inhibitory and bactericidal concentrations of some antiseptics and disinfectans against strains of hospital origin.//Rev-Latinoam-Mikrobiol.-1992.-№1.-P.1-6.
23. Garder M.L.G., Steffens K.J. Absorbition of orally administered enzymts./Springer-Verlag, Berlin, Heideneberg, New York.1996.- 96p.

СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН И ЕГО ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Асылбашев Р.Б.

Кыргызская Государственная медицинская академия, г. Бишкек, Кыргызская Республика

Ключевые слова: гнойная рана, лечение, озонированные растворы, сближение краев раны.

Резюме: Представлены результаты лечения 18 больных с гнойными ранами путем фиксации мягкой тонкой проволоки вокруг раны с резиновыми кольцами. В процессе лечения края раны сближаются, заживление ускоряется на 5-6 дней.

METHOD OF CURING SEPTIC WOUNDS AND EFFICACY THEREOF

Asylbashev R.B.

Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, Kyrgyz Republic

Key words: purulent wound, treatment, ozonized solution, wound border rapprochement.

Summary: The results of treatment of 18 patients with purulent wounds with the fixation of soft thin wire with rubber rings around the wound are presented. During the treatment the wound borders are approached and the healing occurs 5-6 days earlier.

ИРИНДҮҮ ЖАРАЛАРДЫ ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ ЖАНА АНЫН НАТЫЙЖАЛУУЛУГУ

Асылбашев Р.Б.

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

Негизги сөздөр: ириндүү жара, дарылоо, озондошкон кошулмалар, жарааттардын жакындашуусу.

Корутунду: Жаранын айланасын желим шакекче тирчидош жука, жумшак сым аркылуу фиксациялоо жолу менен ириңдүү жарадан жабыркаган 18 оорулууну дарылоонун жыйынтыктары берилди. Дарылоо учурунда жаралардын четтери жакындашат, айыгуу 5-6 күнгө эрте аяктайт.

Введение. На протяжении многих столетий первостепенной проблемой медицины являлась проблема лечения гнойных ран не только огнестрельных, но и послеоперационных, и в настоящее время она остается актуальной, так как число больных с гнойными ранами не уменьшается [5,7]. Комплексное лечение их складывается из адекватного оперативного вмешательства, применения различных средств для воздействия на местный процесс и общей

направленной на снижение интоксикации и повышение защитных свойств

организма [1,2,8]. Основные задачи лечения гнойных ран определяются необхо-

димостью воздействия на факторы, имеющие ведущее значение в патогенезе местной и генерализованной раневой инфекции: 1) быстрое очищение раны; 2) подавление жизнедеятельности раневой микрофлоры; 3) сокращение сроков течения фазы регенерации; 4) коррекция нарушений в системе гомеостаза [4,6].

Для более благоприятного течения раневого процесса необходимо учитывать характер заболевания, особенности его клинических проявлений и на их основании осуществлять выбор медикаментозных средств и физических факторов [3,4,8]. Однако, несмотря на множество предложенных схем лечения, результаты остаются не всегда удовлетворительными. Про-

должается поиск наиболее эффективных методов лечения, которые сократили бы сроки лечения.

Цель нашего исследования - оценить результаты лечения гнойных ран с применением озонированных растворов поваренной соли и разработанной методики по сближению краев раны.

Материал и методики исследования

Под наблюдением находилось 18 больных, которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях городской клинической больницы № 1 г. Бишкек в период с 1 января по 30 марта 2010 года. Из них мужчин было 12 и женщин - 6, в возрасте от 26 до 60 лет. Давность заболевания составляла от 3 до 10 дней. Все они поступили по поводу флегмоны (7 чел.) и абсцессов (19 чел.).

Методы лечения: при поступлении всем больным под внутривенным обезболиванием выполнено вскрытие флегмоны или абсцесса. При вскрытии максимально удаляли некротические ткани, рану орошали озонированным раствором поваренной соли с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Рану осушали, затем на протяжении 1-2 мин орошали озонкислородной смесью и накладывали повязку с озонированным раствором. На следующий день вокруг раны фиксировали мягкую тонкую металлическую проволоку с образованием узлов по ее ходу и на эти узлы с обеих сторон ран одевали резиновые кольца, изготовленные из резиновой пипетки. В последующие дни рану ежедневно орошали озонированными растворами и озонкислородной смесью. После очищения раны накладывали повязку с озонированным растительным маслом с концентрацией озона 3-4 мкг/мл. Для оценки эффективности лечения учитывали сроки очищения раны, результаты бактериологического исследования и сроки заживления. В качестве контроля были обследованы 10 больных с аналогичными гнойными ранами, которые получали традиционное лечение.

Результаты и их обсуждение

В процессе наблюдения за течением раневого процесса мы отметили, что озонированные растворы способствуют быстрому очищению раны и уменьшению отека мягких тканей только вокруг раны. По мере уменьшения отека

резиновые кольца автоматически сближали края раны, в то время как у больных контрольной группы после очищения раны ее размеры оставались прежними и в последующие сроки рана заполнялась грануляционной тканью, с краев шла эпителизация и формировался грубый рубец. При применении разработанной нами методики идет быстрое сближение краев раны и после заживления формируется мягкий рубец. Если в контрольной группе заживление составляло $14,3 \pm 0,79$ суток, то в основной - $8,1 \pm 0,32$. Различия эти достоверны ($P < 0,05$).

При анализе бактериологических результатов исследования установлено, что до лечения в обеих группах больных преобладала ассоциация микрофлоры

с критической обсемененностью 10^7 (это золотистый стафилококк, кишечная палочка, клебсиелла).

При использовании озонированных растворов уже на 3 сутки от начала лечения посев отделяемого роста не дал, в то время как у больных контрольной группы и на 5 сутки выявляли микрофлору, хотя методика лечения гнойных ран заслуживает внимания.

Помимо местного лечения гнойных ран, мы выполняли и общую терапию: это внутривенное введение озонированных растворов поваренной соли с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400 мл ежедневно на протяжении 3-4 дней, комплекс витаминов группы С и В. Антибиотики назначали лишь в случаях риска возникновения генерализации воспалительного процесса. Мы взяли для лечения гнойных ран озонированные растворы, так как многими исследователями доказано, что они обладают ногокомпонентным действием: противовоспалительным, десенсибилизирующим, бактерицидным и иммунокорригирующим.

Таким образом, наши немногочисленные исследования показали целесообразность применения озонированных растворов поваренной соли для местного и общего лечения больных с гнойными ранами. Озон обладает мощным бактерицидным действием и противовоспалительным. быстро уменьшается отек мягких тканей вокруг раны, а разработанное нами устройство ведет к сближению краев раны и формированию мягкого рубца после заживления и, глав-

ное, что сокращаются сроки заживления ран. Наши исследования будут продолжены в более широком плане.

Выводы

1. Применение озонированных растворов предотвращает повторное инфицирование раны, быстро (уже на сутки) рана очищается и микрофлора не определяется.

2. Разработанная нами методика сближения краев раны обеспечивает быстрое заживление раны, без формирования грубого рубца.

3. Методика проста, доступна в применении в любом хирургическом отделении, имеющем озонаторы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бархатова Н.А. Детоксикационная и противовоспалительная терапия генерализованных форм инфекции мягких тканей // Хирургия. - 2009. - № 5. - С.27-30.

2. Гостищев В.К., Ханин А.Г. Клинико-цитологические особенности местного лечения вялогранулирующих ран мягких тканей во II фазе раневого процесса // Хирургия. - 1999. - № 10. - С.72-74.

3. Грачев СВ. Приоритетные направления лазерной медицины в ММА им.И.М.Сеченова // Лазерная медицина. - 2004. - № 4. - С.5-7.

4. Дубинин Ю.А. Комплексное лечение гнойной раны: Автореф.дисс. ... канд.мед.наук, 14.00.27. - Красноярск, 2007. - 22 с.

5. Ерохин И.А. Инфекция в хирургии. Старая проблема накануне нового тысячелетия // Вестник хирургии. - 1998. - № 1. - С.87-91.

6. Измайлов С.Г., Бесчастнов В.В., Ледаев Д.С. Применение раноадаптера для лечения гнойных ран // Хирургия. - 2004. - № 4. - С.24-26.

7. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1990. - 448 с.

8. Khadre V., Yousef A.E. Sporicidal action of ozone and hydrogen peroxide^ a comparative study // Int. J. Food Microbiol. - 2004. - Vol.71, # 2. - P.131-138.

СУБДУРАЛЬНАЯ ГЕМАТОМА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ИХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А., Мендибаев К.Т.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Национальный госпиталь при МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан

Резюме. Своевременная и правильная диагностика субдуральной гематомы (СГ) и выбор метода хирургического лечения - являются одним из ведущих звеньев в исходе их лечения. В работе представлены результаты обследований 67 больных с СГ с разным течением. Хирургические вмешательства у больных с хроническими СГ произведены у 59 больных. По результатам работы из них 36 больным проведена операция удаления хронической СГ через фрезевое отверстие и 17 больным костно-пластическая трепанация черепа (КПТЧ), 6 больным резекционная трепанация черепа (РТЧ) с удалением СГ. Эти оперативные вмешательства обеспечивают быстрое выздоровление и высокое качество жизни оперированных пациентов, с правильно выбранной хирургической тактикой и выполненными технически грамотно.

