



ISSN 1694-6405

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

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

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

№1 2019

Бишкек

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

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

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

Редакционная коллегия:

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

Атамбаева Р.М. – д.м.н., профессор, зав. каф. гигиенических дисциплин

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

Зурдинов А.З. – д.м.н., профессор, член-корр. НАН КР

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

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

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

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

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

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

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

Редакционный Совет:

Алымбаев Э.Ш. – д.м.н., проф., проректор по учебной работе

Алымкулов Р.Д. – д.м.н., проф., зав. каф. клин. реабилитологии и физиотерапии

Арнольдас Юргутис - профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)

Батыралиев Т.А. – д.м.н., проф., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

Бейшенбиева Г.Д. - д.м.н., и.о. проф., зав. каф. сестринского дела

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

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

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

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

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

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

Катаев В.А. - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России (Башкортостан)

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

Кутгубаев О.Т. - д.м.н., проф., зав. каф. медицинской

биологии, генетики и паразитологии

Кутгубаева К.Б. - д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической стоматологии

Луи Лутан - проф., Университет Женевы (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Учредитель

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

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

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

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

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

www.kgma.kg

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

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

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

Редакциялык жамаат:

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

Атамбаева Р.М. - м.и.д., профессор, гигиеналык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

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

Зурдинов А.З. - м.и.д., профессор, КР УИАнын мучо-корреспонденти

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

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

Мамакеев М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор

Мамыгтов М.М. - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы

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

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

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

Редакциялык Кеңеш:

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

Алымкулов Р.Д. - м.и.д., профессор, клин. реабилитология жана физиотерапия кафедрасынын башчысы

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

Батыралиев Т.А. - м.и.д., профессор, КР саламаттык сактоо Министри

Бейшенбиева Г.Дж. - м.и.д., профессор м.а., «Мээрмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

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

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

Джумалиева Г.А. - м.и.д., стратегиялык өнүктүрүү жана эл аралык байланыштар боюнча проректор

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

Калиев Р.Р. - м.и.д., факультеттик терапия кафедрасынын профессор

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

Катаев В.А. - фарм. и.д., профессор, Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университетинин илим жана инновациялык иштер боюнча проректору (Россия, Башкортостан)

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

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

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

Луи Луган - профессор, Женева университети (Швейцария)

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

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

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

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

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

Сатылганов И.Ж. - м.и.д., профессор, паталогиялык анатомия кафедрасынын башчысы

Тилекеева У.М. - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессор

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

Чолпонбаев К.С. - фарм.и.д., профессор, дары каражаттарынын технологиясы, фармацевциянын экономикасы жыны башкаруу кафедрасынын башчысы

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

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

Ырысов К.Б. - м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессор

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

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

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

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

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

www.kgma.kg

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

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

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

Editorial Board:

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

Atambaeva R.M. - dr.med.sci., prof., the head of hygienic disciplines department

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

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

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

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

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

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

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

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

Zuridinov A.Z. - .med.sci., prof., corresponding member NAS KR

Editorial Council:

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

Alymkulov R.D. - dr.med. sci., prof., the head of clinical rehabilitation and physiotherapy

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

Beishembieva G.D. - dr.med. sci., deputy prof., the head of nursing department

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

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

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

Djumabekov A.T. - dr.med.sci., prof, the head of surgery and endoscopy of KMUNT (Kazakhstan)

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

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

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

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

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

Kataev V.A. - dr. pharm. sci., prof., vice -rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir State Medical University of MH Russia (Russia, Bashkortostan)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Usupbaeva Ch. - dr.med.sci., prof., the head of the department of urology and andrology of pre and post diploma training

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

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

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

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

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

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

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**Калыкеева А.А., Кононец И.Е.**

Оценка динамики уровня тревожности учащихся лица 10

ПРОБЛЕМЫ ФАРМАЦИИ**Дооталиева С.Ч., Тургуналиева М.А.**

Анализ лекарственного обеспечения онкологических больных наркотическими анальгетиками в амбулаторных условиях в Кыргызской Республике 16

Мурзабаева Э.Б., Сабирова Т.С., Исмаилов И.З.

Маркетинговый анализ рынка лекарственных препаратов, применяемых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Кыргызской Республике 21

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА**Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Аттокурова Р.М., Красницкая М.В.**

Особенности рисков развития сахарного диабета 2 типа в мировых трендах у коренных жителей высокогорья Аксай в Кыргызстане 28

Молдобаева М.С., Омурзакова У.К.

Особенности клинико-функциональных проявлений коронарной болезни сердца при сахарном диабете 2 типа у пожилых (обзор литературы) 35

Анварбекова Ы.А., Алымкулов Р.Д.

Реабилитация больных с нейропатиями лицевого нерва методами традиционной кыргызской и китайской медицины 44

Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С., Акимов М.М.

Симуляционное обучение – неотъемлемая часть повышения качества профессиональной подготовки клинических ординаторов, врачей общей практики и среднего медицинского персонала в Кыргызстане 49

Турдумамбетова Г.К., Галиева Р.Ш., Байтелиева А.К.

Опыт применения аллергена туберкулезного рекомбинантного для скрининга туберкулезной инфекции у детей младшего школьного возраста в Кыргызской Республике 56

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ**Мамакеев М.М., Сыдыгалиев К.С., Калжикеев А.М., Тойгонбаев А.Т.,
Эраалиев Б.А., Мамбетов А.К., Бигишиев М.М., Гайфулин Р.Ф.**

Результаты хирургического лечения больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией, осложненной сепсисом 64

Абдиев А.А., Эркинбеков А.Э., Абдрасулова М.С.

Лечение плевральных осложнений после резекций печени по поводу альвеококкоза 71

Акешов А.Ж., Макеева М.Н. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии и меры их предупреждения	74
Жолдошбеков Е.Ж., Кенжаев А.Ж. Актуальные вопросы диагностики и лечения узловых образований щитовидной железы	80
Толоров Ж.Ж., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Кенжекулов К.К. Результаты мер профилактики осложнений у больных с механической желтухой	85
ПРОБЛЕМЫ ТРАВМАТОЛОГИИ	
Бекиев З.М. Способ хирургического лечения внутрисуставного перелома проксимального отдела большеберцовой кости	89
Джумабеков С.А., Маматалиев А.А. Результаты оперативного лечения латеральных переломов бедра (тип А) у лиц пожилого и старческого возраста	94
Маматалиев А.А. Современное лечение переломов проксимального отдела бедра в Кыргызской Республике (обзор литературы)	102
ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Юлдашев И.М., Базарбаева С.Б., Тыналиева Д.М., Абыкеева Р.С., Масаева Р.А., Жаныбекова М.Ж., Баудунова У.Ш. Современные подходы к формированию у студентов профессиональных навыков	108
ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Асанов Б.А., Токтосун у. Б. Анализ статей Уголовно-процессуального кодекса Кыргызской Республики 2017 года, вступившего в силу с 1-го января 2019 года, регламентирующих экспертную деятельность	113
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ	
Субанбеков М.Д., Турдумамбетова Г.К., Байтелиева А.К. История и достижения кафедры фтизиатрии КГМА им. И.К. Ахунбаева	119

НЕГИЗГИ МЕДИЦИНА

Калыкеева А.А., Кононец И.Е.

Лицей окуучуларынын тынчсыздануу деңгээлинин динамикасын баалоо 10

ФАРМАЦИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Дооталиева С.Ч., Тургуналиева М.А.

Кыргыз Республикасында онкологиялык оорулууларды амбулаториялык шартында наркотикалык аналгетик дарылары менен камсыздандыруунун анализи 16

Мурзабаева Э.Б., Сабирова Т.С., Исмаилов И.З.

Кыргыз Республикасында аш казан жана он эки эли ичегесиндеги жарасын даарылоо үчүн колдонулуучу дары-дармектердин рыногун маркетингдик анализдөө 21

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Молдобаева М.С., Виноградова А.В., Аттокурова Р.М., Красницкая М.В.

2 типтеги кант диабетинин Кыргызстандын бийик тоолуу Аксай аймагынын жергиликтүү калкындагы дүйнөлүк тренддеги өнүгүү өзгөчөлүктөрү 28

Молдобаева М.С., Омурзакова У.К.

2 типтеги кант диабетиндеги коронардык жүрөк ооруларынын клиникалык жана функционалдык көрүнүштөрүнүн карылардагы өзгөчөлүктөрү 35

Анварбекова Ы.А., Алымкулов Р.Д.

Беттин нерв тамырынын невропатиясыны кыргыздын жана кытайдын салттуу медицинасынын ыкмалары менен калыбына келтирүү 44

Молдоташова А.К., Кабылов Ю.С., Акимов М.М.

Симуляциялык окутуу - Кыргызстанда адистердин, жалпы тажрыйба дарыгерлердин жана орто медициналык кызматкерлердин профессионалдык даярдоосун негизги бөлүгү болуп саналат 49

Турдумамбетова Г.К., Галиева Р.Ш., Байтелиева А.К.

Кыргыз Республикасында башталгыч мектеп курактагы балдардын кургак учук инфекциясын аллерген рекомбинанттык кургак учук ыкмасы менен аныктоо тажрыйбасы 56

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

**Мамакеев М.М., Сыдыгалиев К.С., Калжикеев А.М., Тойгонбаев А.Т.,
Эраалиев Б.А., Мамбетов А.К., Бигишиев М.М., Гайфулин Р.Ф.**

Анаэробдук клостридиалдык эмес флегмонанын сепсиске отушу жана анын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы 64

Абдиев А.А., Эркинбеков А.Э., Абдрасулова М.С.

Альвеококкозго байланыштуу боор резекцияларынан кийин өпкө-плевра жагынан өтүшүп кетүүлөрдү дарылоо 71

Акешов А.Ж., Макеева М.Н.

Абдоминалдык хирургиядагы операциядан кийинки оорлошуулар жана аларды алдын алуу чаралары 74

Жолдошбеков Е.Ж., Кенжаев А.Ж.

Калкан безинин түйүн түзүлүштөрүн диагноз коюунун жана дарылоонун актуалдуу маселелери 80

Толоров Ж.Ж., Мусаев У.С., Конурбаева Ж.Т., Кенжекулов К.К.

Сарыктын механикалык (тосколдуктагы) туру менен орууган бейтаптардын кабылдоосун алдын алуу чараларынын колдonusунун жыйынтыктары 85

ТРАВМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Бекиев З.М.

Чоң балтыр сөөгүнүн проксималдык бөлүгүнүн муун аралык сынуусун хирургиялык дарылоо ыкмасы 89

Джумабеков С.А., Маматалиев А.А.

Улгайган жана кары жаштагы сан сөөгүнүн латералдык сыныктарын (А-түрү) оперативдик дарылоонун жыйынтыктары 94

Маматалиев А.А.

Кыргыз Республикасында сан сөөгүнүн проксималдык бөлүгүнүн сыныктарын заманбап дарылоо (адабиятка сереп) 102

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Юлдашев И.М., Базарбаева С.Б., Тыналиева Д.М., Абыкеева Р.С., Масаева Р.А., Жаныбекова М.Ж., Баудунова У.Ш.

Студенттердин кесиптик көндүмүдөгү заманбап мамилени калыптандыруу 108

ЭКСПЕРТТИК ИШМЕРДИГИ МАСЕЛЕЛЕРИ

Мукашев М.Ш., Турганбаев А.Э., Асанов Б.А., Токтосун у. Б.

2019 жылдын 1-январынан баштап иштей баштаган Кыргыз Республикасынын Кылмыш-процессуалдык кодексинин экспертиза жургузууну тескей турган беренелерин талдоо 113

МЕДИЦИНА ТАРЫХЫ

Субанбеков М.Д., Турдумамбетова Г.К., Байтелиева А.К.

И.К. Ахунбаева атындагы КММА фтизиатрия кафедрасынын тарыхы жана ийгиликтери 119

FUNDAMENTAL MEDICINE**Kalykeeva A.A., Kononets I.E.**

Assessment of dynamics of the level of students of the lyceum 10

PHARMACY PROBLEMS**Dootaliev S.Ch., Turgunaliyeva M.A.**

Analysis of drug supply to patients with narcotic analgesics in outpatient conditions in the Kyrgyz Republic 16

Murzabaeva E.B., Sabirova T.S., Ismailov I.Z.

Market analysis of drugs used in the treatment of peptic ulcer disease in the Kyrgyz Republic 21

INTERNAL MEDICINE**Moldobaeva M.S., Vinogradova A.V., Attokurova R.M., Krasnitskaya M.V.**

Features of the risks of development diabetes mellitus type 2 in world trends in indigenous residents of the highaltitude Aksai in Kyrgyzstan 28

Moldobaeva M.S., Omurzakova W.K.

Features of clinical and functional manifestations of coronary heart disease in diabetes mellitus type 2 in elderly (literature review) 35

Anvarbekova Y.A., Alymkulov R.D.

Rehabilitation of patients with facial nerve of diabetic neuropathy with methods of traditional kyrgyz and chinese medicine 44

Moldotashova A.K., Kabylov Yu.S., Akimov M.M.

Simulation training - an integral part of the improvement of the quality of the professional training of clinical ordinators, a doctor of general practice and medium medical staff in Kyrgyzstan 49

Turdumambetova G.K., Galiyeva R.Sh., Baiteliyeva A.K.

Experience of the use of allergen tubercular recombinant for screening of tuberculosis infection in children of younger school age in the Kyrgyz Republic 56

QUESTIONS OF SURGERY**Mamakeev M.M., Sydygaliev K.S., Kaljikeev A.M., Toigonbaev A.T., Eraaliev B.A., Mambetov A.K., Bigishiyev M.M., Gaifulin R.F.**

The results of surgical treatment of patients with non-clostridial anaerobic infection complicated by sepsis 64

Abdiev A.A., Erkinbekov A.E., Abdrasulova M.S.

Treatment of pleuropulmonary complications after liver resections for alveolar echinococcosis 71

Akeshov A.Zh., Makeeva M.N. Postoperative complications in abdominal surgery and measures of its preventions	74
Zholdoshibekov E.Zh., Kenzhaev A.J. Topical issues of diagnosis and treatment of thyroid nodules	80
Tolorov J.J., Musaev U.S., Konurbaeva Zh.T., Kenjekulov K.K. Results of applications of prophylactic measures for complications in patients with mechanical jaundice	85
QUESTIONS OF TRAUMATOLOGY	
Bekiev Z.M. The method of surgical treatment of intraarticular fracture of the proximal tibia	89
Dzhumabekov S.A., Mamataliev A.A. The results of surgical treatment of lateral hip fractures (type a) in elderly and senile persons	94
Mamataliev A.A. Modern treatment of fractures of the proximal depth of the thigh in the Kyrgyz Republic (literature review)	102
QUESTIONS OF DENTISTRY	
Yuldashev I.M., Bazarbaeva S.B., Tynaliev D.M., Abykeeva R.S., Masaeva R.A., Zhanybekova M.Zh., Baudunova U.Sh. Current approaches to the formation of students' skill	108
QUESTIONS OF FORENSIC ACTIVITIES	
Mukashev M.Sh., Turganbaev A.E., Asanov B.A., Toktosun u. B. Analysis of the articles of the Criminal Procedure Code of the Kyrgyz Republic of 2017, entered into force on January 1, 2019, regulating expert activities	113
HISTORY OF MEDICINE	
Subanbekov M.D., Turdumambetova G.K., Baiteliyeva A.K. History and achievements of the department of phthisiatry of KSMA named after I.K. Akhunbaev	119

ОЦЕНКА ДИНАМИКИ УРОВНЯ ТРЕВОЖНОСТИ УЧАЩИХСЯ ЛИЦЕЯ

А.А. Калыкеева, И.Е. Кононец

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева,
Кафедра фундаментальной и клинической физиологии им. С.Б. Даниярова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены результаты психологического обследования учащихся 10 класса лицея при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева. Всего обследовано 80 человек, в возрасте 16-17 лет. Для определения уровня ситуативной и личностной тревожности обучающихся была применена шкала самооценки тревожности Ч.Д. Спилберга, Ю.Л. Ханина (1983). Данный тест является надежным и информативным способом оценки уровня тревожности человека.

При сопоставлении показателей по половым различиям, полученных в начале обучения в 10 классе при применении вышеотмеченного опросника, установлено, что у девушек доминировали показатели реактивной и личностной тревожности. В конце учебного года у 5% девушек обнаружена низкая личностная тревожность, умеренная - у 48% юношей и 20% девушек, высокая - у 52% юношей и 75% девушек. Проведенное психологическое обследование выявило достоверно высокие показатели тревожности у девушек по сравнению с юношами, что может быть связано с адаптационным процессом, учебной нагрузкой и индивидуальными особенностями девушек.

Ключевые слова: учащиеся лицея, личностная тревожность, реактивная тревожность.

**ЛИЦЕЙ ОКУУЧУЛАРЫНЫН ТЫНЧСЫЗДАНУУ ДЕЦГЭЭЛИНИН
ДИНАМИКАСЫН БААЛОО**

А.А. Калыкеева, И.Е. Кононец

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
С.Б. Данияров атындагы фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасы,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада И.К. Ахунбаев атындагы КММА алдындагы лицейдин 10 класста окуган окуучуларынын психологиялык изилдөөлөрдүн жыйынтыгы сунушталган. 16-17 жаштагы 80 адам изилденген. Окуучулардын кырдаалдык жана өздүк тынчсыздануу децгээлдерин аныктоо үчүн Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Хандин (1983) тынчсызданууну өздүк баалоо шкаласы колдонулган. Белгиленген тест ишенимдүү жана маалыматтарды алуу жолу болуп саналат. 10 класстын окуучуларын психологиялык изилдөөнүн натыйжасында кырдаалдык тынчсыздануу кыздарда басымдуу экендиги аныкталган. Ал эми өздүк тынчсыздануунун орточо децгээли 53% балдарда, 28% кыздарда белгиленди. Бул өз кезегинде балдардын өздүк тынчсыздануу децгээли жогорураак экендигин билдирет. Окуу жылынын этегинде кыздардын 5% төмөнкү өздүк тынчсыздануу децгээли, 48% балдарда жана 20% кыздарда орточо өздүк тынчсыздануу

децгээли табылган. Ал эми жогорку өздүк тынчсыздануу децгээли 52% балдарда, 75% кыздарда аныкталган. Кыздарда тынчсыздануу децгээлдеринин жогору болушу адаптациялык процессинен, окуу жүктөмүнөн жана жекече өзгөчөлүктөрү менен негизделиши мүмкүн.