Ключевые слова: Хроническая субдуральная гематома, фрезеотомия, костно-пластическая трепанация черепа, резекционная трепанация черепа.

SUBDURAL HEMATOMA: THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF METHODS OF SURGICAL TREATMENT AND THEIR RESULTS

Sulaimanov M. Zh, Baymatov A.A., Mendibaev K.T.

The Kyrgyz state medical academy of a name of I.K. Ahunbaev, National hospital at Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

The resume. Timely and accurate diagnosis at subdural hematoma and choice of the method of surgical treatment - are the leading links of treatment. We have shown the results of observation of 67 patients with hematoma of different course. Surgery has been done for 59 patients with chronic subdural hematoma. As a result of our work surgery of removal chronic subdural hematoma through cutting aperture has been done for 36 patients and bone-plastic cranial trepanation has been done for 17 patients. Resecting cranial trepanation with removal of subdural hematoma has been done for 6 patients also. These kinds of surgery guarantee of life of the patients who are operated by means of accurate surgical technique.

Keywords: Chronic subdural hematoma, cutterotomy, bone-plastic cranial trepanation, resecting cranial trepanation.

СУБДУРАЛДЫК ГЕМАТОМАЛАР: ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ТҮРЛӨРҮ ЖАНА АЛАРДЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫН САЛЫШТЫРУУ

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А., Мендибаев К.Т.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Өз убагында жана туура аныкталган субдуралдык гематомалар жана хирургиялык дарылоону түрүн тандоо – дарылоонун жыйынтыгындагы алдыңкы максаттардын бири болуп саналат. Бул иште 67 субдуралдык гематоманын ар кандай түрү менен ооруган бейтаптын дарт аныкталуусу жана алардын жыйынтыктары келтиришкен. Хирургиялык дарылоо субдуралдык гематома менен ооруган 59 бейтапка жасалган. Бул иштин жыйынтыгы боюнча 36 бейтапка субдуралдык гематома фрезалык жол аркылуу алынган, 17 бейтапка сөөк-пластикалык баш трепанациясы аркылуу, жана 6 бейтапка резекциялык баш трепанациясы аркылуу алынган. Бул хирургиялык дарылоо бейтаптардын тезирээк сакайышына жеткирет, эгерде хирургиялык ыкма туура тандалып жана туура аткарылган болсо.

Негизги сөздөр: Хроникалык субдуралдык гематома, фрезеотомия, сөөк-пластикалык баш трепанациясы, резекциялык баш трепанациясы.

Актуальность проблемы. Наиболее часто идентифицируемая причина хронической СГ – травма головы, хотя у 25-50% пациентов травма в анамнезе отсутствует [6, 10, 13]. Патогенез СГ полностью не изучен. СГ образуется часто в связи с разрывом пиальных вен головного мозга, повреждением синусов твердой мозговой оболочки, повреждением корковых артерий и вен мозга [7, 16].

На изолированные СГ приходится примерно 2/5 от общего количества внутрочерепных кровоизлияний, они занимают первое место среди различных видов гематом [7]. В общей структуре черепно-мозговой травмы СГ резко преобладают у мужчин по сравнению с женщинами (3:1). СГ встречается во всех возрастных категориях – от младенцев до стариков, всё же гораздо чаще у лиц старше 40 лет. В общей сложности, частота хронической СГ составляет 1-2 случая на 100 000 населения в год [3, 5, 15].

Клинические проявления хронической СГ часто неспецифичны, чрезвычайно вариабельны, наряду с их величиной, источником кровотечения, темпом образования и другими факторами, что затрудняет их клиническую диагностику [7, 10].

Применение компьютерной томографии (КТГ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) коренным образом изменило возможность топической диагностики хронической СГ, особенно на ранних стадиях заболевания. До широкого распространения КТГ более чем у 30% пациентов хроническая СГ диагностировалась при патологоанатомическом исследовании [10, 11].

Вопрос о выборе тактики лечения больных с хронической СГ в настоящее время остается дискуссионным. На выбор хирургом тактики и метода лечения влияет большое число факторов: объем, локализация и течение СГ. Также немаловажное значение имеют оснащение стационара диагностическим оборудованием, традиции отделения и личный опыт хирурга [2].

Известны малоинвазивные способы удаления ХСГ через фрезевое отверстие с последующим длительным приточно-отточным дренированием субдурального пространства или при помощи наложения контрапертуры на границе удаляемой гематомы. Фрезевое отверстие, накладывается в месте наибольшей толщины гематомы

с удалением жидкой части. Операция производится под местной анестезией + нейлолептоанелгезия [1, 2, 4, 10, 11].

В 1925 г. Putnam и Cushing для адекватного доступа к плотным компонентам при СГ и надёжного гемостаза рекомендовали стандартную костно-пластическую трепанацию черепа (КПТЧ). Размер и локализации КПТЧ зависит от протяженности СГ и ее расположения [10, 11]. Большинство авторов не нашли разницы в результатах, между краниотомией с мембранэктомией и удалением только жидкой части хронической СГ [3, 10, 11]. При не возможности проведения КПТЧ, производится резекционная трепанация черепа (РТЧ). К факторам предпочтения РТЧ можно отнести – перелом кости черепа со смещением костных осколков в области трепанации, не достаточное оснащение операционного блока специальным оборудованием и инструментарием [12, 14]. В последнее время с целью удаления многокамерных СГ используется эндоскопическая нейрохирургия [8].

Тем не менее, важно заметить, что адекватные контролируемые рандомизированные исследования, сравнивающие достоинства и недостатки перечисленных выше методов, до сих пор не проводились [9, 15, 16].

Цель исследования: Провести анализ тактики и методов хирургического лечения из результатов у больных с СГ в зависимости от фазы клинического течения, локализации и объема гематомы.

Материалы и методы исследования. В данной работе представлены результаты клинического и инструментального обследования и лечения 67 больных с СГ, находившихся на стационарном лечении в нейрохирургическом отделении №1 и №2 Национального госпиталя при МЗ КР за 2008-2009 годы.

Возраст больных варьировал от 16 до 80 лет, средний возраст больных составил $45,0 \pm 6,0$ лет. Из них 42 (62,5%) пациента были старше 40 лет. Мужчин было 58 (86,6%) больных, женщин – 9 (13,4%) больных, соотношение в среднем 6:1. Сроки развития субдуральной гематомы до оперативного лечения были от 2 дней до 3 месяцев. С острой СГ до 3 дней – поступили 4 (6,0%) больных, с подстрой СГ до 14 дней – 17 (25,4%) больных, и с хронической СГ сроком больше 14 дней до 3 месяцев – было 46 (68,7%) больных.

В большинстве случаев (61,4%) больные с СГ обратились с синдромом внутричерепной гипертензии, выраженными головными болями, тошнотой, позывами на рвоту. С пирамидными нарушениями в виде гемисимптоматики поступили (32,2%) больных; с эпилептиками (5,3%) больных; с нарушением зрения (1,2%) больных. Из 67 больных 58 (86,6%) поступили после черепно-мозговой травмы различного генеза. Ос-

тальные больные в анамнезе отрицают черепно-мозговую травму, 8 (11,2%) больных страдают гипертонической болезнью, 1 больной – поступил вследствие разрыва артериальной аневризмы.

Основными методами диагностики, помимо неврологического осмотра, были КТГ головного мозга - 32 (47,8%) больных, а также МРТ головного мозга - 35 (50,7%) больных (рис. 1).



Рис. 1. КТГ больного с хронической СГ левого полушария головного мозга с дислокацией мозга и деформацией левого бокового желудочка мозга

При обследовании односторонняя субдуральная гематома диагностирована - у 54 (80,4%) больных, двухсторонняя субдуральная гематома - у 13 (19,4%) больных. В стадии клинической компенсации поступило 37 (55,0%) больных - 13-15 баллов по шкале комы Глазго (ШКГ); в стадии субкомпенсации - поступили 23 (34,0%) больных - 9-12 баллов по ШКГ; в стадии декомпенсации - поступили 7 (11,4%) больных - 4-8 баллов по ШКГ.

Боковая дислокация мозга была от 4 мм до 17-18 мм, в среднем 11-12 мм, аксиальная дислокация наблюдается у 11 больных, в тенториальное отверстие (щель Биша) медиальных участков гиппокамповой извилины, отчасти переднего отдела язычной извилины, переднебоковое расположение, от 3 до 7 мм, в среднем до 4 мм. Другие виды дислокации (вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, смещение моста мозга через отверстие намета мозжечка) у обследованных больных не наблюдалось.

С небольшим объемом гематомы - толщиной не более 7-8 мм и боковой дислокацией не более 4-6 мм, без признаков очаговой симптомати-

тики поступили 8 больных, которым проведено консервативное лечение.

Хирургическое вмешательство проведено 59 (88,1%) больным, 72 операции. Из них 46 (78,0%) больным произведена операция с одной стороны головы. 12 (22,0%) больным - оперативное вмешательство проведено с двух сторон. Операция произведена 3 способами трепанации черепа с целью удаления субдуральной гематомы головного мозга. В большинстве случаев 35 (66,7%) больным произведена операция - фрезеотомия черепа с длительным (3-5 дней) отточным дренированием субдурального пространства. КППЧ с удалением СГ и части капсулы гематомы произведена 17 (23,6%) больным. РТЧ с удалением СГ произведена 7 (11,8%) больным, в связи с наличием перелома костей свода черепа.