Негизги сөздөр: лицей окуучулары, өздүк тынчсыздануу, кырдаалдык тынчсыздануу.

ASSESSMENT OF DYNAMICS OF THE LEVEL OF STUDENTS OF THE LYCEUM

A.A. Kalykeeva, I.E. Kononets

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of fundamental and clinical physiology named after S.B. Daniyarov
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The paper presents the results of a psychological survey of pupils of the 10 graden of the lyceum at the Kyrgyz State Medical Academy named after. IK Akhunbaev. 80 people at the age of 16-17 were examined. To determine the level of situational and personal anxiety of students, the self-rating scale of anxiety by Spielberg, Yu.L. Khanin (1983) was used. This test is a reliable and informative way to assess the level of anxiety.

As a result of the psychological studies conducted of the 10th grade respondents was discovered, that girls reactive anxiety indicators are comparatively dominant, whereas the parameters of moderate personal anxiety in 53% of young men and 28% of girls, which indicates high personal activity of young men. At the end of the school year, 5% of girls found low personal anxiety, moderate - in 48% of boys and 20% of girls, high - in 52% of boys and 75% of girls. High personal anxiety was found in 52% of young men and 75% of girls. Based on the psychological studies conducted, it was found that the girls have relatively high rates of anxiety. This may be due to the adaptation process, the training load and the individual characteristics of the girls.

Key words: pupils of the lyceum, personal anxiety, reactive anxiety.

Введение. Одной из наиболее важных проблем обучения учащихся в средне специальных учебных учреждениях является адаптация организма не только к интенсивной учебной нагрузке, но и к резкой смене окружающей социальной и психологической среды. В свою очередь, все эти факторы отражаются на психологических показателях организма подростков [1,2].

Состояние тревоги, беспокойства впервые выделил и акцентировал Зигмунд Фрейд (1926). Он охарактеризовал данное

состояние как эмоциональное, включающее в себя переживания ожидания и неопределенности, чувство беспомощности, главной функцией которого является предупреждение человека о надвигающейся угрозе, которую надо встретить или избежать [3].

Тревожность - индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях. Она связана с обратимой дис-

функцией мозговых связей и с генетически детерминированными свойствами мозга, обуславливающими повышенный уровень эмоционального возбуждения и определяющих состояние тревожности на поведенческом и физиологическом уровнях [4].

Реймонд Бернар Кеттел выделил 2 независимых фактора: ситуативная (реактивная) и личностная тревожность [5].

Реактивная или ситуативная тревожность (РТ или СТ) - показатель интенсивности переживаний, которые возникают по отношению к типичным событиям, и характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Личностная тревожность (ЛТ) - готовность человека к переживанию страха и волнений по поводу широкого круга субъективно значимых явлений. Она характеризует склонность человека воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги [5].

Целью наших исследований явилось изучение динамики тревожности учащихся лица при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Материалы и методы исследования

Обследовано 80 подростков в возрасте 16-17 лет, обучающихся в лицее при Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К.

Ахунбаева. Исследования проводились в начале и в конце обучения в 10 классе.

После подбора обследуемых лиц было проведено психологическое исследование для выявления уровней тревожности по двум состояниям (реактивная и личностная тревожность) с использованием методики диагностики самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина. Результаты анкетирования оценивались по полученным баллам: до 30 – низкая, 31 - 45 умеренная, 46 и более - высокая тревожность [5,6,7].

Статистическая обработка материалов осуществлялась с использованием программы SPSS 21.0.

Результаты исследования и их обсуждение

В таблице 1 представлены результаты психологического обследования респондентов по половым различиям. В начале обучения у девушек показатели низкой и умеренной РТ и ЛТ имеют достоверно высокие значения по сравнению с юношами, что указывает на напряженность и беспокойство указанных лиц. У юношей значения высокой степени РТ достоверно выше, чем у девушек.

При оценке уровней ЛТ установлено, что у девушек только высокий уровень ЛТ достоверно превышает показатели у юношей.

Таблица 1 - Соотношение показателей уровней тревожности учащихся в начале обучения в 10 классе (n=80)

Обследуемые	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая	умеренная	высокая	низкая	умеренная	высокая
Юноши	25,00 ±1,76	37,17 ±1,28	55,59 ±1,96*	26,00 ±2,08	38,43 ±1,03	51,31 ±1,22
Девушки	28,50 ±0,5*	40,67 ±0,79*	52,90 ±1,06	24,57 ±1,00	40,00 ±1,14	55,91 ±1,14*

*Примечание: * - различия достоверны (P<0,05) между показателями юношей и девушек.*

При сопоставлении значений РТ у юношей и девушек, полученных в конце 10 класса, была обнаружена аналогичная картина, т.е. девушки показали высокую степень беспокойства и нервозности.

У 5% девушек обнаружена низкая ЛТ. Значения умеренной ЛТ достоверно превышают показатели у юношей (табл. 2).

Таблица 2 - Соотношение показателей уровней тревожности учащихся в конце обучения в 10 классе (n=80)

Обследуемые	Реактивная тревожность			Личностная тревожность		
	низкая	умеренная	высокая	низкая	умеренная	высокая
Юноши	21,5 ±2,50	37,81 ±1,19	55,95 ±1,68		37,42 ±0,84	53,10 ±1,46
Девушки	24,00 ±0,58*	42,00 ±1,15*	55,50 ±1,33	28,50 ±0,50	41,75 ±1,82*	55,10 ±1,17

Примечание: * - различия достоверны ($P < 0,05$) между показателями юношей и девушек.

В начале учебного года при определении уровней РТ учащихся в процентном соотношении выявлено: низкий – у 12% юношей и 5% девушек, умеренный – у

45% и 45%, высокий – у 43% и 50% соответственно. Низкая степень ЛТ обнаружена – у 7% юношей и 17% девушек, умеренная – у 53% и 28%, высокая – у 40% и 55% соответственно (рис. 1).

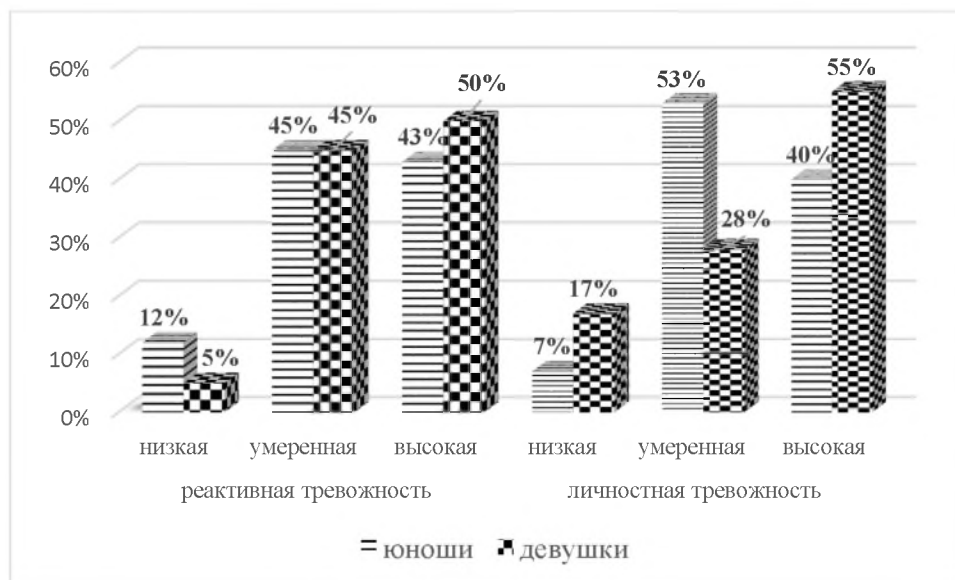


Рис. 1. Показатели уровня тревожности учащихся в начале обучения в 10 классе.

В конце учебного года установлены следующие уровни РТ учащихся: низкий – у 5% юношей и 8% девушек, умеренный – у 40% и 35%, высокий – у 55% и 57%.

Низкий уровень ЛТ обнаружен у 5% девушек, умеренный – у 48% юношей и 20% девушек и высокий – 52% и 75% соответственно (рис. 2).

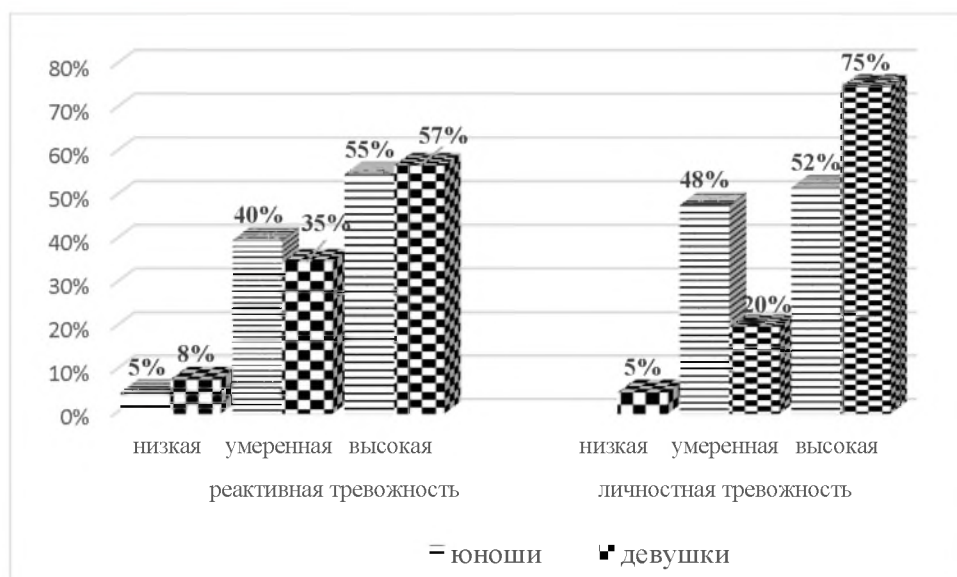


Рис. 2. Показатели уровня тревожности учащихся в конце обучения в 10 классе.

Полученные нами данные совпадают с результатами А.Б. Сайдылдаевой (2010), которая при исследовании уровней тревожности студентов медицинской академии им. И.К. Ахунбаева, обнаружила более высокую степень тревожности у девушек первокурсниц по сравнению с юношами [8].

Мырзаев Ж.Т. с соавт. (2016) обследовали студентов КРСУ им. Б.Н. Ельцина с использованием шкалы Ч.Д. Спилберга. Умеренный уровень ЛТ и РТ наблюдался у 52,2% и 69,6% студентов соответственно, в то время как высокий уровень

ЛТ и РТ – у 42,0% и 17,4% соответственно. Низкий уровень ЛТ и СТ отмечен у 5,8% и 13,0% студентов [9].

На основании проведенных психологических обследований состояния учащихся лица можно сделать вывод о том, что девушки характеризуются высоким уровнем РТ. У 5% девушек в конце обучения в 10 классе отмечается низкий уровень ЛТ. Показатели умеренной ЛТ имеют достоверные значения по сравнению с юношами, что свидетельствует о напряжении адаптивных функций организма.

Литература

1. Байтингер, О.Е. Отношение молодежи к высшему образованию // *Ананьевские чтения. Образование и психология*. - СПб., 2001. - С. 71-73.
2. Бальсевич, В.К. *Онтокинезиология человека*. - М.: Теория и практика физической культуры, 2000. - 275 с.
3. Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // *Психологический журнал*. -1992. - № 5. - С. 151-161.
4. Черный, С.В. *Нейро- и психофизиологический анализ состояния тревожности у человека: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. биол.наук*. - Симферополь, 2007. – 21 с.
5. Ханин, Ю.Л. *Краткое руководство в шкале реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга*. - Л., 1976. -18 с.
6. Спилберг, Ч.Д. *Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги: Пер. с англ. //Стресс и тревога в спорте*. - М., 1983. -С. 12-24.

7. Прихожан, А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. - Питер, 2009. – 192 с.

8. Сайдылдаева, А.Б. Состояние функциональной межполушарной асимметрии и её влияние на тонус и реактивность вегетативной нервной системы у здоровых испытуемых в процессе обучения: автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. мед.наук. – Бишкек, 2010. – 26 с.

9. Мырзаев, Ж.Т. Адаптивные, резервные возможности у лиц молодого возраста в условиях Кыргызской Республики / Ж.Т. Мырзаев, Б.Э. Акунова, Т.О. Мусабекова //Физическое воспитание и студенческий спорт глазами студентов. - 2016. – С. 516-519.

УДК 616.08 – 33.55:15;616.07]-002.3

**АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ
В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

С.Ч. Дооталиева, М.А. Тургуналиева

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева,
Кафедра управления и экономики фармации,
технологии лекарственных средств им. проф. Э.С. Матыева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной научной статье проведен анализ лекарственного обеспечения наркотическими анальгетиками онкологических больных с целью купирования хронического болевого синдрома в терминальной стадии заболевания на амбулаторном уровне. Обеспеченность инкурабельных онкологических больных наркотическими анальгетиками в Кыргызской Республике в среднем составила 0,25%, причинами такого показателя является низкая физическая и экономическая доступность к данной группе препаратов.

Ключевые слова: лекарственное обеспечение, наркотические анальгетики, онкологические больные, терминальная стадия.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА ОНКОЛОГИЯЛЫК ООРУЛУУЛАРДЫ
АМБУЛАТОРИЯЛЫК ШАРТЫНДА НАРКОТИКАЛЫК АНАЛГЕТИК
ДААРЫЛАРЫ МЕНЕН КАМСЫЗДАНДЫРУУНУН АНАЛИЗИ**

С.Ч. Дооталиева, М.А. Тургуналиева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Профессор Э.С. Матыев атындагы дарылардын технологиясы,
фармациянын башкаруу жана экономика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул беренде онкологиялык оорусуна чалдыккан, терминалдык баскычтагы онокот оору синдромуна дуушар болгон бейтаптарды наркотикалык анальгетик даарылары менен амбулатордук денгээлде жардам беруу максатында камсыздандыруунун анализи жүргүзүлгөн. Кыргыз Республикасында инкурабелдик онкологиялык дартка чалдыккан бейтаптарды наркотикалык анальгетиктер менен камсыздандыруусу орточо эсеп менен 0,25% тuzот. Мындай корсоткучтун себеби наркотикалык даарылардын тобуна физикалык жана экономикалык томон жетишкендик болуп эсептелет.

Негизги сөздөр: дары-дармек менен камсыздандыруу, наркотикалык анальгетиктер, онкологиялык оорунулар, терминалдык баскыч.

**ANALYSIS OF DRUG SUPPLY TO PATIENTS WITH NARCOTIC ANALGESICS
IN OUTPATIENT CONDITIONS IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

S.Ch. Dootalieva, M.A. Turgunalieva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Pharmacy, Management and Economics,
Drugs Technology named after prof. Matyev E.S.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The analysis of drug supply with narcotic analgesics of oncological patients for the purpose of relieving chronic pain syndrome on the terminal stage of the disease at the outpatient level is carried out in the article. Concern of incurable cancer patients with narcotic analgesics in the Kyrgyz Republic averaged 0.25 %, of the reasons for this indicator is the low physical and economic accessibility to this group of drugs.

Keywords: drug supply, narcotic analgesics, cancer patients, terminal stage.

Введение: В течение последних десятилетий сохраняются тенденции к росту числа случаев злокачественных новообразований, регистрируемых во всем мире и в Кыргызстане в частности. Около 25 тыс. человек страдают различными онкологическими заболеваниями в стране, при этом ежегодно выявляется 5400 новых случаев, около 4000 человек умирают. Число нуждающихся в паллиативной помощи в целом в республике составляет около 18000 человек. Боль является одним из наиболее частых и серьезных симптомов, который испытывают пациенты, нуждающиеся в паллиативной медицинской помощи. Ведущее место в купировании хронического болевого синдрома (ХБС) у больных злокачественными новообразованиями (ЗНО) на III и IV стадии продолжают традиционно занимать наркотические анальгетики (НА) [1]. Проблемы обеспечения наркотическими анальгетиками многочисленны и разноплановы, для решения требуют слаженного взаимодействия различных структур и инициативы задействованных специалистов [2].

Исследование проводилось с использованием сравнительного, аналитической группировки данных, статистического методов анализа. Обработка информации, результатов исследования проводилось с использованием современных компьютерных программ.

Для обеспечения экономической доступности государством внедрено льготное лекарственное обеспечение населения на амбулаторном уровне по Дополнительной программе обязательного медицинского страхования и по Программе государственных гарантий (ПГГ) для категорий граждан по 5 нозологиям, одной из которых является онкология. Согласно ПГГ право на получение НА по данной программе имеют только больные раком на четвертой стадии заболевания [3]. В нашей стране для терапии сильной боли на сегодняшний день используется морфин в инъекциях, таблетки морфина быстрого действия, промедол и фентаниловые трансдермальные пластыри [4].

Таблица 1 - Сведения о номенклатуре и количествах ввозимых зарегистрированных НА, используемых в амбулаторных условиях с 2015-2018 гг.