Результаты и их обсуждение: Больным, которым проведено консервативное лечение с применением сосудорасширяющих, дегидратирующих, противоотечных, ноотропных препаратов выписаны домой с улучшением состояния, без осложнений.

Операция - фрезеотомия с удалением СГ и длительным дренированием субдурального пространства в течение 3-5 дней и промыванием каждый день физиологическим раствором произведена 35 больным. 24 (68,5%) больным произведена фрезеотомия черепа с одной стороны с удалением СГ, 11 (31,4%) больным произведена фрезеотомия черепа с обеих сторон с удалением двухсторонней СГ. Операция произведена в большинстве случаев 85% под местным обезболиванием и нейролептоаналгезией, продолжительность операции составила 25-40 минут. После операции фрезеотомии в остром периоде СГ у 5 больных по поводу рецидива гематомы произведено повторная операция КППЧ - 3 больным и РТЧ - 2 больным с удалением рецидива гематомы. У 1 больного развился вторичный менингоэнцефалит, которому проведена антибиотикотерапия в течение 23 дней.

Операция КППЧ с целью тотального удаления жидкой части и сгустков субдуральной гематомы с тщательным гемостазом и частичным удалением капсулы произведена 17 больным (28,8% от всех оперированных пациентов по поводу СГ). Операцию производили под общим фторотановым интубационным наркозом, продолжительность операции составила 2-2,5 часа. После операции КППЧ рецидивов гематомы не наблюдалось.

После травмы с субдуральными гематомами, с переломами свода черепа, со смещением отломков наблюдались 7 больных, которым произведена РТЧ с удалением костных отломков, эпидуральной и субдуральной гематом с последующим дренированием субдурального пространства в течение 2-3 дней. Одному больному проведена двухсторонняя РТЧ с удалением СГ с обеих сторон в подостром периоде черепно-мозговой травмы. Операция произведена под общим фторотановым интубационным наркозом. После операции РТЧ у больных осложнений не отмечалось, раны заживали первичным натяжением. Всем больным рекомендовано - повторная операция через 6 месяцев с целью пластики дефекта черепа.

В стационаре больные находились от 2 до 36 койко-дней, в среднем 13,4 койко-дней. После фрезеотомии с удалением гематомы больные в среднем находились в стационаре 9,6 койко-дней, после КППЧ и РТЧ в среднем находились 14,4 койко-дней.

После операции в удовлетворительном состоянии выписаны 45 (76,2%) больных, с восстановлением трудоспособности 70 - 80%, с остаточными явлениями (в виде гемисимптоматики, элементами нарушения речи, признаками психомоторных изменений) - 8 (13,5%) больных, с грубыми остаточными явлениями - 4 (6,7%) больных. Умерли 2 больных на 2-3 сутки после операции фрезеотомии с удалением СГ, оба больных поступили в стационар в стадии декомпенсации, по шкале комы Глазго (ШКГ) 3-5 баллов.

Состояние больных после операции на ближайшие 10-14 дней разделены на 3 группы:

I группа - это пациенты выписанные домой в удовлетворительном состоянии (с восстановлением трудоспособности 70-80%).

II группа - это пациенты выписанные домой с остаточными явлениями (элементы двигательных нарушений, элементы нарушения речи, признаками психомоторных изменений).

III группа - это пациенты выписанные домой с грубыми остаточными явлениями (грубые нарушения психики, с двигательными нарушениями, постоянно нуждаются в постороннем уходе).

После фрезеотомии с удалением СГ поступившие в стадии компенсации 17 (48,5%) больных, из которых при выписке к I группе относились 14 больных, ко II группе 3 больных, умерших не было, с вторичным менингоэнцефалитом один больной получил курс антибиотикотерапии; в стадии субкомпенсации 14 (40%) больных, из них при выписке к I группе относились 13 больных, ко II группе 1 больной; в стадии декомпенсации 3 (8,5%) больных, из них 1 больной отнесен к III группе, 2 больных умерли

После операции КППЧ с удалением СГ 17 больных, из которых поступившие в стадии компенсации 9 (52,9%) больных, при выписке все больные в удовлетворительном состоянии, то есть все отнеслись к I группе; в стадии субкомпенсации поступили 7 больных, при выписке из них к I группе 5 больных, ко II группе 2 больных; в стадии декомпенсации поступил 1 больной, выписан с грубыми остаточными явлениями, то есть отнесен к III группе; умерших не было.

Операция РТЧ с удалением СГ произведена 7 больным, из которых в стадии компенсации поступили 3 больных, при выписке один больной отнесен к I группе, один больной к II группе, и третий больной с грубыми остаточными явлениями

ями, т.е. к III группе; в стадии субкомпенсации поступили 2 больных, оба больные выписаны в удовлетворительном состоянии (I группа); в ста-

дии декомпенсации 2 больных, из них при выписке один относился к II группе, один больной к III группе; умерших не было.

Таблица 1.

Состояние больных при выписке в зависимости от степени компенсации и способы операции (цифрами указаны количества больных)

		I группа			II группа			III группа			умер		
		45			8			4			2		
Стадии компенсации	Методы операции	Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ									
В стад. компенсации	30	14	9	1	3	-	1	1	-	1	-	-	-
В стад. суб компенсации	23	13	5	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-
В стад. де компенсации	6	-	-	1	-	-	1	1	1	-	2	-	-

Поступившие больные в стадии компенсации и субкомпенсации не зависимо от способа операции после удаления СГ в большинстве случаев 82,3 - 90,5% выписаны с улучшением и восстановлением трудоспособности. После фрезеотомии с удалением СГ в стадии декомпенсации исход чаще не благоприятный. После КПТЧ и РТЧ с удалением СГ, поступившие больные в стадии декомпенсации результат 1:1, 45-50% больных выписываются с улучшением и около 50-55% больных с остаточными явлениями.

В остром периоде субдуральной гематомы поступили 9 больных, 8 из них получили консервативное лечение, одному больному произ-

ведена операция КПТЧ с удалением субдуральной гематомы в стадии декомпенсации, после операции состояние больного оставалось тяжелым, был выписан домой с грубыми остаточными явлениями (III группа).

Операция фрезеотомия с удалением СГ произведена 35 больным, в подостром периоде СГ 6 больным, в хроническом периоде произведено операция 29 больным. Из них 27 пациентов выписаны в удовлетворительном состоянии (I группа) на 8-9 сутки после операции, которые поступили в стадии компенсации и субкомпенсации, 4 больных выписаны с остаточными явлениями (II группа), 2 больных с грубыми оста-

точными явлениями (III группа) и 2 больных умерли, которые поступили в стадии декомпенсации.

Операция КПТЧ с удалением СГ проведена 16 больным, в подостром периоде произведено 5 больным, в хроническом периоде 11 больным. Из них 14 больных выписаны домой в удовлетворительном состоянии (I группа) на 11-14 сутки после операции, 2 больных с остаточными явлениями (II группа).

Операция РТЧ с удалением СГ проведена 8 больным, в подостром периоде 4 больным, в хроническом периоде также 4 больным. Из них в удовлетворительном состоянии выписаны 5 больных (I группа), 2 больных с остаточными явлениями (II группа), 1 больной с грубыми остаточными явлениями (III группа), которые поступили в стадии декомпенсации.

Таблица 2

Состояние больных при выписке в зависимости от формы течения субдуральной гематомы и способов операции (цифрами указаны количества больных)

Формы течения СГ	Методы операции	1 группа			2 группа			3 группа			умер		
		Фрезеотомия	КПТЧ	РТЧ									
		45			8			6			2		
Острый период	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
Под острый период	15	6	3	2	-	2	2	-	-	-	-	-	-
Хронический период	43	21	11	2	4	-	-	2	-	1	2	-	-

В остром и подостром периоде СГ по нашим наблюдениям во время операции методом фрезеотомии полностью удалить гематому не удавалось. Результаты после операции КПТЧ и при необходимости РТЧ состояние больных зависело от стадий компенсации; поступившие больные в стадии компенсации и субкомпенсации после операции выписаны в удовлетворительном состоянии, больные поступившие в стадии декомпенсации выписаны в большинстве случаев с остаточными явлениями.

По нашим наблюдениям, в хроническом периоде СГ не зависимо от способа операции, послеоперационный результат в среднем выходил одинаковый. Операция фрезеотомия проводится под местным обезболиванием и нейролеп-

тоаналгезией, продолжительность операции составила 25-40 минут, операция КПТЧ и РТЧ проводится под общим фторотановым интубационным наркозом и длится около 1,5 – 2,5 часа. Восстановительный период больных после операции фрезеотомии быстрее и выписываются на 8 – 9 сутки после операции, чем после КПТЧ и РТЧ.

Выводы:

1. При небольших объемах СГ с отсутствием дислокации головного мозга оптимальным вариантом является консервативное лечение.

2. Дифференцированный подход к оперативному лечению СГ позволяет оптимизировать результаты лечения.

3. В остром периоде СГ оптимальным вариантом является - КППЧ с удалением жидкой части и сгустков гематомы и тщательный гемостаз источника кровоизлияния.

4. Минимально инвазивное хирургическое лечение ХСГ позволяет существенно сократить длительность операции, уменьшив материальные затраты и сроки пребывания больных в стационаре.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Ахмедов А. Чобулов А., Рахманов Х., Хусаинов Э., Муродов Р.М. Минимально инвазивная хирургия в лечении хронической субдуральной гематомы. // IV съезд нейрохирургов России. Матер.съезда. Москва 2006г. 319с.

2. Ахмедов Э.А. Касумов Р.Д. Берснев В.П. Дифференциальная тактика хирургического лечения травматических хронических субдуральных гематом. // «Поленовские чтения». Материалы всероссийской научно-практической конференции – Санкт-Петербург. 2009г. 36ст.

3. Данилов В.И., Мартыненко С.Н., Исмагилов М.Ф. Внутрочерепные нетравматические кровоизлияния // Неврологический вестник. - 2001. - Т. XXXIII, вып. 3-4.- с 61-70.

4. Дорош К., Нудное //., Кипарисова Ф., Кузьменко В., Кошелева П., Резван А. Сравнительная характеристика способов удаления хронической субдуральной гематомы. // IV съезд нейрохирургов России. Матер.съезда. Москва 2006г 327с.

5. Исаков Ю.В. Острые травматические внутрочерепные гематомы.- Москва, Медицина, 1977.- 262с.

6. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия.- Москва, Медицина, 2000.- с223-226.

7. Лихтерман Л.Б., Хитрин Л.Х. Травматические внутрочерепные гематомы. – Москва, Медицина, 1973.- 295с.

8. Карахан В.Б. Диагностическая и оперативная внутрочерепная эндоскопия: Автореф. дисс. докт. мед. наук.- Москва, 1989. - 32с.

9. Морозов С.А., Кондаков Е.Н. Эндокраниоскопия в хирургии хронических субдуральных гематом // Мат. V межд. симп.: Повреждения мозга. – Санкт-Петербург, 1999.- С. 248-250.

10. Нейротравматология. Справочник. // Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова. Москва, Вазар-Ферро, 1994.- с.199-201.

11. Черепно-мозговая травма. Клиническое руководство. / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова.- II т.- Москва, Антидор, 1998.- с. 315-322.

12. Пурас Ю.В., Талыпов А.Э., Крылов В.В. Критерии выбора способов трепанации черепа у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой. Мед. катастроф. 2008; 1: 32–8.

13. Травматические оболочечные гематомы // Руководство по нейротравматологии / Под ред. А.И.Арутюнова. – Москва, 1978. – с. 377-399.

14. Ырысов К.Б. Идирисов А.Б. Мамытов М.М. Хирургическое лечение острых травматических внутрочерепных гематом и факторы, влияющие на их исходы. // «Поленовские чтения». Материалы всероссийской научно-практической конференции – Санкт – Петербург. 2009г. 81ст.

15. Aoki N., Sakai T., Oikawa A. Acute subdural hematomas successfully treated de percutaneous subdural tapping in an elderly patient.- Acta Neurochir.- 1991.- Vol. 111.- P. 132-134.

16. Svien H.J., Gelety J.E. On the surgical management of encapsulated subdural hematoma: a comparison of the results of membranectomy and simple evacuation // J. Neurosurg.- 1964.- N. 21.- P. 172–177.

НЕВРАЛГИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА: МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ (МИКРОВАСКУЛЯРНАЯ ДЕКОМПРЕССИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА).

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А.

Научный руководитель Акад. НАН. КР проф. д.м.н. Мамытов М.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Национальный госпиталь МЗ КР. г. Бишкек, Кыргызстан.

Резюме. Невралгией тройничного нерва страдает 2-4 человек на 10 000 населения, больные страдают в течение многих лет, все это время живут в страхе и мучениях, боли бывают настолько сильными, что больные высказывают мысли о самоубийстве. Бывает, что регулярное применение противосудорожных препаратов не помогает. В статье предложено оперативное лечение при неэффективности консервативного лечения при невралгиях тройничного нерва, которое проведено в отделении нейрохирургии №1 и №2 национального госпиталя МЗ КР с хорошим результатом.

Ключевые слова. Тригеминальные зоны, микроваскулярная декомпрессия, мосто - мозжечковый угол, цистерна мозга.

NEURALGIA OF A TRIGEMINAL NERVE: METHODS OF SURGICAL TREATMENT (MICROVASCULAR DECOMPRESSION OF A TRIGEMINAL NERVE)

Sulaimanov M. Zh., Baymatov A. A.

(Professor-supervisor: Academician NSA, professor Mamytov M.M.)

The Kyrgyz state medical academy of a name of I.K. Ahunbaev, National hospital at Ministry of Health of Kyrgyz Republic, Bishkek, Kyrgyzstan

The resume. 2-4 persons on 10 000 population have been suffering from neuralgia of a trigeminal nerve for many years, and have been living all this time fear and tortures, pains are so strong that patients think about suicide. Sometimes, regular applications of anticonvulsive preparations do not help. It is offered operative treatment, if the conservative treatment of neuralgia trigeminal nerve is not effective that operative treatment. In the article that has been done with good result at the department of neurosurgery №1 and №2 of National hospital.

The keywords are trigeminal zones, microvascular decompression, pontocerebellum corner, the brain tank.

ТРИГЕМИНАЛДЫК НЕРВДИН НЕВРАЛГИЯСЫ: ХИРУРГИЯЛЫК ЫКМАЛАРЫ (ТРИГЕМИНАЛДЫК НЕРВДИН МИКРОВАСКУЛЯРДЫК ДЕКОМПРЕССИЯСЫ)

Сулайманов М.Ж., Байматов А.А.,

Илимий жетекчи: КР УИАнын акад., д.м.н., проф. Мамытов М.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы, Кыргыз Республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин Улуттук госпиталы, Бишкек ш., Кыргызстан

Корутунду. Тригеминалдык нервдин невралгиясына 10 000 кишинин ичинен 2-4 чалдыгат, бейтаптар көп жылдап оорушат, бүт ошол жылдары оор кыйналууда жана коркунучта жашашат, оруу өтө күчтүү болгондуктан кээ бири өзүнө кол салгандыкты да ойуна алышат. Дайыма антиконвульсанттарды ичкени менен, андан жардам болбой калат. Бул статъяда тригеминалдык нервдин невралгиясын дарылоодон жакшы болбогондорго Улуттук госпиталдын №1 жана №2 нейрохирургиялык бөлүмдөрүндө хирургиялык дарылоо жакшы жыйынтык менен жасалганы келтирилген.

Негизги сөздөр. Тригеминалдык зоналар, микроваскулярдык декомпрессия, көпүрөчө - каракуш мээ бурчу, мээнин цистернасы.

Актуальность проблемы. Невралгия тройничного нерва (НТН) - это особо интенсивные, жесточайшие боли лица, приносящие тяжкие страдания больным. Впервые это заболевание описал в своих письмах Aretaeus в 1671 году. Несмотря на то, что НТН выделена в отдельную нозологическую единицу в 1756 году, в лечении этого заболевания до настоящего времени существует много спорных и недостаточно изученных вопросов [2,13].

Распространенность НТН достаточно велика и составляет по данным ВОЗ в пределах 2 - 4 человек на 10 000 населения, во всем мире НТН страдает более 1 миллиона человек. Чаще страдают женщины, с поражением правой половины лица, в возрасте старше 50 лет [9,13].

Различают две формы невралгии: первичную и вторичную [7]. Представления первичной невралгии в последние десятилетия существенно изменились. Во многих случаях корешки тройничного нерва тесно прилежат к сосудистым структурам, что создает условия для васкулярной компрессии тройничного нерва, которая считается причиной заболевания [6, 8].

Приступы боли длятся до 2 минут, в сутки могут повторяться до 100 раз и более [9]. Между приступами больной может чувствовать себя здоровым. В большинстве случаев беспокоят боли в зоне иннервации II и III ветви тройничного нерва [4, 7, 9].

В первичных случаях компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) не выявляют патологии. Не обнаруживаются отклонения и при церебральной ангиографии. Сосудистые образования, вызывающие компрессию корешков нерва, как правило, слишком малы и не выявляются с помощью этих диагностических методов [6,11, 12].

Лечение невралгии тройничного нерва многообразно. Уменьшение или прекращение болей может быть достигнуто с помощью лекарственных препаратов, таких как карбамазепин, финлепсин при первом применении вызывает улучшение у более 80% больных [8, 9].

При неэффективности консервативного лечения предложено много хирургических методов: алкоголизация, блокада гассерова узла, радиочастотная деструкция корешка тройничного нерва, пересечение корешков V нерва [5, 8, 9].

Алкоголизация или спиртовая блокада вет-

ви тройничного нерва, в зоне которой локализируются приступы. Этиловый спирт в дозе 1,5—2 мл вводят в костный канал соответствующей ветви [2, 7]. Блокады периферических ветвей дают обычно временный эффект (6-12 мес) [8,9,13].

Микроваскулярная декомпрессия тройничного нерва в настоящее время основной метод лечения невралгии V нерва. Микроваскулярная декомпрессия заключается в трепанации задней черепной ямки, ревизии взаимоотношений корешка тройничного нерва, верхней и нижней передних мозжечковых артерий и верхней каменистой вены [14,16]. При компрессии корешка сосудами их выделяют, а между сосудами и корешком помещают прокладку, предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок [1, 2, 8, 12,13]. Опыт, накопленный нейрохирургами многих стран, свидетельствует о высокой эффективности этого метода. Эффективность составляет в среднем 77% случаев (от 62 до 92%). Летальность низкая - 0.5% [2, 8, 13,15].