Наименования	2015 год	2016 год	2017 год	За 10 мес 2018 г.
Морфина гидрохлорид амп для инъекций 1%- 1 мл	30269 амп	76351 амп	67484 амп	175498 амп
Морфина 5мг таблетки №50	2520 уп	2102 уп	-	2000 уп
Промедол раствор для инъекций 20мг\мл - 1мл	45195 амп	81617 амп	67019 амп	168167 амп
Фентаниловые пластыри «Дюрогезик матрикс» 25МЕ, 50МЕ №5	-	-	-	150 уп

В ходе сравнительного анализа номенклатуры НА (табл.) за исследуемый период установлено, что ассортимент практически не изменился и только к 2018 году зарегистрированы фентаниловые пластыри. За 10 месяцев 2018 года завезли всего 150 упаковок. У пластыря с наркотическим препаратом фентанилом есть масса достоинств: применение у больных с затрудненным глотанием или с плохими венами, его действие продолжается до 72 часов, он позволяет избежать уколов. Не дает пиковых концентраций наркотических веществ в плазме крови, такая форма лекарственного препарата не является

привлекательной для наркозависимых лиц [5]. Тем самым, на основании вышеуказанной таблицы, за период с 2015 по 2018 гг. наблюдается рост поставок морфина в инъекциях, промедола в инъекциях, при этом, поставки таблетированной формы морфина идут на спад. Применение неинвазивных форм обезболивающих лекарственных препаратов является одним из основных принципов терапии онкологической боли. В странах Европейского Союза для терапии хронического болевого синдрома используется 59 неинвазивных форм НА.

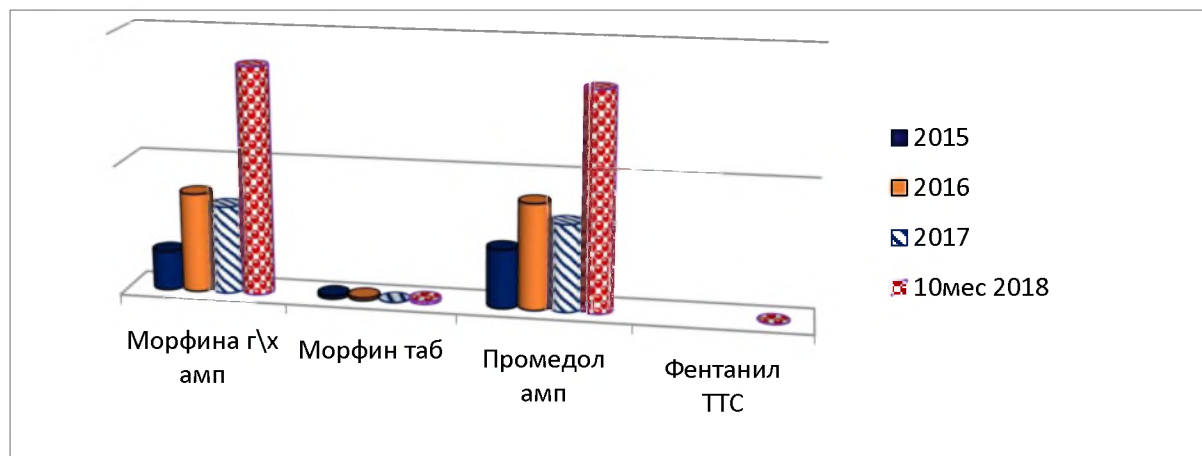


Рис. 1. Поставки лекарственных форм НА в зависимости от способа их введения.

Анализ соотношения поставок лекарственных форм НА в зависимости от способа их введения позволяет сделать вывод, что в подавляющем большинстве случаев ввозятся в инвазивных формах (рис. 1).

А также одним из главных причин является низкая физическая доступность

НА, когда пациенты с рецептами не могут получить. Особо остро стоит вопрос доступности этих препаратов в отдаленных регионах республики. Мы составили карту расположения аптек отпускающие наркотические анальгетики (рис. 2).



Рис. 2. Карта расположения аптек, отпускающих НА.

Чуйская область: г. Бишкек, г. Кара-Балта, г. Кант

Нарынская область: г. Нарын, с. Кочкор

Иссык-Кульская область: г. Балыкчы, г. Каракол, с. Ананьево, с. Боконбаева

Таласская область: с. Бакай Ата

Джалал-Абадская область: г. Таш-Кумыр, г. Джалал-Абад, с. Ала-Бука, с. Массы,

Ошская область: г. Ош, г. Узген, с. Гульча, г. Кара Суу

Баткенская область: г. Кызыл Кия, г. Сулюкта

Как видно из карты, аптеки, отпускающие НА, локализованы в основном в городах. Больному или их родственникам приходится преодолевать значительные расстояния, чтобы получить препарат, нередко в условиях плохих дорог и длительных перерывов между рейсами общественного транспорта.

В силу своей специфики, сфера оборота наркотических лекарственных средств жестко регулируется значительным количеством нормативно-правовых актов, определяющих требования к вопросам организации лицензирования, производства и изготовления, хранения, перевозки, отпуска, реализации, распределения, использования, учета и уничтожения [6].

Комплекс мер, которых нужно принять государству для улучшения доступности наркотических анальгетиков:

- проанализировать нормативно правовую базу и иные документы, прямо или косвенно ограничивающие доступность анальгетиков.

- упростить нормы по контролю над НА имеющие низкий потенциал незаконного использования

- увеличить количество лекарственных форм НА входящих в Перечень жизненно важных лекарственных средств (ПЖВЛС)

- отменить прикрепление пациента к конкретной аптеке, чтобы в случае отсутствия необходимых лекарств в этой аптеке была возможность приобрести их в другой.

Заключение. Сложившаяся ситуация привела к значительному сокращению количества аптечных организаций, осуществляющих такой социально-значимый вид фармацевтической деятельности, как обеспечение населения НА, снижению доступности данных групп лекарственных препаратов для населения, а, следовательно, и снижению качества жизни. Построение конструктивного взаимодействия между участниками легального оборота наркотических средств, должны преследовать две цели: удовлетворение

потребности больных, нуждающихся в данных лекарственных средствах и противодействие злоупотреблению и их незаконному обороту. Все пациенты, которые нуждаются в обезболивании, смогут получить его быстро и в полном объеме. Врачи начнут без боязни уголовного преследования назначать обезболивающие в необходимом пациенту количестве. Люди не будут страдать от боли из-за бюрократических сложностей, а борьба с наркоманией не должно служить барьером для получения обезбоживания тяжело больным людям, страдающим от хронического болевого синдрома.

Литература

1. *Атлас мира по паллиативной помощи в конце жизни / Под ред. Стивен Р. Коннор, Мария Сесилия Сепульведа Бермело. – ВОЗ, 2014.-112 с.*

2. *UNODC Техническое руководство по расширению наличия и доступности контролируемых лекарственных средств. – М, 2013.-156 с.*

3. *Справочник лекарственных средств, подлежащих возмещению по дополнительной программе ФОМС и Программе государственных гарантий на амбулаторном уровне [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.foms.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=795, свободный. - Загл. с экрана.- Яз русс., кырг.*

4. *Государственный Реестр ЛС и МИ [Электронный ресурс] / Режим доступа: www.pharm.kg, свободный- Загл. с экрана.- Яз русс., кырг.*

5. *Клинический протокол «Хроническая боль», приказ МЗКР № 461 от 05.08.2013. – Бишкек, 2013. – 33 с.*

6. *Закон Кыргызской Республики от 22 мая 1998 года №66 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах» ГЛ 2 С15*

**МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ,
ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Э.Б. Мурзабаева, Т.С. Сабирова, И.З. Исмаилов

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра базисной и клинической фармакологии им. М.Т. Нанаевой
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено маркетинговое исследование рынка лекарственных препаратов, применяемых в терапии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в Кыргызской Республике, результаты которого показали, что на фармацевтическом рынке республики присутствуют 285 лекарственных препаратов. Проведено сегментирование фармацевтического рынка препаратов этой группы по странам-производителям, составу, формам выпуска. Установлены основные показатели и тенденции развития аптечного ассортимента лекарственных средств, применяемых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, маркетинговое исследование, лекарственные препараты.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА АШ КАЗАН ЖАНА ОН ЭКИ ЭЛИ
ИЧЕГЕСИНДЕГИ ЖАРАСЫН ДАРЫЛОО ҮЧҮН КОЛДОНУЛУУЧУ
ДАРЫ-ДАРМЕКТЕРДИН РЫНОГУН МАРКЕТИНГДИК АНАЛИЗДӨӨ**

Э.Б. Мурзабаева, Т.С. Сабирова, И.З. Исмаилов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кыргыз Республикасында аш казан жана он эки эли ичегесиндеги жарасын дарылоо үчүн колдонулуучу дары-дармектердин рыногун маркетингдик анализдөө көрсөткөндөй фармацевтикалык рынокто 285 дары-дармектин түрү каталган. Ушул группадагы дары-дармектердин фармацевтикалык рыногун чыгарган мамлекеттери, составы жана формасы боюнча бөлүштүрүү өткөзүлгөн. Аш казан жана он эки эли ичегесиндеги жарасын дарылоо үчүн колдонулуучу дарыканалык ассортименттеги дары дармектердин белгиленген негизги көрсөткүчтөрү жана өнүгүү тенденциялары аныкталган.

Негизги сөздөр: фармацевтикалык рынок, аш казан жана он эки эли ичегесиндеги жарасы, маркетингтик изилдөө, дары-дармектер.

MARKET ANALYSIS OF DRUGS USED IN THE TREATMENT OF PEPTIC ULCER DISEASE IN THE KYRGYZ REPUBLIC

E.B. Murzabaeva, T.S. Sabirova, I.Z. Ismailov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Basic and Clinical Pharmacology Department named after M.T. Nanaeva
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. A market study of the drugs used in the treatment of gastric ulcer and duodenal ulcer in the Kyrgyz Republic was conducted, which results showed that there are 285 drugs on the pharmaceutical market of the republic. A segmentation of the pharmaceutical market of products of this group by manufacturer, composition, and dosage forms was carried out. The main indicators and development trends of the pharmaceutical range of drugs used in gastric ulcer and duodenal ulcer are established.

Keywords: pharmaceutical market, gastric ulcer and duodenal ulcer, marketing research, drugs.

Введение. Несмотря на то, что благодаря современным достижениям фармакологии и клинической медицины, язвенная болезнь стала значительно менее распространенной, чем это было два десятилетия назад, она по-прежнему остается значительным источником заболеваемости и смертности во всем мире. Следует также отметить, что фармакотерапия язвенной болезни стала более сложной, чем когда-либо, вследствие повышения устойчивости к противомикробным препаратам во всем мире и широкого применения комплексной антитромботической терапии у стареющего населения [1, 2, 3].

Наиболее распространенным симптомом язвенной болезни является боль в эпигастральной области, которая значительно ухудшает качество жизни и изменяет социальный статус значительного количества лиц дееспособного (молодого и среднего) возраста. В любых социально-экономических и политических условиях состояние здоровья населения является актуальной проблемой государства. Большинство случаев язвенной болезни в настоящее время связаны с инфекцией

Helicobacter pylori или применением нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) или сочетанием обоих факторов [4, 5, 6, 7, 8, 9].

Так, во всем мире заболеваемость пептическими язвами варьируется от 5 до 10% взрослого населения [2, 10]. В Кыргызской Республике, по данным Национального статистического комитета в структуре причин смерти болезни органов пищеварения занимают четвертое место (2094 умерших или 6,3% от общего числа умерших в 2017 г.) [11].

Исходя из этого, приоритетным является изучение тенденций формирования фармацевтического рынка Кыргызской Республики путем проведения маркетинговых исследований ассортимента препаратов, предназначенных для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Цель настоящего исследования: анализ рынка лекарственных препаратов, применяемых при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в КР для определения насыщенности и формирования

ассортимента препаратов анализируемой группы.

Материалы и методы исследования

Материалами исследования явились официальные источники информации о зарегистрированных и разрешенных к медицинскому применению ЛС в КР: Государственный реестр ЛС Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

В ходе проведения анализа мы также руководствовались рекомендациями по фармакотерапии, изложенными в клиническом руководстве по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденном в 2010 году [12] и рекомендациях консенсуса Маастрихт 5/Флоренция 2017 года [8].

Методы исследования: в процессе данного исследования использовались методы контент-анализа, наблюдения, сравнения, группировки, ранжирования, а также документального и структурно-логического анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Общий информационный массив лекарственных препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, составил 285 позиций, из которых можно выделить 21 международное непатентованное наименование лекарственных средств и 190 торговых наименований из 2 разделов анатомо-терапевтической-химической классификации.

При проведении маркетингового исследования определена структура ассортимента, которую формируют 2 классификационные группы ЛП, применяемых для лечения язвенной

болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, согласно местным и международным клиническим руководствам. Лидирующую позицию занимает группа J - «Противомикробные препараты для системного использования» – 68%, вторую позицию занимает – группа А «Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ», на которые приходится 32% в общем объеме ассортимента.

В ходе детального внутригруппового анализа группы А - «Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ» установлено, что ее формируют 2 подгруппы ЛП: А02А «Антациды» - 21 препарат (7,3%) и А02В «Противоязвенные препараты и препараты для лечения гастроэзофагеального рефлюкса» - 70 препаратов (24,5%).

Нами также было установлено, что в стране зарегистрировано 53 наименования препаратов из группы ингибиторов протонной помпы (18,5%), 6 наименований препаратов на основе коллоидного висмута (2,1%) и 11 препаратов из группы H₂-гистаминоблокаторов (3,8%), которые включены в группу А02В «Противоязвенные препараты и препараты для лечения гастроэзофагеального рефлюкса».

Что же касается второй группы – J «Противомикробные препараты для системного использования» то ее формируют 4 подгруппы ЛП: J01СА «Пенициллины широкого спектра действия», а именно амоксициллин, представленный 28 препаратами (9,8%), J01FA «Макролиды» - кларитромицин – 28 препаратов (9,8%), J01XD «Производные имидазола» - 26 препаратов (9,1%) и J01MA - «Фторхинолоны» - 112 препаратов (39,2%) (рис. 1).

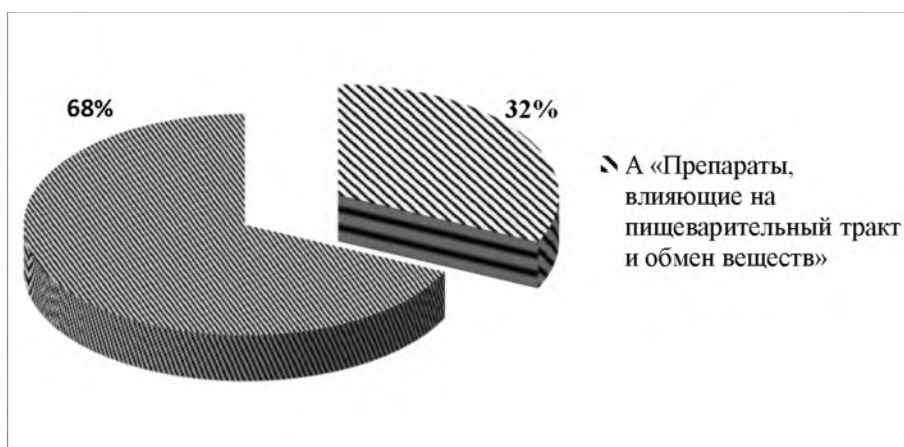


Рис. 1. Структура ассортимента лекарственных препаратов, применяемые для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки согласно АТХ-классификации.

Сегментационный анализ по производственному признаку показал абсолютное преобладание доли лекарственных препаратов зарубежного производства, которая составила 99%, препараты отечественного производства - 1% соответственно. Фармацевтический

рынок препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки представлен продукцией 29 стран-производителей, среди которых лидерами являются: Индия – 32,60%, Турция – 19,20% и Словения – 9,0% (табл.).

Таблица - Сегментирование ассортимента лекарственных препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по странам-производителям

Страна-производитель	Количество препаратов (шт.)	Доля (%)
Индия	93	32,60%
Турция	55	19,20%
Словения	26	9,00%
Россия	15	5,20%
Казахстан	15	5,20%
Беларусь	15	5,20%
Франция	10	3,50%
Китай	7	2,40%
Украина	7	2,40%
Грузия	5	1,70%
Пакистан	5	1,70%
Австрия	3	1,05%
Кыргызстан	3	1,05%
Узбекистан	3	1,05%
Армения	2	0,70%
Великобритания	2	0,70%
Венгрия	2	0,70%
Германия	2	0,70%
Италия	2	0,70%

Нидерланды	2	0,70%
Польша	2	0,70%
Чехия	2	0,70%
Бельгия	1	0,35%
Болгария	1	0,35%
Греция	1	0,35%
Египет	1	0,35%
Корея	1	0,35%
Португалия	1	0,35%
Сербия	1	0,35%
Итого	285	100%

В общей структуре ассортимента ЛС доминирующая часть принадлежит монокомпонентным лекарственным препаратам, что составляет 99%, комбинированные – 1% соответственно.

Сегментирование ассортимента ЛП применяемых при язвенной болезни

желудка и двенадцатиперстной кишки по виду лекарственной формы, представленных на фармацевтическом рынке страны, показало, что доля твердых лекарственных форм составляет 71%, жидких – 26%, мягких – 3,0% (рис. 2).

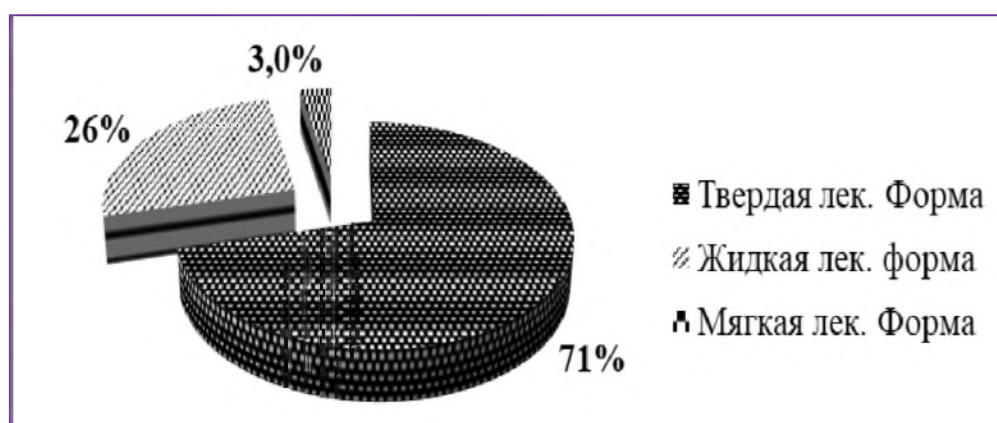


Рис. 2. Структура ассортимента лекарственных препаратов, применяемые для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки по лекарственным формам.