Цель исследования: Оценка эффективности хирургического лечения микроваскулярной декомпрессии корешка тройничного нерва при невралгии тройничного нерва.

Материалы и методы исследования. В материале представлены результаты - первые проведенные оперативные лечения при невралгиях тройничного нерва, в отделениях нейрохирургии №1, №2 Национального госпиталя МЗ КР: 6 больных с невралгией тройничного нерва получили оперативное лечение, а консервативно лечились 8 больных, им дополнительно произведена алкоголизация на месте выхода ветви тройничного нерва. В период 2008-2009годы в условиях нейрохирургии №1 и №2 НГ получили лечение с диагнозом невралгия тройничного нерва с различной интенсивностью болевого синдрома 14 больных. Возраст больных колеблется от 27 до 75 лет. 9 из них старше 50 лет. Мужчин было 10 больных, а остальные 4 женщины. Из 14 больных 5 инвалиды III группы, 1 больной инвалид 2 группы, 2 больных бросили работу из-за данной патологии, двое больных пенсионеры, 4 больных работают, но отмечали снижение работоспособности, в момент приступообразных болей пропадал интерес к работе, невнимательность на работе. Продолжитель-

ность болевого синдрома составляла от 6 месяцев до 20 лет. Основной контингент больных безуспешно или с небольшим эффектом лечились на протяжении в среднем 8,3 и более лет. Несколько раз получали консервативное лечение, регулярно принимали антиконвульсанты (карбамазепин, финлепсин от 200 мг до 1200 мг в сутки). До настоящей госпитализации 7 больным сделана алкоголизация на месте выхода II, III ветви тройничного нерва, из них 2 больным алкоголизация сделана двукратно. После блокады у 5 больных отмечался регресс болевого синдрома от 6 месяцев до 1,5 года, один больной отмечал не большое улучшение, двум больным спиртовая блокада не помогла.

Всем больным проведено обследование на компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) в период заболевания. Неврологический осмотр был направлен на изучение функции черепных нервов (тактильная, болевая, чувствительность кожи лица), корнеальных рефлексов, функции мимических мускулатур, оценка деятельности пирамидной и экстрапирамидной систем.

Консервативное лечение проведено 8 больным. Спиртовая блокада (спирт 70% - 1,0 мл + новокаин 2% - 1,0 мл, предварительно перед блокадой обезболивание с 1%-1,5 мл новокаином) на месте выхода II ветви V нерва сделано 5 больным, двоим из них левой половина лица, троим правой, двум больным в месте выхода III ветви V нерва слева. Одному пациенту произведена спиртовая блокада на месте выхода II и через день III ветвей V нерва справа.

Оперативное лечение с целью декомпрессии корешка тройничного нерва интракраниальной части проведено 6 пациентам. Все мужчины. Возраст от 29 до 58 лет, 1 больной в возрасте 43 лет, 3 (50%) старше 50 лет. Средняя длительность заболевания до проведения хирургического лечения состояло 8,3 года (от 6 месяцев до 11 лет). Среди оперированных больных были с болевым синдромом в области иннервации II ветви V нерва 3 больных, II и III ветви 2 больных, невралгия II и III ветви тройничного нерва и гемифациальный спазм лицевой мускулатуры 1 больной, невралгия III ветви тройничного нерва и невралгия языкоглоточного нерва 1 больной.

Результаты и их обсуждение: Поступившие

больные в большинстве случаев (78,2%), страдающие невралгией тройничного нерва, отмечают приступы боли одной половины лица. В основном 12 (85%) больных с невралгией в зоне иннервации II и III ветви тройничного нерва, у одного больного кроме невралгии тройничного нерва в зоне иннервации выхода II и III ветви тройничного нерва слева, сопровождалось гемифациальным спазмом левой половины лица. У одного больного невралгия тройничного нерва в зоне иннервации III ветви тройничного нерва и невралгия языкоглоточного нерва слева.

МРТ обследование проведено 11 больным, и КТГ проведена 3 больным, где изменение вещества органического характера ствола и мозжечка головного мозга и в области мосто - мозжечковой цистерны не обнаружено.

Карбамазепин в дозе 400-800 мг\сутки принимали 5 больных регулярно, при болях, отмечают временное улучшение; финлепсин в дозе 200-400 мг\сут принимали 4 больных, так же отмечали временное улучшение; остальные 4 больных в последнее время карбамазепин не принимали.

Спиртовая блокада на месте выхода тройничного нерва, 8 больным сделана 12 блокад. Сначала произведена новокаиновая блокада 1%-1-1,5 мл, с последующей алкоголизацией этиловым спиртом в дозе 1,5-2,0 мл. 5 больным сделана спиртовая блокада двукратно, через день. Кроме того получали сосудистые, ноотропные, противовоспалительные, витаминные препараты. После проведения консервативного лечения и спиртовой блокады 4 пациента выписаны домой с отсутствием приступов боли на лице, 2 пациента выписаны со снижением болевого синдрома с редкими местными пароксизмами. Осложнений от проведенных спиртовых блокад не зарегистрировано. Всем больным домой назначено финлепсин или карбамазепин в минимальных дозах. Двум больным от проведенной терапии и алкоголизации эффекта не было, в связи с отсутствием улучшения им предложена операция, с целью которой являлось микроваскулярная декомпрессия корешка тройничного нерва интракраниальной части. От предложенной операции отказались.

Остальным 6 больным произведено оперативное лечение. У трети больных причиной НТН

является компрессия корешка тройничного нерва патологически извитым сосудом (обычно петлей верхней мозжечковой и нижней передней мозжечковой артерий, верхней каменистой веной) интракраниальной части корешка тройничного нерва [1, 3, 14, 15].

Операция произведена под общим фторотановым интубационным наркозом на фоне нейролептоанальгезии. После введения в наркоз, больного укладывают в положение «лежа на боку», противоположной пораженной стороне.

Разрез кожи и подкожной клетчатки клюшкообразно, за ухой височно-затылочной области соответствующей стороны. Производится декомпрессионная трепанация затылочной кости диаметром около 3,5 – 4,0 см, верхний и передний край декомпрессионного отверстия доходит до края сигмовидного синуса (ретросигмовидная субокципитальная краниотомия). После разреза твердой мозговой оболочки Т-образно, осуществляется подход к переднебоковой поверхности моста в месте отхождения корешка V нерва и VII, IX нервов. Постепенное медиальное смещение мозжечка хорошо дает визуализировать паутинную оболочку над черепно-мозговыми нервами, которые четко идентифицировались после ее широкого рассечения и истечения ликвора. При осмотре этой области у 4 больных выявлена микроваскулярная компрессия корешка V нерва ветвью верхней мозжечковой артерий. Который сдавлен на протяжении 2-5 мм после отхождения корешка от ствола головного мозга, у 1 больного сосуд туго спаян на протяжении 7 мм. Принципы декомпрессии тройничного нерва заключались в отведении от нервных волокон артериальных петель и изменении их расположения. Указанная цель достигалась установкой между сосудами и корешком прокладки (тефлоновый или полипропиленовый протектор), предотвращающую контакт между ними и воздействие сосуда на корешок. У больного, который поступил с односторонней тригеминальной невралгией в сочетании с гемиспазмом, во время операции обнаружены арахноидальные спайки мосто – мозжечковой цистерны и компрессия корешка V и VII нервов передней нижней мозжечковой артерией. После разъединения арахноидальных спаек мосто – мозжечковой цистерны произведена одновременная декомпрессия корешков лицевого и тройничного нервов

от передней нижней мозжечковой артерии и между ними установлена прокладка. Больной который поступил с невралгией IX нерва и тригеминальными болями во время операции подтверждена сосудистая компрессия, так же устранена одновременная декомпрессия корешков языкоглоточного и тройничного нервов от передней нижней мозжечковой артерии и между сосудом и корешками установлен кусочек мышечной ткани.

Весь этап операции произведен с применением волоконно – оптического осветителя, бинокулярной лупы с разрешающим 2,4 кратным увеличением и с использованием микронейрохирургической техники.

Во время хирургических вмешательств осложнений не наблюдалось. В послеоперационный период летальных исходов и инфекционных осложнений в представленной группе больных не было зафиксировано.

Полное устранение синдрома тригеминальной невралгии в ближайшем послеоперационном периоде наблюдалось в 5 случаях, результат хирургического лечения оценен как отличный. У больного сочетанной с гемифациальным спазмом, после операции полностью исчезли клонико - тонические сокращения и синкинезии лицевой мускулатуры. У пациента с вагоглоссофарингеальной невралгией наблюдался отличный послеоперационный результат. Основной причиной компрессии корешка тройничного нерва являлась петля верхней мозжечковой артерии, реже – передняя нижняя мозжечковая артерия. У 1 больного, после операции болевой синдром уменьшился, но периодически 3-5 раз в сутки повторились локальные боли на месте выхода II ветви тройничного нерва. Несмотря на ослабление болевого синдрома, результат признан неудовлетворительным.

Отдаленные результаты сосудистой декомпрессии прослежены у 4 пациентов. Срок последующего наблюдения за оперированными пациентами составил от 4 месяцев до 2 лет (в среднем 11 месяцев). Каких-либо отсроченных неврологических осложнений, также как и рецидивов НТН отмечено не было.

В среднем в стационаре больные находились 12,5 койко-дней.