Как видно из рисунка 2, наибольший удельный вес в общей номенклатуре занимают твердые лекарственные формы: таблетки – 88 препаратов (66,6%), капсулы – 25 препаратов (19%), порошки – 13 препаратов (10%) и гранулы – 6 препаратов (4,5%).

В результате проведенного анализа нами был сформирован ассортиментный макроконтур рынка лекарственных средств, применяемых при лечении

язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: антихеликобактерные препараты (68%) и препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ (32%) в общем объеме ассортимента, лидирующее место среди которых занимают противоязвенные препараты и препараты для лечения гастроэзофагеального рефлюкса (24,5%) (рис. 3).

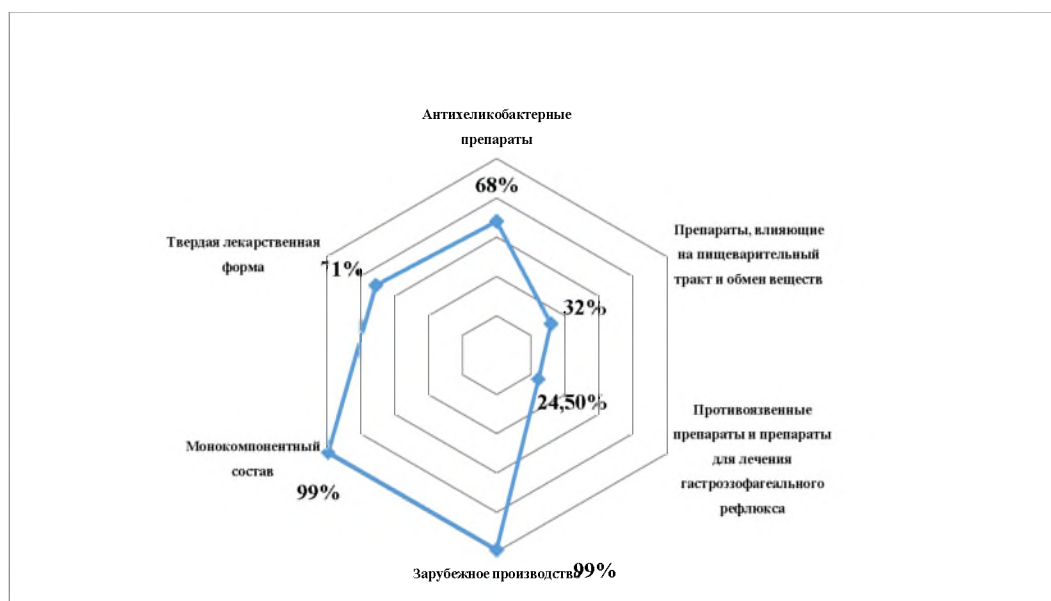


Рис. 3. Ассортиментный макроконтур фармацевтического рынка препаратов, применяемых при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в КР.

Из рисунка 3 видно, что по производственному признаку преобладают препараты зарубежного производства (99%). Изучаемый ассортимент в 71% случаев представлен твердыми лекарственными формами, преимущественно в виде таблеток (66,6%). В общей структуре фармацевтического рынка Кыргызской Республики доминируют монокомпонентные препараты (99%).

Заключение

Таким образом, в ходе проведения маркетинговых исследований было выявлено, что фармацевтический рынок Кыргызской Республики в достаточной степени насыщен лекарственными препаратами, рекомендованными для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в клиническом руководстве по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики, утвержденном в 2010 году и рекомендациях консенсуса Маастрихт 5/Флоренция 2017 года: общее количество лекарственных препаратов, применяемых для лечения язвенной

болезни желудка и двенадцатиперстной кишки составляет 285 позиций. Изучение номенклатуры ЛП этой группы выявило преобладание ЛП под торговыми наименованиями.

Лидирующую позицию в структуре ассортимента занимает группа J - «Противомикробные препараты для системного использования» – 68%, вторую позицию занимает – группа А «Препараты, влияющие на пищеварительный тракт и обмен веществ», на которые приходится 32% в общем объеме ассортимента. 99% препаратов приходится на зарубежных изготовителей, лидерами являются: Индия – 32,60%, Турция – 19,20% и Словения – 9,00%.

Большинство ЛП, представленных на рынке являются монокомпонентными - 99% и представлены твердыми лекарственными формами (71%).

Литература

1. Prabhu, V. An Overview of History, Pathogenesis and Treatment of Perforated Peptic Ulcer Disease with Evaluation of Prognostic Scoring in Adults / V. Prabhu, A.

Shivani // Ann Med Health Sci Res. - 2014 Jan-Feb. - 4(1). - P. 22–29.

2. *Lanas, A. Peptic Ulcer Disease / A. Lanan, F.K.L. Chan // Lancet. - 2017. DOI:https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32404-7*

3. *Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease / [R.T. Kavitt et al.] // The American Journal of Medicine. - 2019. - Vol. 132, Issue 4. - P. 447–456.*

4. *Maza, Jesus M Chronic Pancreatitis: Current concepts // SM Pancreatic Disorders and Therapy. -2017. - 1(1). - P. 1001.*

5. *Quality of Life in Chronic Pancreatitis is Determined by Constant Pain, Disability/Unemployment, Current Smoking, and Associated Co- Morbidities / [J.D. Machado et al.]// Am J Gastroenterol. - 2017. - Vol. 112. - P. 633-642.*

6. *Бакиева, А.Р. Проблема язвенной болезни в современном обществе: статистические данные по саратовской области [Электронный ресурс] / А.Р. Бакиева, Т.М. Богданова // Международный студенческий научный вестник. - 2018. - №5. - Режим доступа: www.eduherald.ru/ru/article/view?id=19159, свободный.*

7. *Байкова, Э.Р. Язвенная болезнь желудка, ассоциированная с *H. Pylori*, предраковые состояния и рак желудка [Электронный ресурс] / Э.Р. Байкова, М.М. Фазлыев // Современные проблемы науки и*

образования. - 2011. - №6. - Режим доступа: www.science-education.ru/ru/article/view?id=4879, свободный.

8. *Степанов, Ю.М. Маастрихтский консенсус - 5: аналитический обзор положений / Ю.М. Степанов, И.Я. Будзак // Гастроэнтерология. - 2017. -Т. 51, №1. - С. 36-45.*

9. *Гуров, А.Н. Анализ заболеваемости, частоты госпитализаций и уровня летальности при патологии органов пищеварения в Московской области / А.Н. Гуров, Н.А. Катунцева, Е.А. Белоусова // Альманах клинической медицины. -2015. - №40. - С.58-62.*

10. *Brown, L.M. Helicobacter pylori: epidemiology and routes of transmission. // Epidemiologic Reviews. -2015. - Vol. 22(2). - P. 283-97.*

11. *Сборник статистических материалов «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2017 году» // Республиканский медико-информационный центр Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек, 2018.*

12. *Клиническое руководство по диагностике и лечению неосложненной язвенной болезни в активной фазе на первичном уровне здравоохранения Кыргызской Республики. - Бишкек, 2010.*

**ОСОБЕННОСТИ РИСКОВ РАЗВИТИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА
2 ТИПА В МИРОВЫХ ТРЕНДАХ У КОРЕННЫХ ЖИТЕЛЕЙ
ВЫСОКОГОРЬЯ АКСАЙ В КЫРГЫЗСТАНЕ**

М.С. Молдобаева, А.В. Виноградова, Р.М. Аттокурова, М.В. Красницкая
Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: m_moldobaeva@mail.ru
anastasiya1630@mail.ru
raxat.attokurova@bk.ru
mileshka_666@mail.ru

Резюме. Учитывая рост числа больных СД 2, высокую смертность от ССЗ, отсутствие активных превентивных мероприятий по выявлению СД 2 и его ФР, изучение особенностей риска развития СД2 у коренных жителей высокогорного региона Кыргызстана оправдана и обоснована. Особенности 10-летнего риска развития СД 2 у коренных жителей высокогорья Аксай Нарынского региона Кыргызстана являются: преобладание нерегулярного приема овощей и фруктов, абдоминальное ожирение, малоподвижный образ жизни и ИМТ, независимо от пола. Умеренный и высокий риски стратификации 10-летнего риска развития СД 2 обусловлены так же нерегулярным приемом овощей и фруктов, избыточной массы тела и ожирением, малоподвижным образом жизни; хотя среди обследованных преобладает доля низкого риска.

Ключевые слова: сахарный диабет, высокогорье, коренные жители, факторы риска.

**2 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИНИН КЫРГЫЗСТАНДЫН
БИЙИК ТООЛУУ АКСАЙ АЙМАГЫНЫН ЖЕРГИЛИКТҮҮ КАЛКЫНДАГЫ
ДҮЙНӨЛҮК ТРЕНДДЕГИ ӨНҮГҮҮ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

М.С. Молдобаева, А.В. Виноградова, Р.М. Аттокурова, М.В. Красницкая
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Эндокринология курсу менен ички оорулар пропедевтикасы кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кант диабетинен жабыркагандардын саны, жүрөк кан тамыр ооруларынан өлүмдөрдүн өсүшүнө, кант диабетинин жана анын риск факторлорун алдын алуучу активдүү иш чаралардын жоктугуна байланыштуу, кант диабетинин өнүгүү рисктерин Кыргызстандын тоолуу аймактарындагы жергиликтүү калкын изилдөө негиздүү. Кыргызстандын бийик тоолуу Нарын регионунун Аксай жергиликтүү калкынын кант диабетинин 10 жылдык өнүгүү өзгөчөлүктөрү катары жынысына көз каранды эмес төмөнкүлөр эсептелет: мөмө-жемиштердин аз колдонуу, абдоминалдык семирүү, аз кыймылдоочу жашоо образы жана дене массасынын

индекси. Кант диабетинин өнүгүү рискинин 10 жылдык орто жана жогорку стратификация риски дагы мөмө-жемишти аз колдонуу, ашыкча салмактык, аз кыймылдоочу жашоо образы менен шартталган, бирок изилденгендердин арасында төмөн риск басымдуулук кылат.

Негизги сөздөр: кант диабети, бийик тоолуу аймак, жергиликтүү калк, риск факторлор.

**FEATURES OF THE RISKS OF DEVELOPMENT DIABETES MELLITUS TYPE 2
IN WORLD TRENDS IN INDIGENOUS RESIDENTS OF THE HIGHALTITUDE
AKSAI IN KYRGYZSTAN**

M.S. Moldobaeva, A.V. Vinogradova, R.M. Attokurova, M.V. Krasnitskaya

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

Department of Propaedeutics Internal diseases with a course of endocrinology,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Considering the increase in the number of patients with DM 2, high mortality from CVD, the lack of active preventive measures to identify diabetes mellitus and its risk factor, the study of the characteristics of the risk of developing diabetes mellitus among the indigenous people of the high-mountainous region of Kyrgyzstan is justified. The peculiarities of the 10-year risk of diabetes 2 among the indigenous people of the high-altitude Aksai of the Naryn region of Kyrgyzstan are: the prevalence of irregular intake of vegetables and fruits, abdominal obesity, a sedentary lifestyle and BMI, regardless of gender. The moderate and high risks of stratification of the 10-year risk of developing DM 2 are also due to the irregular intake of vegetables and fruits, overweight and obesity, a sedentary lifestyle; although among the surveyed prevails the proportion of low risk.

Key words: diabetes, high-altitude, indigenous people, risk factors.

Введение. Число больных сахарным диабетом (СД) неуклонно растет. Заболеваемость СД выше в странах с низким и средним уровнем дохода, более 70% составляют жители развивающихся стран [1], к которым относится и Кыргызстан. Около 40,8% ее территории располагается свыше 3000 м, в которых проживают и трудятся постоянные жители (естественная база для развития животноводства), или по ряду причин (отдельные виды трудовой деятельности: работают золоторудный и перерабатывающий комбинаты, военная служба, занятия спортом) жители равнин

и других высот вынуждены подниматься на эти высоты [2].

Высокогорье Ак-Сай Нарынского региона считается "полюсом холода" Кыргызстана и имеет своеобразные природно-климатические условия и расположена на высоте свыше 3000 м над уровнем моря [3].

В Кыргызстане в 2017 году зарегистрировано 55831 (1328,3 на 100 тыс. населения) больных СД, из них в высокогорном Нарынском регионе- 2536 (1357,5 на 100 тыс. населения), для сравнения представляем данные низкогорного Чуйского региона - 9289 (1454,5 на 100 тыс. населения) [4].

Так как в мире каждый второй случай СД2 остается не выявленным [1], то своевременное выявление рисков развития СД 2 ведет к снижению рисков развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в будущем [5].

По оценкам ВОЗ, в 2016 году от ССЗ умерло 17,9 миллиона человек, что составило 31% всех случаев смерти в мире. 85% этих смертей произошло в результате сердечного приступа и инсульта [6].

Более 75% случаев смерти от ССЗ происходят в странах с низким и средним уровнем дохода [6].

Из 17 миллионов случаев смерти от неинфекционных заболеваний в возрасте до 70 лет 82% случаев приходятся на страны с низким и средним уровнем дохода, а причиной 37% являются ССЗ [6].

В странах СНГ уровень смертности от КБС остается не только высоким, но и непрерывно прогрессирует [6]. В Кыргызстане в структуре причин смертности от болезней системы кровообращения занимает одну из лидирующих позиций, из них в Чуйском регионе 53,7%, в Нарынском - 45,4%. В отдельных работах опубликованы общеизвестные факторы риска (ФР) сердечно-сосудистой смертности (ССС) при СД2 [6-10].

Учитывая рост числа больных СД 2 в Кыргызстане, высокую смертность от ССЗ, отсутствие активных превентивных мероприятий по выявлению СД 2 и его ФР, изучение особенностей риска развития СД2 у коренных жителей высокогорного региона Кыргызстана обоснована необходимость проведения данного исследования.

Цель: Изучить особенности 10-летнего риска развития СД 2 у коренных жителей высокогорья Аксай Нарынского региона Кыргызстана для разработки научно-обоснованных рекомендаций по

использованию горного климата для профилактики рисков развития СД 2.

Материалы и методы. Методом одноступенчатой территориальной выборки обследованы 276 постоянных жителей высокогорья Ак-Сай Нарынского региона (3260-3680 м), из них мужчин - 104, женщин- 172. Для сравнения обследованы 287 жителей низкогорного Чуйского региона, из них мужчин-110, женщин-177. Рандомизация проведена по регионам и по полу.

Для оценки риска развития СД2 в баллах применяли тест-опросник FINDRISC, учитывающий возраст, индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), физическую активность, регулярный прием овощей и фруктов, регулярный прием гипотензивных препаратов, повышение уровня глюкозы в анамнезе, отягощенную наследственность. Степень ожирения вычисляли по индексу Кетле (ИМТ) по формуле: вес (кг)/рост (м²) (ВОЗ, 1995). За избыточную массу тела считали индекс Кетле более 25 кг/м². ОТ измеряли на уровне середины расстояния между реберной дугой и гребнем подвздошной кости. При ОТ более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин диагностировали абдоминальное ожирение (АО). За низкую физическую активность принимали отсутствие ходьбы или физических упражнений более 30 мин в день. Оценочные критерии стратификации риска следующие: менее 7 баллов-низкий риск; 7-11 баллов-умеренно повышенный риск; 12-14 баллов-средний риск; 15-20 баллов-высокий риск; более 20 баллов-очень высокий риск [11-13]. В исследование не включались больные с установленным диагнозом СД2.

Результаты собственных исследований

Из ФР риска развития СД 2 у женщин высокогорья Аксай Нарынского региона

преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (87,2%), затем ОТ>80 см (66,8%) ($p<0,001$), затем – малоподвижный образ жизни (47,1%). В низкогорном Чуйском регионе

преобладает ОТ>80 см (92,1%) ($p<0,001$), затем ИМТ>25 кг/м² ($p<0,05$) и нерегулярный прием овощей и фруктов (54,8%) (рис. 1).

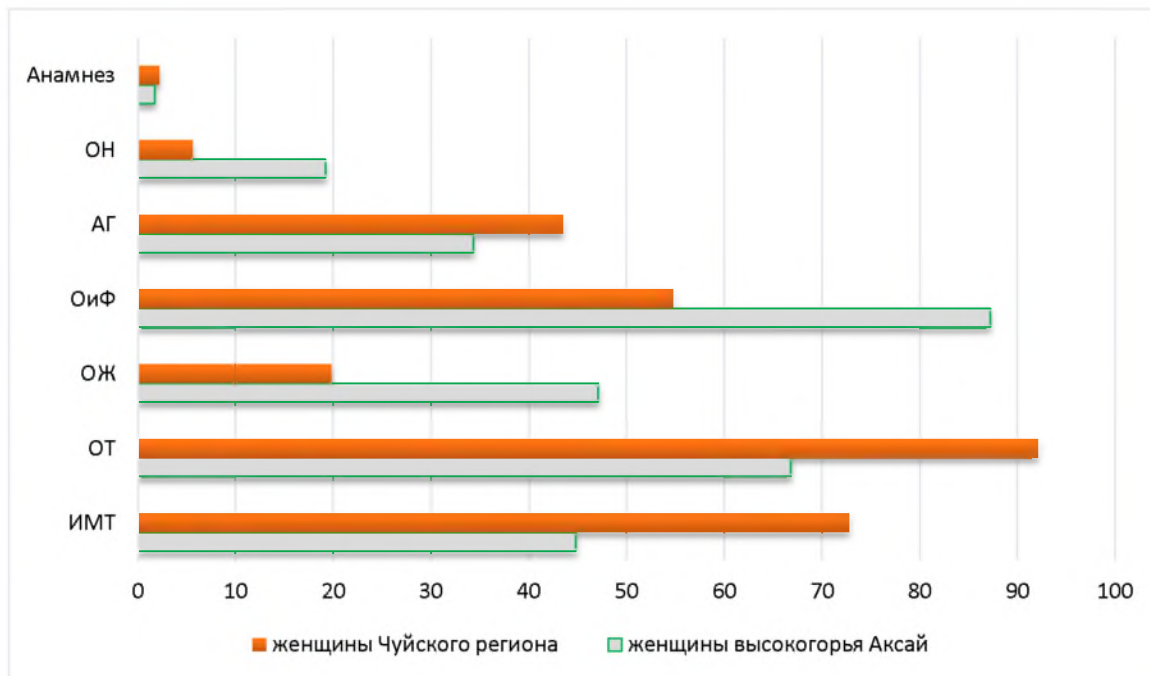


Рис. 1. Сравнительная распространенность факторов риска СД 2 у коренных жителей женщин высокогорья Аксай Нарынского и Чуйского регионов.