От проведенной консервативной терапии и блокады в месте выхода ветви тройничного не-

рва из 8 больных у 4 (50%) больных приступы НТН полностью купированы, оценен как отличный, у 50% больных результат оценен как неудовлетворительный: у 2 больных болевой синдром уменьшился и у 2 больных эффекта не было. От проведенного оперативного лечения, с целью декомпрессии корешка тройничного нерва из 6 больных, у 5 (83,3%) из них полностью купирован болевой синдром, у одного (17,7%) больного результат неудовлетворительный.

Блокады периферических ветвей дают обычно временный эффект, из 14 наблюдаемых больных до этого госпитализации 7 больным сделана спиртовая блокада, регресс болевого синдрома от 6 месяцев до 1,5 года. Среди оперированных больных во время наблюдения в среднем в течение 11 месяцев каких-либо отсроченных неврологических осложнений, также как и рецидивов НТН отмечено не было.

Выводы: 1. НТН чаще всего развивается вследствие васкулярной компрессии парастволового отдела корешка тройничного нерва избыточными петлями верхней мозжечковой артерии и реже передней нижней мозжечковой артерии.

2. Васкулярная компрессия тройничного нерва плохо поддается консервативному и блокадному лечению.

3. Методика сосудистой декомпрессии должна быть модифицирована соответственно обнаруженному во время оперативного вмешательства типу нейроваскулярного конфликта.

4. Васкулярная декомпрессия корешка тройничного нерва при НТН является высокоэффективным методом лечения, характеризующимся полным и перманентным устранением тригеминальных болей при сравнительно низкой частоте осложнений.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Балязин В.А., Балязина С.В. О механизмах сосудистой компрессии при невралгии тройничного нерва // Второй съезд нейрохирургов Российской Федерации / Под ред. д.м.н. В.Н. Кондакова. – Санкт-Петербург: изд. РНХИ им А.Л. Поленова, 1998. – 203с.

2. Вейн А.М. Болевые синдромы в неврологической практике.// Москва. МЕДпресс, 1999, с.171 – 216.

3. Исмаилова С.Т., Козель А.И. Оперативное лечение невралгии тройничного нерва высокоактивным лазерным излучением / Второй съезд нейрохирургов Российской Федерации / Под ред. д.м.н. В.Н. Кондакова. – Санкт-Петербург: изд. РНХИ им А.Л. Поленова, 1998. – С. 203.

4. Лекции по нейрохирургии. Под ред. Парфенова В.Е., Свистов Д.В. Санкт-Петербург, Изд. Фолиант. 2004, с171-172.

5. Лобзин С.В. Пункции и блокады в неврологии /- Изд. 2-е, дополн.- Санкт-Петербург: Гиппократ, 2007г. с74-79.

6. Клиническая неврология. С английского перевод. Под общей редакцией д.м.н. Левина О.С.. Москва, МЕДпресс-информ, 2004г. с122-123.

7. Мурзалиев А.М. Клиническая неврология. Учебное пособие. Бишкек 2008, -151с.

8. Никифоров А.С., Коновалов А.Н., Гусев Е.И. Клиническая неврология. -Том 3. часть - 2 / Под ред. А.Н.Коновалова. Москва. Медицина 2004г. с 442-444.

9. Практическая нейрохирургия. Руководство для врачей. / Под ред. Гайдара Б.В. Санкт – Петербург. Гиппократ. 2002г. с. 255-256.

10. Пулатов А.М., Никифоров А.С. Неврология. Душанбе: Миориф, 1990г. 424-425ст.

11. Рыбаков А.С. Особенности центральных механизмов афферентации при тригеминальной невралгии: Автореф, дисс. канд. мед. наук. Москва, 2007, 19с.

12. Ситников А.Р. Васкулярная декомпрессия в лечении гемифациального спазма: Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва, 2009, -10с.

13. Тюрников В.М. стар. науч. сотр. ГУНИИ неврологии РАМН. Невралгия тройничного нерва. //© Газета «Академия хорошего здоровья», Россия, 2005, №8

14. Bloom S. Trigeminal neuralgia: its treatment with new anticonvulsant drug // Lancet. 1962. - Vol. 1. - P. 839- 840.

15. Janitta P. J. Microvascular decompression in trigeminal neuralgia and hemifacial spasm. / Neurological Surgery of the ear and Scul dase // Ed/ by D. E. Brachmann. - N. J. 1982. - P. 49 – 52.

16. Prasad D. //Gamma Knife Surgery and Microsurgery: a comparison of published results// University of Virginia, December 2002. –P-25-27.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Международная конференция молодых ученых и студентов

4 июня 2010 г.

СТЕНДОВЫЕ ДОКЛАДЫ

1. Клиническая характеристика пандемического гриппа А (H1N1) по материалам РКИБ (Раимкулов К. Джангазиева А.А. кафедра инфекционных болезней).
2. Влияние фитопрепарата из *Chondrilla Laticoronata* на структурные изменения в органах животных. (Мусаева С. студентка 3 курса леч.фак., Маатов Т.О. кафедра базисной и клинической фармакологии)
3. Случай заболевания хроническим гепатитом В и гломерулонефритом, осложненный хронической почечной недостаточностью (Ибрагимов А.А., Ибрагимова Т.М., Леонтьева Н.С., Калиев Р.Р. Национальный Центр Кардиологии и Терапии им. академика М. Миррахимова, Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек)
4. Особенности питания молодых спортсменов. (М. К. Эсенаманова, Ф.А. Кочкорова Э.Д. Саккараев, М.К. Беделбасв, Т.А. Цивинская, Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева, г. Бишкек, Республика Кыргызстан)
5. Клиника, диагностика полипов желчного пузыря. (Мундуков К.Ж., Оморов Р.А. кафедра факультетской хирургии.)
6. Ишемический инсульт у молодых лиц. (Мурзабаева С. студентка 5 курса пед.фака Луценко И.Я. кафедра неврологии с курсом медицинской генетики)
7. Боор альвеококзу боюнча оперативдуу даарылоодон киинки сезгенуу жана ириндеп кетуу отушуп кетуудон алдын алуу шарттары. (Абдиев А.А., Оморов Р.А. факультеттик хирургия кафедра-сы)
8. «Изменение субъективного состояния человека при краткосрочных перемещениях из среднегорья в высокогорье на фоне применения лекарственных препаратов» (Дадажанова Е., Дадабаева М., Тургуналиева М., Кундашев У.К., Кафедра Базисной И Клинической Фармакологии им. проф. Нанаевой М.Т.)
9. «Эндоскопическое лечение воспалительных заболеваний основной пазухи» (Исаев В., Насыров В.А., кафедра ЛОР болезней)
10. «Клинико-эпидемиологическая характеристика свиного гриппа у детей (Смеликов Я., Джолбунова З.К. кафедра детских инфекций)

ОТДЕЛ МЕЖДУНАРОДНЫХ СВЯЗЕЙ

Т.Б. Юсупова, У.Т. Сатыбалдиев

В связи с интеграцией международного образовательного пространства и необходимостью выхода на международные образовательные рынки, в Академии в 1998 году был создан международный отдел, работу которого координировал проректор по международным связям и инвестициям Айдаралиев А.А.



Выпускники приносят клятву Гиппократа, 2006г.

Нарастающие процессы глобализации, интернационализации медицинского образования требовали новых подходов в управлении вузом.

Работа созданного Международного отдела на начальном этапе была сконцентрирована на налаживании сотрудничества с международными фондами, организациями, вузами-партнерами с целью поиска новых технологий обучения и ведения научных исследований, привлече-

ния финансовых средств, реализации взаимовыгодных проектов. В этом же году началась первая партнерская связь с меморандума с Американским Международным Союзом Здравоохранения (АМСЗ) при участии университета штата Невады по следующим пяти направлениям: развитие международного здравоохранения; семейной медицины; сестринского дела; научно-исследовательского потенциала академии; ресурсного центра КГМА.

Опыт трехлетней работы и аккумулярование опыта международного сотрудничества привели к тому, что отдел был преобразован в три самостоятельные структуры, каждая из которых стала работать по самостоятельному направлению развития международных связей Академии: Международный отдел; Центр международного сотрудничества; Центр информационных технологий.

Международный отдел Академии занимался сотрудничеством с зарубежными вузами, международными организациями и фондами. Через отдел был реализован ряд крупных международных проектов в области совершенствования методики преподавания, научных исследований, оптимизации управления вузом.

Международный отдел возглавляли: с 1998 по 2006 гг. Исмаилова Ж. и Кудайбергенова Т.А.

Целью создания Центра международного сотрудничества было привлечение иностранных абитуриентов для обучения в КГМА, совершенствование общего и высшего образования в КР, расширение политики экспорта образования,

централизация и совершенствование работы по привлечению иностранных граждан для обучения в Академии, их подготовка для дальнейшего обучения в вузах КР, повышение доверия и мотивации в совместной работе со стороны зарубежных партнеров. Деятельностью Центра руководили с 2001 по 2008 гг. Козубекова А.Т., Ким Т.Д., Ырысов К.Б.