Сокращения: Анамнез - выявление повышения уровня глюкозы в анамнезе, ОН-отягощенная наследственность по СД, АГ-регулярный прием гипотензивных препаратов, О и Ф-нерегулярный прием овощей и фруктов, ОЖ-малоподвижный образ жизни, ОТ-окружность талии, ИМТ-избыточная масса тела.

При проведении исследования у 4 (1 мужчина и 3 женщины) из 276 обследованных постоянных жителей высокогорья Аксай и у 7 (3 мужчины и 4 женщины) из 287 жителей низкогорного Чуйского региона в анамнезе было выявлено повышение уровня глюкозы в крови, точные цифры обследованные не помнили. Эти показатели не повлияли на конечный результат наших исследований.

При стратификации риска развития СД2 у женщин в высокогорье Аксай Нарынского региона выявлено: несколько повышенный риск (7-11 баллов) встречается у 2,9% в возрасте 55-64 лет ($p<0,05$) и в возрасте старше 65 лет

у 1,9% ($p<0,001$); умеренный риск (12-14 баллов) у 5,8% в возрасте 45-54 лет ($p<0,05$), в возрасте 55-64 лет у 5,8% ($p<0,001$); высокий риск (15-20 баллов) - у 4,7% в возрасте 55-64 лет ($p<0,001$). При стратификации риска развития СД2 у женщин в низкогорье Чуйского региона выявлено: несколько повышенный риск (7-11 баллов) встречается у 18,1% в возрасте 55-64 лет ($p<0,05$) и в возрасте старше 65 лет у 18,1% ($p<0,001$); умеренный риск (12-14 баллов) у 1,7% в возрасте 45-54 лет ($p<0,05$), в возрасте 55-64 лет у 5,6% ($p<0,001$); высокий риск (15-20 баллов) у 6,2 % в возрасте 55-64 лет ($p<0,001$).

Из ФР риска развития СД 2 у мужчин высокогорья Аксай Нарынского региона преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (81,7%), затем ИМТ>25 кг/м² (46,1%), достоверно в возрасте старше 65 лет ($p<0,02$), затем – малоподвижный образ жизни (43,2%). В низкогорном

Чуйском регионе преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (67,2%), затем малоподвижный образ жизни (45,5%) и ИМТ>25 кг/м² (45,4%), достоверно в возрасте старше 65 лет ($p<0,02$) (рис.2).

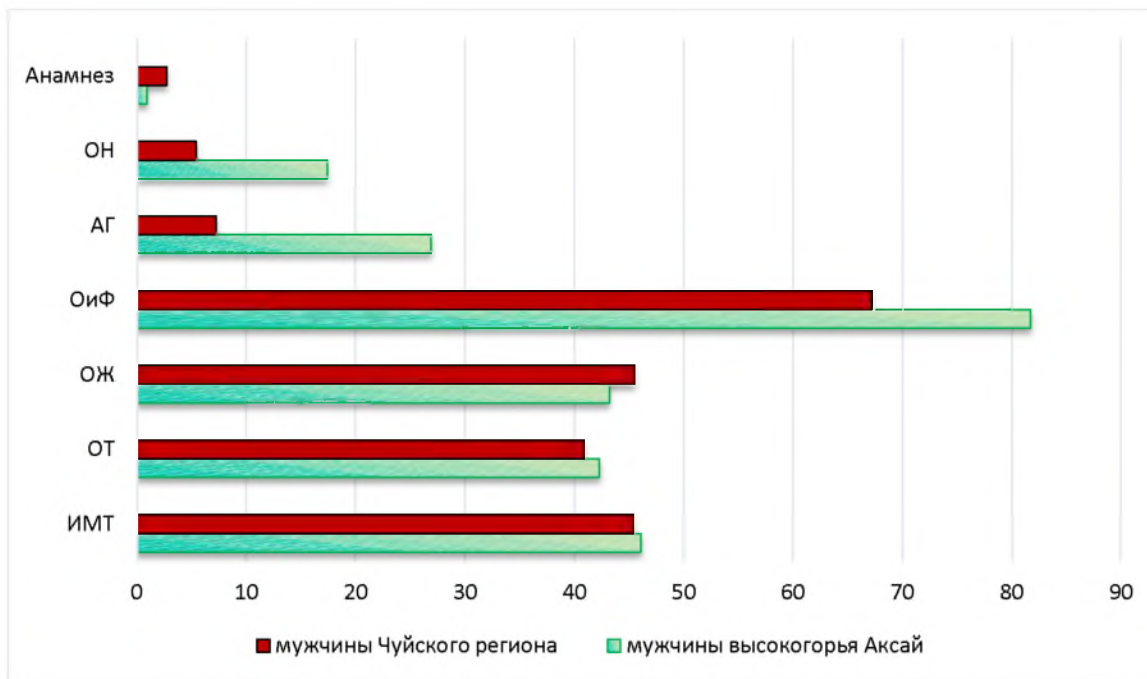


Рис. 2. Сравнительная распространенность факторов риска СД 2 у коренных жителей мужчин высокогорья Аксай Нарынского и Чуйского регионов.

Сокращения: Анамнез - выявление повышения уровня глюкозы в анамнезе, ОН-отягощенная наследственность по СД, АГ-регулярный прием гипотензивных препаратов, О и Ф-нерегулярный прием овощей и фруктов, ОЖ-малоподвижный образ жизни, ОТ-окружность талии, ИМТ-избыточная масса тела.

При стратификации риска развития СД2 у мужчин в высокогорье Аксай Нарынского региона выявлено: низкий риск (менее 7 баллов) встречается 37,5% в возрасте 18-44 лет ($p<0,01$); умеренный риск (12-14 баллов) 2,9% в возрасте 45-54 лет ($p<0,02$). При стратификации риска развития СД2 у мужчин в низкогорье Чуйского региона выявлено: низкий риск (менее 7 баллов) встречается 33,7% в возрасте 18-44 лет ($p<0,01$); умеренный риск (12-14 баллов) 1,8% в возрасте 45-54 лет ($p<0,02$).

Результаты и их обсуждение.

При изучении 10-летнего риска развития СД2 у коренных жителей Кыргызстана в зависимости от пола и региона проживания роль ФР имеет свои особенности: у женщин высокогорья Аксай Нарынского региона преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (87,2%), затем ОТ>80 см (66,8%) ($p<0,001$), затем – малоподвижный образ жизни (47,1%). В низкогорном Чуйском регионе преобладает ОТ>80 см (92,1%), ($p<0,001$) затем ИМТ>25 кг/м² ($p<0,05$) и нерегулярный прием овощей и фруктов (54,8%).

У мужчин высокогорья Аксай Нарынского региона преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (81,7%), затем ИМТ>25 кг/м² (46,1%), достоверно в возрасте старше 65 лет ($p<0,02$), затем – малоподвижный образ жизни (43,2%). В низкогорном Чуйском регионе преобладает нерегулярный прием овощей и фруктов (67,2%), затем малоподвижный образ жизни (45,5%) и ИМТ>25 кг/м² (45,4%), достоверно в возрасте старше 65 лет ($p<0,02$).

Для сравнения с данными Миррахимова Э.М. (2013), где за критические ИМТ были взяты показатели ИМТ> 30 кг/м². Распространенность ИМТ> 30 кг/м² в низкогорье у мужчин 28% ($p<0,01$) vs 12,7% ($p<0,02$) и в высокогорье 19,1% ($p<0,01$) vs 18,2% ($p<0,02$) соответственно, у женщин в низкогорье 41,0% ($p<0,05$) vs 39,0% ($p<0,05$) и в высокогорье 30,5% ($p<0,05$) vs 16,3% ($p<0,05$) соответственно.

При сравнении распространенности абдоминального ожирения (АО) у мужчин (ОТ>102 см) в низкогорье получено 35,5% ($p<0,01$) vs 19,1% ($p<0,02$) и в высокогорье 21,6% ($p<0,01$) vs 18,3% ($p<0,02$), у женщин (ОТ>88 см) в низкогорье 73,7% ($p<0,001$) vs 78,5% ($p<0,001$), в высокогорье 57,0% ($p<0,001$) vs 45,8% ($p<0,001$).

У мужчин в низкогорье распространенность АГ 57,9% ($p<0,001$) vs 23,6% ($p>0,05$), в высокогорье 21% ($p<0,001$) vs 24,0% ($p>0,05$); у женщин в низкогорье 48,7% ($p<0,001$) vs 47,5% ($p<0,05$), в высокогорье 17,1% ($p<0,001$) vs 24,4% ($p<0,05$) [9].

Полученные нами результаты подтверждают данные Миррахимова Э.М.: ИМТ > 30 кг/м² значительно больше у женщин, чем у мужчин и в низкогорье; АО чаще встречается у женщин низкогорья, в возрасте старше 55 лет; самая низкая частота АГ у мужчин высокогорья в возрасте старше 55 лет;

при анализе данных по возрасту увеличение показателя FINDRISC выявлено в высокогорье в возрасте старше 55 лет. Среди всех обследованных в высокогорье (независимо от пола) и мужчин в низкогорье из ФР преобладает доля нерегулярного употребления овощей и фруктов, что совпадает с данными исследования STEPS [14], а в низкогорье у женщин абдоминальное ожирение. К сожалению, в работе STEPS указаны общие данные распространенности ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) по Кыргызстану, нет данных отдельно по регионам и не все ФР НИЗ представлены в разделении по полу и возрасту.

Проведенная нами стратификация 10-летнего риска развития СД2 показала, что умеренный и высокий риски встречались у мужчин высокогорья в группе 55-64 лет ($p<0,02$) из-за нерегулярного приема овощей и фруктов, избыточной массы тела и ожирения и малоподвижного образа жизни; у женщин в низкогорье - в группе старше 65 лет, в основном из-за АО, избыточной массы тела и ожирения и нерегулярного приема овощей и фруктов.

Таким образом, FINDRISC 10-летний риск развития СД2 был выше у женщин низкогорья, в возрасте старше 55 лет, вследствие высокого ИМТ и ОТ, нерегулярного приема овощей и фруктов и АГ. У мужчин - в высокогорье, в возрасте старше 55 лет в основном за счет нерегулярного употребления овощей и фруктов, высокого ИМТ и низкой физической активности. При анализе данных по возрасту увеличение показателя FINDRISC выявлено в среднегорье и высокогорье в возрасте старше 55 лет [9].

Выводы:

1. Особенности 10-летнего риска развития СД2 у коренных жителей высокогорья Аксай Нарынского региона Кыргызстана являются преобладание из ФР: нерегулярного приема овощей и фруктов, АО, малоподвижного образа жизни и избыточной массы тела, независимо от пола.

2. Умеренный и высокий риски стратификации 10-летнего риска развития СД2 обусловлены также нерегулярным приемом овощей и фруктов, избыточной массой тела и ожирением, малоподвижным образом жизни; хотя среди обследованных преобладает доля низкого риска.

3. При разработке рекомендаций по профилактике факторов 10-летнего риска развития СД 2 для высокогорных регионов рекомендуем использовать полученные нами результаты.

Литература

1. *Diabetes Atlas.- 8th edition.* - International Diabetes Federation, 2017.

2. Сооронбаев, Т.М. Клинико-функциональная характеристика хронической обструктивной болезни легких в условиях высокогорья и подходы к ее терапии: Автореф. докт. дисс./ Т.М Сооронбаев. - Бишкек, 2007.-45 с.

3. Миррахимов, М.М. Высокогорная кардиология / М.М Миррахимов, М.М. Мейманалиев. - 1984.- 316 с.

4. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР в 2017 году. - Бишкек, Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Центр электронного здравоохранения, 2018.- 384 с.

5. Mendis, S. Всемирный атлас профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и борьбы с ними/ S. Mendis, P. Puska, B. Norrving. - ВОЗ, Женева, 2013.

6. World Health Organization. *Global Report on WHO of Diabetes [Электронный ресурс].* - World Health Organization, 2016. - Режим доступа: <https://apps.who.int/>. - Яз.англ.

7. Джорунбекова, К.Ш. Место Кыргызстана в мировых трендах смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / К.Ш. Джорунбекова, Р.Б. Кыдыралиева, С.А. Махмутходжаев // Вестник КРСУ.- 2016.- №16 (7).-С.66-69.

8. Европейская база данных по смертности регионального бюро ВОЗ.-2016.

9. Mirrakhimov, E. Prevalence of obesity and cardiovascular risk factors in the population of low, moderate and high altitude regions of Kyrgyzstan (preliminary results) / [E. Mirrakhimov et al.] // J Clin Exp Cardiol .- 2013.-N4 (4).- P. 59.

10. Бармагамбетова, А.Т. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний стран СНГ/ А.Т. Бармагамбетова // Вестник КазНМУ.-2013.-№1.-С. 42-49.

11. Yusuf, S. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART Study): case-control study / S.Yusuf, S.Hawken, S.Ounpuu // Lancet.-2004.- N364.-P. 937-952.

12. Sorigure, F. Validation of the FINDRISC (FINnish Diabetes Risc SCore) for the prediction of the risk of type 2 diabetes in a population of southern Spain. Pizarra study / F. Sorigure, S. Valdes, M.J. Tapia // Med Clin (Barc).-2012.-N138.- P.371-376.

13. Saaristo, T. Cross-sectional evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score: a tool to identify undetected type 2 diabetes, abnormal glucose tolerance and metabolic syndrome/ T. Saaristo, M Peltonen, J. Lindström// DiabVasc Dis Res.-2005.- N2(2).-P. 67-72.

14. Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Кыргызской Республике /М.Т. Калиев, Т.С. Мейманалиев, А.С. Джумагулова и др.] // Терапевтический архив.-2018.-№1.-С.45-48.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ
КОРОНАРНОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ
2 ТИПА У ПОЖИЛЫХ (обзор литературы)**

М.С. Молдобаева, У.К. Омурзакова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с курсом эндокринологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: m_moldobaeva@mail.ru
uulkan92@mail.ruc.kg*

Резюме: статья посвящена анализу современных литературных данных по изучению особенностей течения коронарной болезни сердца при сахарном диабете 2 типа у пожилых. Приводятся данные литературы по распространенности и росту числа пожилых лиц, особенностям сахарного диабета (СД) 2 типа и коронарной болезни сердца (КБС) у пожилых лиц, распространенности и смертности от КБС при СД 2 типа. Крупных рандомизированных исследований по изучению особенностей клинико-функциональных проявлений КБС при СД 2 типа у пожилых не найдено.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, коронарная болезнь сердца, особенности, пожилые, распространенность.

**2 ТИПТЕГИ КАНТ ДИАБЕТИНДЕГИ КОРОНАРДЫК ЖҮРӨК
ООУЛАРЫНЫН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ФУНКЦИОНАЛДЫК
КӨРҮНҮШТӨРҮНҮН КАРЫЛАРДАГЫ ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

М.С. Молдобаева, У.К. Омурзакова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректор –м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Эндокринология курсу менен ички оорулардын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макала 2 типтеги кант диабетиндеги коронардык жүрөк ооруларынын улгайган адамдардагы өзгөчөлүктөрүн изилдөөгө арналган. Улгайган адамдардын саны жана санынын өсүүсү, 2 типтеги кант диабетинин жана коронардык жүрөк ооруларынын улгайган адамдардагы өзгөчөлүктөрү, 2 типтеги кант диабетиндеги коронардык жүрөк ооруларынын өсүүсү жана анын негизинде өлүмдүн көбөйүшү тууралуу маалыматтар келтирилген. 2 типтеги кант диабетиндеги жүрөк ооруларынын улгайган адамдардагы өзгөчөлүктөрү боюнча ири клиникалык изилдөөлөр табылган жок.

Негизги сөздөр: 2 типтеги кант диабети, коронардык жүрөк оорусу, өзгөчөлүктөр, улгайган адамдар, таралуусу.

**FEATURES OF CLINICAL AND FUNCTIONAL MANIFESTATIONS OF
CORONARY HEART DISEASE IN DIABETES MELLITUS TYPE 2 IN ELDERLY
(literature review)**

M.S. Moldobaeva, W.K. Omurzakova

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector - doctor of medical sciences, professor. Kudaibergenova I.O.),
Department of Internal diseases propedeutics with endocrinology course
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article is devoted to the analysis of current literature data on the study of the features of the course of coronary heart disease in type 2 diabetes mellitus in the elderly. The literature data shows prevalence and growth of the number of elderly persons, features of diabetes mellitus (DM) type 2 and coronary heart disease (CHD) in the elderly, prevalence and mortality from CHD in type 2 diabetes are given. Large randomized research on the study of the features of clinical and functional manifestations of CHD in type 2 diabetes in the elderly have not been found.

Key words: type 2 diabetes, coronary heart disease, features, elderly, prevalence.

Введение. Учитывая рост числа больных сахарным диабетом (СД) 2 типа, который поражает лиц в основном старше 40 лет, высокий риск развития сердечно-сосудистых осложнений (ССО) и тенденцию к увеличению продолжительности жизни лиц пожилого возраста, коморбидность заболеваний у этих групп лиц, особенности сердечно-сосудистой патологии при СД 2 типа у пожилых больных диктуют необходимость и целесообразность изучения своевременной диагностики ССЗ при СД 2 типа у пожилых лиц. Вопросы профилактики, выявления и коррекции кардиологических нарушений у больных СД 2 типа пожилого возраста следует учитывать в работе врача эндокринолога, врачей терапевтов и врача общей практики оказывающих помощь пациентам пожилого возраста.

Цель: анализ существующей литературы по изучению особенностей

клинико-функциональных проявлений коронарной болезни сердца (КБС) при СД 2 типа у больных пожилого возраста для выработки своих направлений дальнейших научных исследований.

Материалы и методы: Обзор научной литературы был проведен через поиск ключевых слов «коронарная болезнь сердца», «сахарный диабет 2 типа», «пожилые» и были найдены в базах данных Web of SCIENCE, Cochranlibrary.com, elibrary.ru, VAK.kg а также в международной библиографической базе PubMed. Поиск включал статьи, опубликованные за период с 1986 по 2018 г. Выбор статьи основывался на актуальности целей исследования. Критериями исключения были документы, не относящиеся к цели исследования и не доступные на русском и английском языке. Учитывая, что в этом исследовании рассматриваются три различные области, документы были

подразделены на различные разделы в зависимости от цели, к которой оно было обращено. Качество исследований оценивалось авторами исходя из целей исследования и уровня представленных данных. Первоначальный поиск литературы в базах данных и через другие источники выявил более 400 общих результатов. После удаления исключенных публикаций и дубликатов, а также после тщательного анализа полученных данных 31 документа были признаны пригодными для анализа на основе требований, установленных в начале исследования. Из них исследования, включенные в качественный синтез – 16, исследования, включенные в количественный синтез – 15.

Распространенность и рост числа пожилых лиц. Старение населения является глобальной проблемой в мире. По данным Организации Объединенных Наций (ООН) в 2017 году количество жителей планеты в возрасте 60 лет и старше достигло 962 миллионов человек, это составляет 13% мирового населения. Число пожилых людей растет со скоростью 3% в год. Самое большое количество лиц в возрасте 60 лет и старше проживает в Европе (25% населения). Процессы старения ускоряются и в других регионах мира. Ожидается, что к 2050 году эта группа будет составлять четверть населения всех регионов. Глобальная численность лиц пожилого возраста, согласно прогнозам, достигнет примерно 1,4 миллиарда человек к 2030 году, 2,1 миллиарда — к 2050 году и 3,1 миллиарда — к 2100 году [1]. Население Америки в 2006 году насчитывало 50 миллионов пожилых людей и ожидается, что это число удвоится к 2025 году, а затем к 2050 году, когда 1 из 4 человек в Северной и Южной Америки будет старше 60 лет (во всем мире эта доля будет 1 к 5) [2]. В докладе о старении и

здоровье (ПАОЗ / ВОЗ, 2015) Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) призывает к действиям по "старению населения", поскольку цифры показывают, что число людей старше 60 лет достигнет двух миллиардов к 2050 году [3]. По данным Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) Кыргызской Республики от 2016 года лица старше трудоспособного возраста составляют 7,3% от общей численности населения [4].

Процесс старения населения оказывает влияние на все стороны жизни общества, затрагивая вопросы, связанные как с организацией медицинской помощи пожилым, так и с повышением качества жизни старшего поколения.

Распространенность СД у пожилых лиц. С увеличением возраста повышается и распространенность СД как среди мужчин, так и среди женщин, которая приобрела масштабы эпидемии и продолжает неуклонно возрастать. По прогнозам экспертов Международной диабетической ассоциации, (IDF, 2017) число больных в мире СД составляло 425 млн человек, к 2045 году достигнет 629 млн человек, практически это каждый десятый житель планеты, рост заболеваемости 48%, при этом СД 2 типа составляет 90%. Из них больные СД в возрасте старше 65 лет в 2017 году составляло 125 млн человек, в 2045 году достигнет 253 млн человек [5]. В свою очередь, увеличение больных СД 2 типа среди пожилых людей связано с увеличением ожидаемой продолжительности жизни населения в целом. Тактика ведения данной категории пациентов должна быть индивидуальной и включать адекватную коррекцию гипергликемии, предупреждение гипогликемии, снижение сердечно-сосудистой смертности и сохранение качества жизни.

Имеются некоторые различия между разными странами, так в Соединенных Штатах Америки у более 25% пожилых людей в возрасте старше 65 лет диагностирован СД [6]. В Европе данные о распространенности несколько ниже, со средней распространенностью 20%, но с некоторыми различиями между нациями, в пределах 14-16% в Дании, 15% -18% в Великобритании, 19% -31% в Греции и 15% -26% в Италии, где самый высокий процент случаев СД (66,3%) приходится на пациентов старше 65 лет, что делает разработку терапевтических стратегий, нацеленных на эту широкую популяцию пациентов, особенно сложной. Тенденция глобальной распространенности СД растет с примерно удвоенным числом случаев его среди пожилых людей в течение следующих двух десятилетий [7]. В Китае недавние исследования показывают, что распространенность СД 2 типа у взрослых составляет 9,7-11,6% населения, при этом, по оценкам страдают 92–113,9 млн. человек [8,9]. По данным исследования Файзулина Н. в Кыргызстане истинная распространенность СД 2 типа и других нарушений углеводного обмена у лиц пожилого возраста значительно выше регистрируемой и доходит до 50,5%, то есть каждый второй человек в возрасте старше 60 лет имеет патологию углеводного обмена [10].

Эпидемия СД и связанные с ним осложнения представляют собой не только большую угрозу здоровью людей, но и огромную финансовую нагрузку для пациентов, их семей и общества. Стратегии как предотвращения развития, так и замедления развития осложнений, связанных с СД, будут иметь большое значение как для пациентов, так и для общества.

Особенности СД у пожилых лиц. Особенности СД 2 типа у лиц

пожилого возраста являются бессимптомное течение, сочетанная полиорганная патология, социальная изоляция, низкие материальные возможности, нарушение когнитивных функций. Наибольшие сложности в своевременной диагностике СД у пожилых больных возникают вследствие малосимптомного течения заболевания — отсутствуют жалобы на жажду, частое мочеиспускание, потерю массы тела, преобладают неспецифические жалобы на слабость, утомляемость, головокружение, нарушение внимания, памяти и другие когнитивные дисфункции. Также затруднена лабораторная диагностика СД 2 типа у пожилых лиц вследствие особенностей патофизиологии углеводного обмена: отсутствие гипергликемии натощак у 60% больных; преобладание изолированной постпрандиальной гипергликемии у 50—70% больных; повышение почечного порога экскреции глюкозы с возрастом. Стратегия лечения и цели должны быть индивидуализированы с учетом наличия у пациента сопутствующих заболеваний, фармакокинетики лекарственных средств и их фармакодинамических свойств, поэтому учитывая повышенную чувствительность пожилых людей к тяжелой гипогликемии и ее последствиям, коррекция углеводного обмена у них должна свести к минимуму риск ее возникновения [10-12].

Распространенность КБС при СД. КБС является часто встречающейся макрососудистым осложнением при СД. Многочисленные исследования показывают, что более половины больных не знают о наличии СД 2 типа и диагностика часто происходит на фоне уже имеющихся ССО. Почти у 50 % больных с установленным диагнозом КБС диагностируется впервые выявленный СД 2 типа, нарушенная

толерантность к глюкозе или гипергликемия натощак [13]. В связи с этим, Американская ассоциация сердца (АНА) определила наличие у больных СД 2 типа эквивалентом высокого риска ССО, сопоставимым с таковым при манифестных сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ) [14]. По данным проспективной программе исследования DISCOVER, наблюдательных исследований 15 992 пациентов с диабетом 2 типа, проводимой в 38 странах, общая распространенность макрососудистых осложнений при СД в целом составляла 12,7% и была самой высокой в Европе (26,7%) и самой низкой в Юго-Восточной Азии (4,0%), при этом наиболее распространенным макрососудистым осложнением во всех регионах было заболевание коронарной артерии (2,7–18,1% по регионам; 8,2% в целом), причем инфаркт миокарда наиболее часто отмечался в Африке, Америке и Европе (4,0–6,6%) [15]. А по данным исследование A 1 chieve, 24-недельное многонациональное открытое наблюдательное исследование 66 726 человек с диабетом 2 типа, распространенность макрососудистых осложнений при СД составлял 27,2% [16]. Исследование IMPROVE многонациональное открытое, нерандомизированное, 26-недельное наблюдательное исследование, показало 28%, Международное исследование практики лечения диабета (IDMPS) показал 26,1% распространенность макрососудистых осложнений [17]. По данным исследования Cost of Diabetes in Europe – Type 2 (CODE-2), изучавшего распространенность различных диабетических осложнений у больных сахарным диабетом (средний возраст обследованных 67 лет), осложнения имели 59% больных, причем у 23% обследованных было 2, а у 3% – 3 осложнения сахарного диабета 2 типа,

сердечно-сосудистая патология была обнаружена у 43%. Установлено, что при имеющемся сахарном диабете 2 типа риск развития сердечно-сосудистой патологии в 3–4 раза выше, чем в его отсутствие [18]. По данным исследований И.Т. Калюжного (1981), который провел комплексные клиничко-лабораторные исследования среди жителей низкогорья и высокогорья Тянь-Шаня (760-2200м), установил редкую встречаемость СД среди горцев Тянь-Шаня. КБС на фоне СД протекала у горцев более благоприятно: малая частота и меньшая интенсивность болевого синдрома, на ЭКГ сравнительно редко выявлялись нарушения коронарного кровообращения (у 16,6% больных), (экстрасистолия и мерцательная аритмия обнаружены у 2,5% больных) [19].

Смертность от КБС при СД. Накоплены многочисленные доказательства тесной взаимосвязи СД с ССЗ. Между тем КБС является самой частой причиной смерти у больных СД 2 типа. Более 50 % связанной с СД смертности опосредовано сердечно-сосудистой патологией. Смертность среди больных СД 2 типа от ССЗ в 3–4 раза превышает аналогичные показатели в общей популяции. Для больных СД 2 типа характерна высокая частота «без болевых» инфарктов миокарда и внезапная сердечно-сосудистая смерть. Наличие стёртой клинической картины приводит к поздней диагностике заболевания, часто уже на стадии тяжёлых осложнений в виде внезапной смерти или недостаточности кровоснабжения [20]. Связь между уровнями глюкозы в крови натощак и частотой ССЗ была определена проспективно у 1382 мужчин и 2094 женщин в возрасте от 45 до 84 лет, участвовавших в исследовании Framingham Heart Study, где абсолютный риск коронарной смерти при СД был в 2

раза выше у мужчин, в 4,7 раз – у женщин, по сравнению с лицами без СД [21]. А также в Фрамингемском исследовании пациентов с СД в возрасте от 30 до 74 лет, выявили что продолжительность СД увеличивает риск смерти от КБС, независимо от сосуществующих факторов риска [22]. Крупное проспективное исследование диабета в Соединенном Королевстве UKPDS (UK Prospective Diabetes Study) показал, что смертность от ССО составляет 51,5% у больных СД [23], а по данным Американской кардиологической ассоциации (АНА) и Американской диабетической ассоциации (ADA) у 80% пациентов с СД 2 типа развиваются ССО, на долю которых приходится примерно 65% смертей в этой группе [24]. По данным ряда исследований риск смерти вследствие любых сердечно-сосудистых причин абсолютно одинаков у больных СД 2 типа без предшествующей КБС и у больных без СД 2 типа, имеющих в анамнезе указания на сердечно-сосудистые заболевания. Больные СД 2 типа имеют такую же степень риска преждевременной смерти, как и больные, перенесшие инфаркт миокарда без наличия СД [25-27].

Особенности КБС у пожилых. В пожилом возрасте приступ стенокардии проявляется менее резкими, но более длительными болями, которые бывают незначительными или вообще не ощущаются, появляется лишь чувство тяжести, сдавления, стеснения преимущественно в верхней части грудины, слева от грудины, в прекардиальной области. Часто больные жалуются на неприятное чувство, дискомфорт в грудной клетке, преобладают симптомы вегетативного характера (частое поверхностное дыхание, чувство страха смерти, бледность кожных покровов), у больных

пожилого возраста приступ начинается не так остро, эмоциональная окраска его менее яркая. Важной особенностью стенокардии в пожилом возрасте является необычная иррадиация болей – они могут распространяться на левую половину шеи, челюсть, затылок, правое плечо, оба плеча и т.д. Восстановительный период приступа стенокардии в пожилом возрасте замедленный, после него у больных нередко длительное время отмечаются общая слабость, головная боль и другие нарушения общего состояния. Атипичное проявление стенокардии у больных старших возрастов может выражаться болью, возникающей преимущественно в покое либо в эпигастрии, остро развившимся расстройством пищеварения, нарастанием одышки [28].

Учитывая высокую распространенность и смертность от ССЗ при СД 2 типа было проведено несколько крупных исследований с целью выяснения, может ли контроль гликемии уменьшить частоту сердечно-сосудистых осложнений, но они не подтвердили положительного влияния интенсивного гликемического контроля на смертность пациентов от сосудистых осложнений: UKDP (1978), UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study - Британское проспективное исследование СД 2 типа, 1998), Service (1983), VA CSDM (1995), Kumamoto Study (2000), W. Bagg (2001), VADT (Veterans Affairs Diabetes Trial - Исследование сахарного диабета Министерства по делам ветеранов США) (2009), РЭМБО-СД ХСН (Рациональная эффективная многокомпонентная терапия в борьбе с сахарным диабетом у больных с хронической сердечной недостаточностью) (2008), ACCORD (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Trial - Действия по снижению сердечно-сосудистого риска в исследовании сахарного диабета, 2008),

DCCT (Diabetes Control and Complications Trial - Исследование контроля и осложнений сахарного диабета), EDIC (Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications Study - Исследование эпидемиологии лечения и осложнений сахарного диабета), ADVANCE (Action in Diabetes and Vascular disease: preterAx and diamicroN-MR Controlled Evaluation trial - Контролируемое исследование эффективности интенсивной терапии с помощью Нолипрела А и Диабетона МВ) [29]. Особую настороженность вызвали результаты исследования ACCORD, согласно которым смертность в группе интенсивного контроля была выше, чем в группе стандартного контроля, что, предположительно, было связано с гипогликемией.

Единственное исследование, в котором была установлена тенденция к снижению частоты макрососудистых событий был ADVANCE. Из этих исследований только в ADVANCE и VADT включены лица пожилого возраста. ADVANCE - факториальное рандомизированное контролируемое исследование, проводимое в 215 сотрудничающих центрах в 20 странах Азии, Австралии, Европы и Северной Америки, где сравнивались влияние интенсивного и стандартного лечения на макроваскулярные и микроваскулярные осложнения у 11140 больных. В исследование включались лица с уже диагностированными макро- или микроваскулярными осложнениями, сахарный диабет 2 типа; возраст 55 лет и старше. Наиболее важным результатом ADVANCE в отличие от ACCORD явилось достижение целевого уровня гликированного гемоглобина без увеличения сердечно-сосудистой и общей летальности. В ADVANCE интенсивный контроль гликемии достоверно снижал частоту сердечно-сосудистой смертности на 12% [30].

Крупномасштабное исследование VADT доказывает, что у пациентов преимущественно пожилого возраста (старше 41 года) с длительно существующим и недостаточно контролируемым СД 2 типа жесткий контроль уровня глюкозы в течение почти 6 лет в сравнении со стандартным не приводит к дополнительному эффекту предупреждения макрососудистых осложнений. Исследователи VADT полагают, что адекватный контроль АГ, дислипидемии и других факторов риска выглядит наиболее эффективным при профилактике ССЗ и смертности у больных СД, поэтому достижение нормального уровня гликемии должно осуществляться менее агрессивно [31].

Заключение. Таким образом, ассоциация КБС и СД 2 типа у пожилых является одной из важнейших проблем медицины в связи с повышенным риском развития ССО и преждевременной смертью у этой категории больных. При изолированном течении КБС и СД 2 типа в развернутой стадии имеют характерную, присущую им клиническую картину. Однако, в настоящее время хронические заболевания, тем более у пожилых, протекают чаще в сочетанной форме, для этой категории больных характерна коморбидность, имеется гериатрические синдромы, когнитивная дисфункция, функциональные нарушения, депрессия, что затрудняет диагностику КБС при СД 2 типа у пожилых лиц. Не найдено крупных рандомизированных исследований в сочетании этих нозологий у пожилых больных, в связи с чем необходимо изучение особенностей клинико-функциональных проявлений КБС при СД 2 типа у пожилых лиц в Кыргызстане.