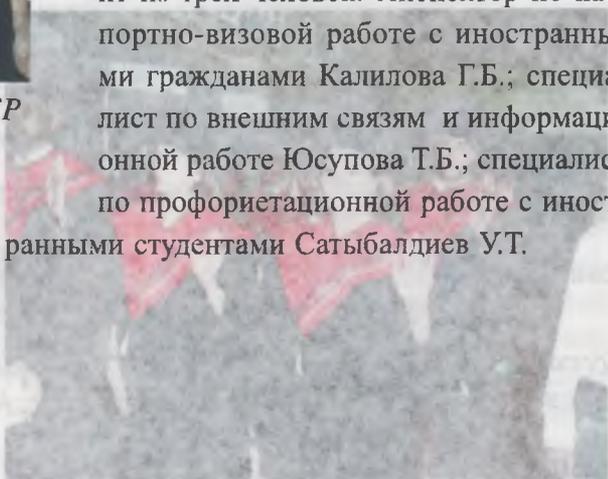
Посол Исламской Республики Пакистан в КР г-н Мухаммад Алам Брохи на встрече с выпускниками, 2008г.

Основной задачей Центра информационных технологий был выход в международное ин-

формационное пространство, обеспечение доступа сотрудников Академии к потокам современной медицинской информации.

В целях повышения эффективности работы, совершенствования структуры и функций, улучшения взаимодействия с международными организациями, фондами и программами, осуществления академических обменов, информационно-рекламного и методического обеспечения международной деятельности в 2007 году было создано Управление международных связей Академии путем объединения Международного отдела и Центра международного сотрудничества.

В 2009 году Управление было преобразовано в Отдел международных связей. На сегодняшний день отдел состоит из трех человек: Инспектор по паспортно-визовой работе с иностранными гражданами Калилова Г.Б.; специалист по внешним связям и информационной работе Юсупова Т.Б.; специалист по профориетационной работе с иностранными студентами Сатыбалдиев У.Т.



I НИМ ВСЕХ ПОИМЕННО

Великой Победе 65 лет



Еще задолго до юбилейных торжеств в КГМА был утвержден комплексный план мероприятий по празднованию 65-летия Победы в Великой Отечественной войне. Были объявлены конкурсы:

- сочинений среди студентов и преподавателей на тему: «Горжусь своим Дедом!», «Горжусь Отцом!»;
- авторских стихов среди преподавателей и студентов на тему: «Благодарим»;
- песен военных лет среди преподавателей и студентов всех факультетов «Ратному подвигу славу поем!»;
- патриотических песен среди студентов на тему: «Мекеним менин - Кыргызстан»;
- факультетских стендовых газет «65 лет ВОВ».

Условия и положение конкурсов заранее были розданы всем кафедрам и деканатам. В состав жюри входили: Абдырасулов С.А. – председатель профкома сотрудников, Касымалиева К.К. - начальник ОВиОМР, Жээнбеков Т.Б. - зав. кафедры военной подготовки, Токтогонова И. - референт пресс-секретаря КГМА, Мырзажанова Г.Б. - завуч кафедры русского и кыргызского языков.

27 апреля в Актовом зале академии с участием студентов всех факультетов был проведен конкурс песен военных лет.

Жюри оценивало уровень исполнительского мастерства, сценическую культуру, подбор репертуара и музыкальность. Шестнадцать замечательных песен, и трогательных постановок, море эмоций, слезы на глазах. Не было ни одного повтора, все участники исполнили разные песни, тронувшие до глубины души всех присутствующих в зале.

Решением жюри самыми яркими стали выступления студентов факультета «Стоматология» с песней «Тучи», студентки факультета «Фармация» Исмаиловой Перизат с песней «Синий платочек», и студента факультета «Лечебное дело» Ниязбекова Чынгыз с песней «Офицеры».

Лучшими в номинации «Мекеним менин - Кыргызстан» были отмечены выступления студента факультета «Фармация» Эрвест кызы Гульзады с песней «?з Ала-Тоо», студента факультета «Лечебное дело» Гапаровой Перизат с песней «Тынчтык керек», и выступления студента факультета «Лечебное дело» Примберди кызы Акданы с песней известного певца Шамшибека ?т?баева «Ата-Журт».

Лучшие номера выступлений были отобраны на Гала-концерт который состоялся 6 мая 2010 года в Актовом зале КГМА.

В конкурсе авторских стихов первое место занял студент факультета «Лечебное дело» Чапаев Ардак со своим замечательным произведением на тему «Мы помним», а авторские стихи студента факультета «ВСО» Гапарова Перизата на тему: «Жениш деп согул турат ж?р?т???р» занял второе место, авторские стихи Эрденовой Зарины студента факультета «Фармация» на тему: «Дети Войны» занял третье место.

В конкурсе лучшее сочинение «У войны не женское лицо» 1ое место занял студентка факультета «ОЗ» Валламова Айгул, второе - студент факультета «Педиатрия» Кошукеева Майрам, а третье место - студент факультета «Лечебное дело» Молдобаева Асылкан.

В конкурсе на лучшие стендовые газеты среди факультетов «65лет ВОВ» жюри присудило первое место факультету «Фармация», второе место факультет «Лечебное дело», и третье место - факультет «Стоматология». 6 мая 2010 года на торжественном мероприятии, посвященном 65 - летию Победы всем победителям были вручены денежные призы и Почетные грамоты.

Кроме этого студенты академии приняли активное участие в смотре музеев, комнат, залов Воинской Славы г.Бишкека, кураторских часах на тему: «Горжусь своим Дедом!», «Горжусь Отцом!», научно - практических конференциях среди мо-

УЧАСТНИКИ ВОВ



Бурьянов Л.А.



Пухов Б.И.



Павлова Н.А.



Ибраева А.И.



Идиатулина Г.С.



Коваленко Л.Г.



Рыскулова К.Р.



Артемова В.А.



Малышева А.Ф.



Поставничева Н.В.

лодых преподавателей и студентов, благотворительных акциях “Вечная память защитникам Родины 1941-1945гг.”, а также в соревнованиях на кубок ректора по мини-футболу среди студентов, проживающих в общежитиях под лозунгом «Никто не забыт, ничто не забыто».

Много сделано ими в обновлении военного уголка в главном корпусе КГМА “Вечная память защитникам Родины 1941-1945гг.”, и в организации торжественного вечера «У войны не жен-



ское лицо» с участием ветеранов ВОВ и тыла.

7 мая 2010 года на стадионе академии прошли соревнования по мини-футболу среди студентов, проживающих в общежитиях, при финансовой поддержке ректора КГМА, посвященных к 65 летию Дня Победы. Победителями стала, команда «Hostel» общ. №1, 2-ое место заняла команда «Мастер», студентов медучилища при КГМА, 3-ое место завоевала команда «Ак-ак тиш», студентов факультета «Стоматология». Победителям

были вручены кубок ректора, медали, грамоты и денежные призы.

6 мая 2010 года в Актовом зале КГМА в продолжение юбилейных мероприятий состоялось торжественное мероприятие с приглашением участников Великой Отечественной войны и тыла.

Актовый зал был оформлен Георгиевскими лентами и гелиевыми шарами оранжевого и черного цвета. Уже за час до начала встречи в академии царило приподнятое настро-

ение, звучали песни военных лет.

На торжественную церемонию, посвященную 65-летию Победы, были приглашены ветераны – Бурьянов Л.А. и Пухов Б.И. и участники тыла – Артемова В.А., Ибраева А.И., Идиатулина Г.С., Коваленко Л.Г., Рыскулова К.Р., Павлова Н.А., Малышева А.Ф., Поставничева Н.В.

В праздничном мероприятии принимали участие и.о. министра здравоохранения КР Ниязалиева Д.А., зам. Министра здравоохранения КР Каратаев М.М., профессорско-преподавательский состав и вся студенческая молодежь.

Торжественное мероприятие открыл ректор Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева чл - корр., НАН КР, профессор А.З.Зурдинов. В своём праздничном обращении к ветеранам Великой Отечественной войны он сказал:

«Мы глубоко чтим память двадцати восьми миллионов советских людей, в тяжелейших боях





отдавших свои жизни за нашу свободу и завещавших нам беречь мир. Мы должны делать все возможное, чтобы ужасы войны никогда не повторились». Отметив большой вклад Кыргызстана в победу, ректор вручил ветеранам денежные премии.

И.о. министра здравоохранения КР Ниязалиева Д.А. поздравила ветеранов ВОВ и тыла, и вручила им денежные премии. Поздравляя вете-



ранов, она отметила, что священный подвиг участников войны и тружеников трудового фронта, нынешнее поколение никогда не забудет. Участникам войны и тыла она вручила денежные премии от имени Министерства здравоохранения КР.

От имени ветеранов выступила, участником тыла профессор Рыскулова К.Р. которая поделилась воспоминаниями о войне. Она выразила благодарность организатором мероприятий: «Я давно не была на такой чудесной встрече». Спасибо администрации академии за такой праздник и за то, что пригласили нас! Торжество сопровождалось с выступлениями студентов КГМА. Особенно выступления студента факультета «Лечебное дело» Ниязбекова Чынгыза была принята бурными аплодисментами. Пели песни, танцевали

танцы на военную тему.

Ветераны на встрече держались бодро, только было видно, как на глазах появляются слезы, когда вспоминали тяжелое время и друзей, которые не вернулись с войны. С каждым годом их все меньше остается уже внуки, и правнуки вспоминают тех, кого уже нет. Память об этом остается, и будет всегда служить вдохновением и моральным примером и поддержкой для поколений молодежи.