Литература

1. Старение - Глобальные вопросы повестки дня ООН. -2017. – Режим доступа: <http://www.un.org>, свободный.-Загл.С экрана.-Яз.рус.
2. Pan American Health Organization.- 2016.- Режим доступа: <https://www.paho.org>, свободный.-Загл. с экрана.-Яз. русс., англ.
3. Всемирная организация здравоохранения. Всемирный доклад о старении и здоровье.- 2016.-Режим доступа: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/ru>, свободный.-Загл. с экрана.-Яз. англ.
4. РМИЦ Кыргызской Республики. – Бишкек, 2016.
5. *Diabetes Atlas Eighth Edition.* – IDF, 2017.
6. Центры по контролю и профилактике заболеваний. Национальный отчет по статистике диабета: оценки диабета и его бремя в Соединенных Штатах. – 2014.
7. *Diabetes Atlas Seventh Edition.*- IDF, 2015.
8. *Prevalence and control of diabetes in Chinese adults* / [Y. Xu. et al.] // *JAMA.* – 2013. – Vol. 310. – P.948–959.
9. Yang, S.H. *Prevalence of diabetes among men and women in China* / S.H. Yang, K.F. Dou, W. Song // *N.Engl.Journal Med.*- 2010. – Vol.362.- P.2425–2426.
10. *Нарушение углеводного обмена и сахарный диабет у пожилых и старых людей в Кыргызстане* / [Н. Файзулина и др.] // *Вестник КГМА.* – 2009. - №1. - С. 213-215.
11. *Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом/ Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой, А.Ю. Майорова.* – 8-й выпуск. – М.: УП ПРИНТ, 2017.- С. 112.
12. *Treatment of type 2 diabetes in the elderly* / [R.G. Huelgas et. al.] // *J. Med Clin (Barc).* – 2013.- Vol. 140.- 134. - e1-134; e12.
13. *Сахарный диабет 2-го типа: от теории к практике* / Под ред. И.И. Дедова, М.В. Шестаковой. – М.: МИА, 2016. – 571 с.
14. *Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Guidelines for diagnosis and treatment of high cholesterol* // *JAMA.* - 2001. – 285(19). - P. 2486-2497.
15. *Vascular complications in patients with type 2 diabetes mellitus: prevalence and related factors in 38 countries (DISCOVER study program)* / [M. Kosiborod et al.] // *Cardiovasc Diabetol.*- 2018.-17. –P. 150.
16. *Prevalence of diabetes complications in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A₁chieve study* / [L. Litwak et al.] // *Diabetol Metab Syndr.*- 2013.- 5 (1). – P. 57.
17. *The IMPROVE study—a multinational, observational study in type 2 diabetes: baseline characteristics from eight national cohorts* / [P. Valensi et al.] // *Int J Clin Pract.* – 2008. – 62 (11). - P. 1809–1819.
18. *The Cost of Diabetes Type II in Europe - The CODE-2 Study* / М. Massi-Benedetti // *Diabetologia* – 2002.- 45 (7). - SI-S4.
19. Миррахимов, М.М. *Высокогорная кардиология* /М.М. Миррахимов, Т.С. Мейманалиев. - Ф.: Кыргызстан, 1984.- 316 с.
20. Шестакова, М.В. *Российское многоцентровое скрининговое исследование по выявлению недиагностированного сахарного диабета 2-го типа у пациентов с сердечно-сосудистой патологией* / М.В. Шестакова, И.Е.Чазова, Е.А. Шестакова // *Сахарный диабет.* – 2016. – №1. – С. 24–29.
21. *Wilson, P.W. Epidemiology of Diabetes Mellitus in the Elderly: The Framingham Offspring Study* / P.W. Wilson, K.M. Anderson, W.B.Kannel // *Am. J. Med.* – 1986. – Vol. 80 (5A). – P.3-9.
22. *The significant effect of the duration of diabetes on mortality from coronary heart disease: the Framingham Heart Study* / [C.S. Fox et al.] // *Caring for diabetes.* – 2004. – Vol. 27 (3). – P. 704-708.
23. *United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with Type 2 diabetes (UKPDS 33)* // *Lancet.* – 1998. – Vol. 352. – P. 837-853.

-
24. *Primary prevention of cardiovascular diseases in people with diabetes mellitus: scientific statement of the American Heart Association and the American Diabetes Association* / [J.B. Buse et al.] // *Circulating*. – 2007.-Vol. (115). – P. 114–126.
25. *The association between metabolic control and prevalent macrovascular disease in Type 2 diabetes: the VA Cooperative Study in diabetes* / [M.S. Kirkman et al.] // *J Diabetes Complications*. –2006.- 20 (2). – P. 75–80.
26. Дедов, И.И. Сахарный диабет: Руководство для врачей / И.И. Дедов, М.В.Шестакова. -М.: Универсум публикации, 2003.-455 с.
27. *Mortality from coronary heart disease in subjects with Type 2 diabetes and in non-diabetic subjects with and without myocardial infarction* / [S.M. Haffner et al.] // *N Engl J Med*. – 1998. – 339 (4). – P. 229-234.
28. Андреева, О.В. Особенности клинических проявлений ишемической болезни сердца в пожилом и старческом возрасте /О.В. Андреева, Т.В. Болотнова // Тюменский медицинский журнал. – 2014. - Том 16, №2.- С. 10-11.
29. Аметов, А.С. Влияние сердечно-сосудистых рисков на оптимизацию терапии у пациентов с СД 2 типа / А.С. Аметов, Н.А. Черникова, Е.А. Ермакова// *Эндокринология*.-2013.-№5.- С. 14-21.
30. *Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes* /The ADVANCE Collaborative Group // *N Engl J Med*. – 2008. – Vol. (358). – P. 2560-2572.
31. *Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes* / [W. Duckworth et al.] // *N. Engl. J. Med.* — 2009. — Jan. 8, vol. 360. — P. 129—139.

**РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОПАТИЯМИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА
МЕТОДАМИ ТРАДИЦИОННОЙ КЫРГЫЗСКОЙ
И КИТАЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Ы.А. Анварбекова, Р.Д. Алымкулов

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

E-mail: m.d.a_11@mail.ru

Резюме: Исследования показали достоверную эффективность, комплексного лечения невropатии лицевого нерва с применением медикаментозных средств, кыргызского традиционного массажа по ходу нерва и китайской электроакупунктурной терапии при котором срок реабилитации сократился в 2 раза.

Ключевые слова: Электроакупунктурная терапия, невropатии лицевого нерва, китайская традиционная медицина, кыргызский традиционный массаж.

**БЕТТИН НЕРВ ТАМЫРЫНЫН НЕВРОПАТИЯСЫНЫ
КЫРГЫЗДЫН ЖАНА КЫТАЙДЫН САЛТТУУ МЕДИЦИНАСЫНЫН
ЫКМАЛАРЫ МЕНЕН КАЛЫБЫНА КЕЛТИРҮҮ**

Ы.А. Анварбекова, Р.Д. Алымкулов

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

Кортунду: Изилдөөлөрдө дары-дармектерге айкалыштырып, кыргыз салттуу укалоо жана кытайдын электракупунктурасы менен комплекстүү дарылоо, беттин нервинин калыбына келтирүүнүн натыйжалуулугунун мөөнөттү 2 эсеге кыскар.

Негизги сөздөр: Электракупунктуратерапия, невropатии беттин нерви, кытайдын салттуу медицинасы, кыргыздын салттуу укалоосу.

**REHABILITATION OF PATIENTS WITH FACIAL NERVE OF DIABETIC
NEUROPATHY WITH METHODS OF TRADITIONAL KYRGYZ AND CHINESE
MEDICINE**

Y.A. Anvarbekova, R.D. Alymkulov

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

Resume: Studies have shown significant effectiveness of the integrated drug treatment with Kyrgyz traditional massage to nerve and the electro-acupuncture therapy in which the rehabilitation period decreased in 2 times.

Keywords: Electro-acupuncture-therapy, nevropatia facial nerve, Chinese traditional medicine, Kyrgyz traditional massag.

Введение. По данным ВОЗ наиболее распространенным видом мононевропатии является паралич Белла. По данным исследователей поражение VII пары черепно-мозговых нервов занимает первое место среди поражений периферической нервной системы и к сожалению, отмечается рост осложнений от 7,5 до 46,7% [1, 2, 3, 4].

У пациентов, у которых лицо является основным показателем профессии (дикторы, артисты, и т.д), осложнения в виде контрактуры мимических мышц может стать причиной утраты трудоспособности [5]. Несмотря на достигнутые успехи в разработке новых лекарственных методов лечения нейропатии лицевого нерва (НЛН), имеется очень много пациентов с остаточными явлениями и осложнениями [6, 7].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности реабилитации больных с невропатиями лицевого нерва с применением китайской

электроакупунктурной терапии и кыргызского традиционного массажа в сравнении со стандартным методом лечения.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе Научно-учебно-лечебного центра Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева.

Кыргызский традиционный массаж (КТМ) нормализует обмен веществ, сосудистый тонус, стимулирует выработку медиаторов, проводимость импульсов по синапсам, и активизирует выработку нейропептидов в нервных клетках. Продолжительность процедуры 5-15 минут №10-15 на курс лечения [8, 9].

Китайская электро-акупунктурная терапия проводится специальным аппаратом «Электроакупунктура» (Dion Zhen) китайского производства, который специальным зажимом соединяется с акупунктурными иглами (Yang Jiasan, 2013) (рис. 1) [10].

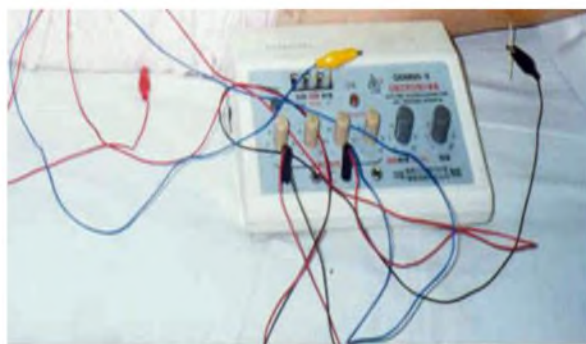


Рис. 1. Аппарат электроакупунктурной терапии «Электроакупунктура» (Dion Zhen) (Китай).

Лечение китайским аппаратом электроакупунктурной терапии – является наиболее безвредным для человеческого организма, т.к. не имеет побочных действий. Импульс электроакупунктуры по своим характеристикам близок к импульсу нервных клеток. Электроакупунктурная терапия оказывает общее регулирующее

воздействие на циркуляцию энергии чи по меридианам и обладает противовоспалительным, противоаллергическим действием, стимулирует проводимость нервов и регенерацию тканей. Данная методика лечения обеспечивает гармонию инь-ян и нормализует протекание энергии чи в меридианах в большом круге циркуляции

энергии. Акупунктурные иглы вводятся на глубину 1-2 см на 1-10 биоактивной точек за один сеанс. На эти же иглы зажимами присоединяется аппарат «Электро-акупунктура», продолжительность одного сеанса от 10 до 30 мин, постепенно увеличивая время

в зависимости от уровня напряжения и восстановления пораженного нерва. Курс лечения 10-15 дней.

Под наблюдением находилось 88 пациентов, из них (48 женщины и 40 мужчин) с диагнозом периферическая невропатия лицевого нерва (табл. 1).

Таблица 1 - Характеристика обследованных групп пациентов с НЛН

Группы пациентов	Кол-во чел.	Возраст, лет	Вес, кг	Методы лечения реабилитации
1 группа	31	32,4±0,5	77,2±1,4	Стандартное медикаментозное лечение, методы кыргызского традиционного массажа и электроакупунктурной терапии
2-группа	27	24,6±1,3	65,8±1,1	Стандартное медикаментозное лечение с иглорефлексотерапией
3-группа контрольная	30	40,8±1,3	78,4±2,1	Только стандартное медикаментозное лечение

Все пациенты были разделены на 3 группы:

- 1-я группа 31 пациенту проводилась комплексная реабилитация; стандартное медикаментозное лечение, кыргызский традиционный массаж, электроакупунктурная терапия. Курс лечения 10-14 дней;

- 2-я группа 27 пациентов получали стандартное медикаментозное лечение с иглорефлексотерапией. Курс лечения 10-14 дней;

- 3-я группа (контрольная) 30 пациентов получали только стандартное медикаментозное лечение. Курс лечения 10-14 дней.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты проведенного исследования показали достоверные различия в исходах НЛН в зависимости от проводимого лечения.

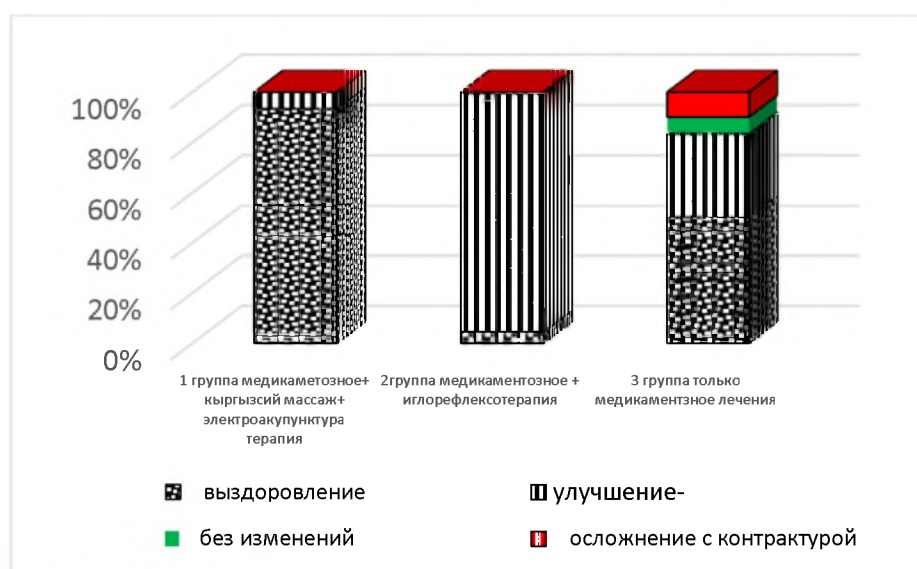


Рис. 2. Динамика исходов НЛН у пациентов в зависимости от проведенного лечения.

На рисунке 2 показана динамика продолжительности течения заболевания и исход НЛН по исследуемым группам

1-группа:

В короткий срок за 2-3 недели у пациентов наблюдалась полная реабилитация функции мимических мышц 90,4% (28 пациентов):

- вне зависимости срок обращения не более 6 месяцев;
- улучшение 6,4% (2 пациента)
- без изменения 0%
- осложнения составили всего 3,2% (1 пациент).

2-группа:

Полная реабилитация функции мимических мышц составила 70,4% (21 пациент):

- срок реабилитации - 4-6 недели
- улучшение 14,8% (4 пациента)
- без изменения 3,7% (1 пациент)
- осложнение 3,7% (1 пациент)

3-группа (контрольная):

Полная реабилитация функции мимических мышц достигнута у 50,1% (4 пациента):

- срок реабилитации составил 4-12 недель
- улучшение 33,3% (10 пациентов)
- без изменения 6,7% (2 пациента)
- осложнения 9,9% (3 пациента)

Таблица 2 - Динамика показателей ЭНМГ у пациентов до и после лечения

Показатель	1 группа n=31		2 группа n=27		3 группа n=30	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Интервал латентного периода	4,14±0,2	0,27±0,01*	3,17± 0,34	0,36±0,2	3,09±0,2	0,43±0,3
Скорость проведения импульса м/с	23,3±1,7	55,1±1,2*	21,5±1,3	39,1±1.1	24,2±2,2	34,3 ±1,3

Примечание: * - критерий различий с исходным уровнем $p < 0,05$

В таблице 2 показана динамика электромиографии (ЭНМГ) исходных показателей и после лечения в 3-х исследуемых группах с определением латентного периода.

До лечения показатели ЭНМГ характеризовались выраженным снижением амплитуды ЭНМГ и увеличением латентного периода 4,14±0,27, а также снижением скорости проведения импульсов по эфферентным волокнам лицевого нерва на стороне поражения 23,3±1,7, а после лечения латентный период уменьшился до 0,27±0,01*, скорость проведения

импульсов увеличилась до 55,1 м/с в первой группе по сравнению с другими группами.

Результаты комплексной реабилитации методами медикаментозной терапии плюс кыргызский традиционный массаж и китайская электро-акупунктурная терапия показывают, что под их локальным действием ускоряется проводимость импульсов, улучшается микроциркуляция, трофика тканей и повышается восстановление сократительной функции мимических мышц на пораженной стороне. Это метод

доступен в любом лечебном учреждении и не требует особых условий.

Таким образом, комплексная реабилитация больных НЛН на фоне фармакотерапии с применением кыргызского традиционного массажа и китайской электроakupунктурной терапии является наиболее эффективной вне зависимости от остроты течения.

Литература

1. Гринштейн, А.М. Неврит лицевого нерва. – Новосибирск, 1980. – 276 с.

2. Грибова, Н.П. Двигательные расстройства в области лица // Дисс. докт. мед. наук. Смоленск, 2003. – 379 с.

3. Паралич Белла (этиология, патогенез, клиника, течение и исход) / [П.М. Альперович, А.Г. Корнейчук, Т.И. Константинович и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1978. – №6. – С. 837-845.

4. Якупов, Р.А. Электронейрофизиологические критерии прогноза течения острой невралгии лицевого нерва по данным исследования мигательного рефлекса // Вестник

современной клинической медицины. – 2018. – Т.11., №5. – С. 82-85.

5. Патилянский, Я.Ю. Болезни периферической нервной системы. – М: МЕД пресс-информ, 2009.- 2-е изд. – 352 с.

6. Результаты клинко-томографического исследования у больных с невралгией лицевого нерва [И.А. Грибачева, В.В. Петросян, А.П. Дергилев и др.] // IX Всероссийский съезд неврологов: тез. докл.- Ярославль.- 2006.- С. 278.

7. Цой, Р.Т. Лечение поражение лицевого нерва с применением иглорефлексотерапии и моксотерапии / Р.Т. Цой, Н.Т. Цой // Нейрохирургия и неврология Казахстан. – 2016. – №1 (42). –С. 14-18.

8. Нуров, Г.Г. Киргизская народная медицина: (По материалам конца XIX и начала XX века) : Автореферат дис. на соискание учен. степени канд. ист. наук / Акад. наук СССР. Ин-т этнографии им. Н. Н. Микулухо-Маклая. Киргиз. филиал Акад. наук СССР. – Ленинград ; Фрунзе : [б. и.], 1950. – 377 с.

9. Тентигул кызы Назира. Кыргыздардын салттуу дарыгерчилиги. – Бишкек, 2018. – 192 б.

10. Yang Jiasan. The way to Locate Acu Points. – Beijing, 2013. – 472 p.

**СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – НЕОТЪЕМЛЕМАЯ ЧАСТЬ
ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ
КЛИНИЧЕСКИХ ОРДИНАТОРОВ, ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И
СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В КЫРГЫЗСТАНЕ**

А.К. Молдоташова, Ю.С. Кабылов, М.М. Акимов

Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова, кафедра анестезиологии и реанимации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье представлена оценка значимости внедрения симуляционных технологий на примере обучения проведению немедленных реанимационных мероприятий с использованием автоматического наружного дефибриллятора у клинических ординаторов КГМИП и ПК, врачей общей практики, среднего медицинского персонала.