20 мая 2010 года в Конференц-зале КГМА про-



шла научно-практическая конференция на тему: «Великая победа советского народа и современность», посвященная 65-летию Великой Победы. Подготовлено 20 докладов на 4х языках. По оценке жюри лучшими докладами стали доклады студентов Койчубай кызы Эльнуры, Эркинбекова Майрамбека, Накви Али Разы, Кожоналиевой



Айчурека. Лучшие доклады студентов были отмечены Почетными грамотами КГМА и денежными призами.

**Начальник отдела воспитательной и организационно-массовой работы КГМА
Касымалиева К.К.**

Редакцияга берилүүчү макалаларды жасалгалоонун эрежелери.

Журнал – рецензияланган басылма болуп саналат.

Журналга медицина менен биологиянын актуалдуу маселелери боюнча жалпы жана теориялык макалалар, кызыктуу изилдөөлөр жарыяланат.

Журналга макала жөнөтөөрдөн мурда төмөнкү эрежелерди сакташыңыздарды суранабыз:

1. Редакция кагазга басылган кол жазманы (2 нуска) электрондук түрдөгүсү менен чогуу кабыл алат. Кол жазма кафедра башчынын же жетекчинин визасы менен (биринчи беттин үстүнкү сол бурчунда), автор иштеген мекеменин сунуштамасы моорү менен болушу керек. Кол жазманын аягында баардык авторлордун аты-жөнү, окумуштуулук даражасы, кызматы, жумушунун дареги, электрондук дареси, иш телефону жазылып, кол тамгалары коюлушу керек.

2. Макала компьютерде 1,5 интервалда Times 14 шрифти менен А 4 кагазга жазылат. Талаа: үстүнкү жана астыңкы – 2,5 см, сол – 3,5 см, оң – 1,5 см. Макалага иллюстративдик материалдар сүрөт, рентгенограмм, графика, таблица түрүндө тиркелет. Фото сүрөттөр (кара-ак же түстүү) жалтырак кагазга ачык, даана чагылдырылышы зарыл. Рентгенограммдын фото көчүрмөсү даана түшүрүлүп, артка бетине номери, автордун аты-жөнү жана макаланын аталышы жазылат. Редакцияга берилген макала иллюстративдик материалы менен кошо электрондук түрдө болушу керек. Баардык беттерге номерлер коюлат.

3. Макаланын көлөмү: 15 беттен ашпоого тийиш, адабияттардын обзору үчүн – 20 бет, клиникалык байкоо жүргүзүүлөр үчүн – 8 бет.

4. Биринчи бетке: 1) макаланын аты; 2) автордун аты-жөнү; 3) кафедранын же лабораториянын (кашаанын ичине жетекчинин аты-жөнү, окумуштуулук даражасы көрсөтүлөт) жана мекеменин толук аталышы жазылат. Эгерде авторлор ар кайсы мекемеден болсо анда кезеги менен ар бир автордун иштеген мекемеси көрсөтүлөт. Макаланын структурасы: киришүү, бейтаптар (материалдар) жана ыкмалар, изилдөөнүн жыйынтыктары жана алардын талкуусу, корутунду, адабияттар. Өзүнчө баракка резюме жана негизги сөздөр жазылат.

5. Тексттеги кыскартуулар чечмелениши менен берилиши керек. Иштин аталышынын кыскартылышына жана көпчүлүккө түшүнүксүз кыскартууларга жол берилбейт. Библиографиялык шилтемелер чарчы кашаанын ичине берилет. Статистикалык иштеп чыгуудагы маалыматтарга колдонулган ыкмаларды көрсөтүү жана көрсөткүчтөрдүн аталыштары келтирилиши керек. Бир эле маалымат

тын же таблицанын эки жолу кайталанышына жол берилбейт.

6. Макалага авторлордун цитаталары ирээти менен адабияттардын тизмеси өзүнчө баракка 1,5 интервалда тиркелет (негизги макала үчүн 25тен ашпаган адабият, адабияттардын обзору үчүн 60). Китеп, диссертация, жыйнак, съезддердин жана конференциялардын материалдары үчүн авторлордун аты-жөнү, иштин аталышы, китептин толук аталышы, чыккан жылы, басмадан чыккан жери, китептин бети көрсөтүлөт. Мисалы: Бураковский В.И., Лишук В.А., Керцман В.П. ж.б. Интенсивдүү дарылоодо монитордук-компьютердик технологияларды колдонуунун он беш жылдык тажрыйбасы. – Китепте: Саламаттыкты сактоодогу информатика. – М.: Медицина, 1990.-3,6-бет. Сидоров И.С., Макаров И.О. Эклампсия жана аны дарылоонун жаңы аспекти. – Китепте: “Эне жана бала” Россиялык 6-форумдун материалынан. – М., 2004.-121-бет Журналдык макалалар үчүн – авторлордун аты-жөнү (эгерде авторлор бештен көп болсо, биринчи үч авторду гана көрсөтүп, калганын “ж.б.” же “et al” деп англис же орус тилине ылайык көрсөтүп коюу керек), макаланын толук аталышы, журналдын кыскартылган аталышы (1 ps 1ex МесИсиз же МесШпе сыяктуу), жылы, том, басылманын номери, бетинин номери (биринчи жана акыркы) көрсөтүлөт. Мисалы: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. ж.б. Жүрөк кемтигинин иммунопатологиясы: цитокиндердин ролу. Кардиология.-1999.-№3.-66, 75-беттер.

7. Кыргыз, орус жана англис тилдеринде макаланын изилдөө максатын, пайдаланылган материалдардын жана ыкмалардын, алынган негизги жыйынтыктардын негизи көрсөтүлгөн резюме (көлөмү 0,5 бетке чейин), ошондой эле 3 тилде негизги сөздөр (7 сөздөн ашпаган) тиркелиши зарыл.

Резюменин башына макаланын аталышы, автордун ата-жөнү көрсөтүлүшү керек.

8. Макаланы автор жакшылап текшерип туруп анан берүүгө тийиш. Баардык аталыштар, химиялык формулалар, өлчөмдөр, цифралар, таблицалар, сүрөттөр ж.б. даана көрсөтүлүшү зарыл.

9. Бир жактуу кол жазмалар авторлорго кайра кайтарылып берилбейт. Эгерде макала автор тарабынан басмага даярдалып жаткан учурда оңдолуп түзөлсө, анда тексттин акыркы варианты келген күн келип түшкөн дата катары эсептелет.

10. Мурда жарык көрү өн, башка журналдарга же жыйнактарга берилген макалалар кабыл алынбайт. Эрежеге ылайык жасалгаланбаган кол жазмалар кайра кайтарылып берилет.

Правила оформления статей при направлении в редакцию

Журнал является рецензируемым изданием.

Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и общетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (2 экземпляра) в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (с печатью), где работают авторы. Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись). Следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

2. Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times, кеглем 14 на листе формата А4. Поля: верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Фотографии (черно-белые или цветные), представленные на глянцевой бумаге, должны быть контрастными, рисунки четкими. Фотокопии рентгенограмм представляются в позитивном изображении. На обороте рисунка ставится его номер, фамилия автора и название статьи (карандашом, без нажима). На отдельном листе печатаются подписи к рисункам со всеми обозначениями. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

3. Объем статей: не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

4. В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи, 2) инициалы и фамилии авторов, 3) полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя) и учреждения. Если авторы статьи из разных учреждений, то следует указать (надстрочными цифрами), в каком учреждении работает каждый из авторов. Структура оригинальной статьи: введение, пациенты (материалы) и методы, результаты исследования и их обсуждение, выводы (заключение), литература. Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (см. п. 7).

5. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с приставным списком литературы. Единицы измерения даются в системе СИ. При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименование показателей. Повторение одних и тех же данных в тексте, таблицах и рисунках не допускается.

6. К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. Для книг, диссертаций, сборников, материалов съездов и конференций указываются фамилии и инициалы авторов, название работы (если указываются конкретные страницы), полное название книги, место, издательство и год издания, количество страниц в книге или конкретные страницы. Примеры: Бураковский В.И., Лищук В.А., Ксрцман В.П. и др. Пятнадцатилетний опыт разработки и использования мониторно-компьютерной технологии интенсивного лечения. - В кн.: Информатика в здравоохранении. - М.: Медицина, 1990. - С. 3-6. Сидорова И.С., Макаров И.О. Эклампсия и современные аспекты ее лечения. - В кн.: Материалы 6-го Российского форума «Мать и дитя»: тезисы докладов. - М., 2004. - С. 121. Для журнальных статей - фамилии и инициалы авторов (если авторов пять и более, то указывают первых трех авторов и ставят «и др.» или «et al.» соответственно для русского или английского языка), полное название статьи, сокращенное название журнала (использовать сокращения, принятые в Index Medicus или MedShpe), год, том, номер выпуска, номера страниц (первая и последняя). Например: Насонов Е.Л., Самсонов Ю.М., Беленков Ю.Н. и др. Иммунопатология застойной сердечной недостаточности: роль цитокинов // Кардиология. - 1999. - №3. - С.66-73.

7. К статье должны быть приложены резюме (объемом до 0,5 страницы) на русском, кыргызском и английском языках с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов, а также список ключевых слов на трех языках (не более 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, подразделение и учреждение, откуда направлена статья.

8. Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены.

9. Отклоненные рукописи авторам не возвращаются. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста.

10. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Рукописи, оформленные не в соответствии с правилами, возвращаются без рассмотрения.