Ключевые слова: симуляционное обучение, сердечно-легочная реанимация, медицинская помощь.

**СИМУЛЯЦИЯЛЫК ОКУТУУ - КЫРГЫЗСТАНДА АДИСТЕРДИН, ЖАЛПЫ
ТАЖРЫЙБА ДАРЫГЕРЛЕРДИН ЖАНА ОРТО МЕДИЦИНАЛЫК
КЫЗМАТКЕРЛЕРДИН ПРОФЕССИОНАЛДЫК ДАЯРДООСУН НЕГИЗГИ
БӨЛҮГҮ БОЛУП САНАЛАТ**

А.К. Молдоташова, Ю.С. Кабылов, М.М. Акимов

С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо жана адистикти
жогорлатуу медициналык институтунун,
анестезиология-кайра жандандыруу кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада КМКДжАЖМИ адистеринин, жалпы тажрыйба дарыгерлердин, орто медициналык персоналдын кайра жандандыруунун негизги методтору жана автоматикалык тышкы дефибриляторду колдонушу боюнча айлампасынын жыйынтыгы айтылат.

Негизги сөздөр: симуляциялык метод, кайра жандандыруу, медициналык жардам.

**SIMULATION TRAINING - AN INTEGRAL PART OF THE IMPROVEMENT OF
THE QUALITY OF THE PROFESSIONAL TRAINING OF CLINICAL
ORDINATORS, A DOCTOR OF GENERAL PRACTICE AND MEDIUM
MEDICAL STAFF IN KYRGYZSTAN**

A.K. Moldotashova, Yu.S. Kabylov, M.M. Akimov

Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training n.a. S.B. Daniyarov,
department of Anaesthesiology and Intensive Care
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article presents an assessment of the use of simulation technologies on the example of training using automatic external defibrillators from clinical residents of KSMIRandIQ, general practitioners, nursing staff.

Key words: simulation training, cardiopulmonary resuscitation, medical care.

Введение. Объем информации, которым владеет цивилизация, постоянно обновляется. Освоение этого объема индивидуумом возможно только в процессе регулярного непрерывного образования. В современном образовательном пространстве появилось множество технологий, одна из них - симуляционное обучение, которое является продуктом научных и производственных технологий, преобразованных в инновационное образовательное пространство. Впервые симуляционные технологии появились в авиации. Постепенно применение симуляторов распространилось на различные отрасли, в том числе и медицину. В современной клинике первичное обучение практическим навыкам имеет некоторые ограничения: недостаток коммуникативных навыков у студентов, ординаторов и молодых врачей в общении с пациентами, дефицит времени для отработки каждого навыка, психологическая боязнь выполнения процедуры, высокий риск для здоровья пациента. В то время получение теоретических знаний не представляет больших сложностей – в распоряжении студентов, ординаторов и слушателей имеются программы повышения квалификации, книги, статьи, лекции, видеоматериалы, интернет ресурсы [1, 2].

Применение симуляционных технологий призвано повысить эффективность учебного процесса, уровень профессионального мастерства и практических навыков медицинских работников, обеспечивая им наиболее эффективный и безопасный переход к медицинской деятельности в реальных условиях. С помощью симуляционных методик можно отработать практические навыки обучающихся, что позволит им увереннее перейти к настоящим вмешательствам. При этом обеспечивается непрерывное

профессиональное обучение медицинских кадров в соответствии с современными алгоритмами. В ходе обучения отрабатываются не только клинические навыки, но и умение общаться с коллегами и пациентами. Для этого созданы специальные тренажеры, симуляторы и разрабатываются игровые методики обучения, которые позволяют моделировать различные клинические ситуации, в том числе и редко встречающиеся.

Работа симуляционного центра зависит от многих факторов: наличия специализированных помещений, рассчитанных на размещение имеющегося оборудования и обучающихся, организации процесса обучения и менеджмента. Часть из этих факторов определяются финансированием. Учебные планы и структуру обучения может определять профессорско-преподавательский коллектив. Здесь многое зависит от личного отношения педагогов к симуляционной медицине. В настоящий момент мы приблизились к созданию инновационной структурной единицы в системе обучения полноценной симуляционной клинике недостающего звена, обеспечивающего образовательную преемственность между доклиническим и клиническим этапами обучения врачей [3, 4].

Благодаря появлению симуляционных центров сглаживается сложный переход, существовавший между обучением за партой и обучением в клинике. Обучение в симуляционной клинике уменьшит волнение, которое испытывает курсант при выполнении определенной методики у постели больного, и благоприятно отразится на качестве лечения. В процессе тренинга происходит отработка тех или иных манипуляционных навыков на фантомах и манекенах различных

уровней реалистичности от простого к сложному.

Начальные уровни реалистичности позволяют ординаторам, курсантам освоить на манекене определенные мануальные навыки. После усвоения одних мануальных навыков, можно перейти к следующему уровню реалистичности, т.е. использовать более сложный манекен, позволяющий симулировать, например, различные ситуации в анестезиологии-реаниматологии. Задачи оказываемой помощи постоянно расширяются: требуется диагностика, например, вида остановки сердца, проведения дефибрилляции, введения лекарственных средств [5, 6]. Обучение на следующем уровне реалистичности предусматривает имитацию реальной обстановки. Для обучающихся вся обстановка является неожиданностью: число пострадавших, их положение в зале, наличие аппаратуры. Кроме того, дополнительно на психоэмоциональное состояние курсантов воздействуют специфичные внешние факторы, которые можно воспроизводить в условиях симуляционного центра: вой сирены, дымовая завеса, приглушенное освещение. На высшем этапе реалистичности используются роботы-симуляторы с дистанционным управлением. На этом этапе обучения полноценно отрабатываются не только мануальные навыки, но и клиническое мышление. В симуляционной клинике можно создать сценарии различных клинических ситуаций, в том числе и редко встречающихся [7, 8].

Применение информационных технологий в учебном процессе предполагает наличие квалифицированных преподавателей, способных к работе в новой

информационно-образовательной среде [3].

Таким образом, внедрение в практику подготовки выпускников медицинских учебных заведений, молодых специалистов и в систему непрерывного профессионального развития симуляционных методов обучения в настоящее время должно предшествовать практике, является жизненной необходимостью и утверждено законодательно [1, 2].

Приоритетной задачей здравоохранения является снижение смертности от кардиальных и других заболеваний.

В связи с этим расширяется контингент обучающихся врачей. Одной из задач обучения клинических ординаторов является приобретение навыков оказания неотложной помощи больным, в том числе с внезапной остановкой сердца.

Цель: Рассмотреть, обобщить и способствовать внедрению в непрерывное последипломное медицинское образование и практическое здравоохранение инновационных технологий для повышения качества освоения приобретаемых умений и закрепления практических навыков.

Материалы и методы. В основную профессиональную образовательную программу клинической ординатуры кафедры анестезиологии-реаниматологии ФУВ, КГМИПиПК включен цикл симуляционного обучения по базовой СЛР и АНД, который прошли ординаторы, врачи и средний медицинский персонал.

Методика проведения практических занятий обучающего симуляционного курса базируется на современных подходах к обучению (рис. 1).

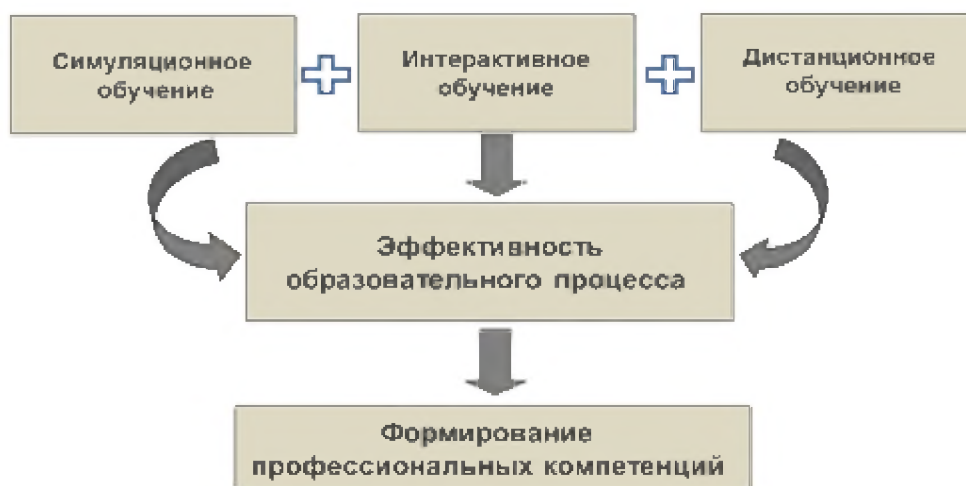


Рис. 1. Реализация программ обучающих симуляционных курсов в КГМИПиПК, ФУВ.

Преимущества симуляционного тренинга:

- Клинический опыт в виртуальной среде без риска для пациента.
- Объективная оценка достигнутого уровня мастерства.
- Не ограничено число повторов отработки навыка.
- Тренинг в удобное время, независимо от работы клиники.
- Отработка действий при редких и жизнеугрожающих патологиях.
- Часть функций преподавателя берет на себя виртуальный тренажер.
- Снижен стресс при первых самостоятельных манипуляциях

За основу взяты рекомендации (ILCOR 2017 г.) по проведению СЛР и автоматической наружной дефибрилляции.

Компоненты учебного цикла:

1. Тест, вводный инструктаж
2. Основная часть
3. Дебрифинг
4. Итоговое выполнение, тест.

Программа обучения на кафедре, по специальности анестезиология-реаниматология ординаторов включает:

1. Лекционные курсы: «Сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией»,

«Обструкция дыхательных путей инородным телом»;

2. Освоение алгоритма оказания помощи при внезапной остановке сердца с/без оценки пульса.

4. Работу с учебным автоматическим наружным дефибриллятором (АНД);

5. Помещение пострадавшего в боковое стабильное положение.

Продолжительность курса составляла 6 часов.

Отработка практических навыков СЛР проводилась на манекенах симуляторов, с применением автоматического наружного дефибриллятора (АНД) (Mindray).

Использовался 4-х и 3-х этапный подход обучения, включающие в себя простые, и комплексные тренинги.

Простые тренинги (рис. 2) направлены на формирование эффективной деятельности, где нужно как можно меньше думать, но при этом действовать верно, и больше интеллектуальных ресурсов экономить для обеспечения действий с учетом конкретных обстоятельств. Результатом простого тренинга является отработка нового навыка.

Комплексные тренинги подразумевают значительное вовлечение в практику интеллекта обучаемых,

совершенствование креативной деятельности. Такие тренинги не направлены на формирование новых

навыков, а закрепляют уже имеющиеся, совершенствуют их.



Рис.2. Этапы обучения.

Практическим занятиям предшествовала демонстрация преподавателем алгоритма оказания помощи при внезапной остановке сердца. Он показывал на манекене, как правильно выполнять весь алгоритм, затем контролировал правильность воспроизведения действий курсантами.

Структура занятия:

А. Лекция «Сердечно-легочная реанимация с автоматической наружной дефибрилляцией» и практическая часть, разделенная на два этапа.

1. Применение АНД, т.к. раннее начало качественных компрессий грудной клетки и дефибрилляция являются залогом успеха при проведении реанимационных мероприятий.

2. Отрабатывались методики проведения СЛР одним и двумя врачами, что способствовало отработке навыков работы в команде (рис. 3-4).

В. Вторая часть включала лекцию «Обструкция дыхательных путей инородным телом» и демонстрацию приема Геймлиха (рис. 4-6).

С. Третья часть - практика в группах по обеспечению безопасного положения больного или пострадавшего (боковое стабильное положение).

Результаты. В течение всего курса проводился анализ освоения учебного материала самими участниками. Неотъемлемой частью обучения являлся дебрифинг, что, по мнению ряда авторов [7], значительно повышало качество симуляционного обучения. Важный момент – выделение курсантами собственных достижений и неудач, определение им дальнейших планов в освоении материала. На симуляционном цикле курсанты научились работать в команде, принимать совместные решения в сложной профессиональной ситуации.



Рис. 3. Выполнение упражнений курсантами.



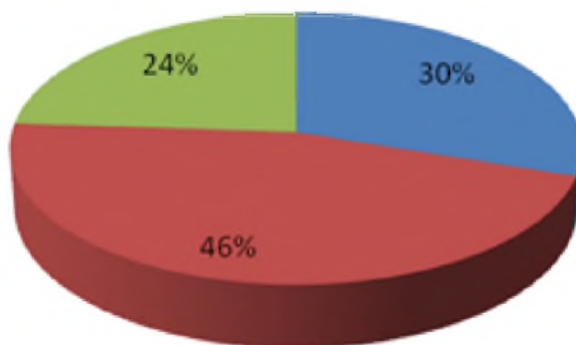
Рис. 4. Инструктаж выполнения интубации трахеи.



Рис. 5. Модель головы взрослого человека.



Рис. 6. Проведение катетерной инъекционной ИВЛ при ситуации «невозможно интубировать, невозможно вентилировать».



- Врачи циклов ПиПК
- Интерны и клинические ординаторы
- Средний медицинский персонал

Рис. 7. Количество участников одного цикла симуляционного обучения за 2018-2019г.

Заключение

Симуляционный тренинг-центр КГМИПипК обеспечивает качественно новый подход в профессиональной подготовке кадров среднего медицинского персонала, интернов, ординаторов, врачей общей практики на циклах специализации, тематического усовершенствования, повышения качества оказания медицинской помощи, обеспечения безопасности пациентов (рис. 7).

Симуляционный тренинг-центр позволяет выполнять многократно каждым курсантом практические манипуляции, с возможностью исправления ошибок и формирования необходимых навыков, осуществлять самостоятельный выбор тактики в различных неотложных ситуациях в соответствии с существующими стандартами и рекомендациями, а также отрабатывать технологии выполнения медицинских услуг (медицинских вмешательств) в терапевтической, хирургической, педиатрической, акушерской, гинекологической и другой практике.

Литература

1. Симуляционное обучения по специальности «Лечебное дело» / Под ред. А.А. Свистунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288 с.

2. Лебединский, К.М. Подготовка врачей анестезиологов-реаниматологов в клинической ординатуре: взгляд обучающихся/ К.М. Лебединский, О.Ю. Кузнецова, В.А. Мазурок // *Анестезиология и реаниматология*.-2007.-№5.-С.11-14.

3. Тьютеры — вариант решения кадровых проблем симуляционных центров / [А.А. Свистунов и др.] // *Виртуальные технологии в медицине*. - 2014.-№1(11).- С.14-23.

4. Пасечник, И.Н. Роль современных симуляционных технологий в подготовке анестезиологов-реаниматологов с учетом преемственности и квазифизиологических особенностей роботов-симуляторов/ И.Н. Пасечник, Е.И. Скобелев, И.Ф. Алексеев // *Мат-лы 1-ой Всерос. конф. с междунар. участием, по симуляционному обучению в медицине критических состояний*.-2012.- С.73-77.

5. Востриков, В.А. Компьютерное моделирование воздействия первых фаз дефибрилляционных импульсов биполярной формы на мембрану кардиомиоцита / В.А. Востриков, Б.Б. Горбунов, А.Н. Гусев// *Общая реаниматология*.-2014.-№10.-С.25-32.

6. Востриков, В.А. Эффективность электрической кардиоверсии пароксизмальной фибрилляции предсердий при использовании биполярного квазисинусоидального импульса у больных ишемической болезнью сердца / В.А. Востриков, К.В. Разумов// *Общая реаниматология*.- 2014.-№10.-С.41-49.

7. Пасечник, И.Н. Симуляционные технологии в анестезиологии реаниматологии: первые итоги/ И.Н. Пасечник, С.А. Блащенко, Е.И. Скобелев// *Виртуальные технологии в медицине*.-2013.- №1.- 621 с.

8. Горшков, М.Д. Симуляционное обучение по анестезиологии и реаниматологии / В. В. Мороз, Е.А. Евдокимов. — М.: ГЭОТАР-Медиа: РОСМЕД, 2014. — 312 с.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЛЕРГЕНА ТУБЕРКУЛЕЗНОГО
РЕКОМБИНАНТНОГО ДЛЯ СКРИНИНГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Г.К. Турдумамбетова,¹ Р.Ш. Галиева,² А.К. Байтелиева¹

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

²Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им. С. Б. Даниярова
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Цель исследования: сравнительный анализ эффективности применения пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) и пробы Манту с 2 ТЕ при массовом скрининге на туберкулез у детей младшего школьного возраста г. Бишкек.

Материалы и методы: Проведен сравнительный анализ иммунологических методов диагностики: пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с АТР у 1873 детей в возрасте 7-10 лет.

Результаты: Полученные данные показали, что число положительно реагирующих на пробу Манту с 2 ТЕ было 31,6%, а при постановке пробы с АТР – 12,3% случаев. У 9 детей с подозрением на активный туберкулез внутригрудных лимфатических узлов локальный процесс был исключен у 6 (0,3%). Наряду с пробой с АТР им была сделана компьютерная томограмма органов грудной клетки. Если по пробе Манту с 2 ТЕ под наблюдением должно было находиться 243 (13%) детей, то проведение им пробы с АТР сократило число подлежащих наблюдению детей до 95 (5%) человек (P=0.000).

Заключение: Полученные результаты исследования среди детей младшего школьного возраста (7-10 лет) свидетельствует о том, что проба с АТР исключает ложноположительные результаты и показывает истинную инфицированность. Пробу с АТР можно рекомендовать для дифференциальной диагностики поствакцинальной и инфекционной аллергии и применять как дополнительный тест при взятии на учет для наблюдения и проведения превентивного лечения латентной туберкулезной инфекции (ЛТБИ).

Ключевые слова: проба Манту, проба с аллерген туберкулезным рекомбинантным, диаскинтест, дети, латентная инфекция, диагностика.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА БАШТАЛГЫЧ МЕКТЕП КУРАКТАГЫ
БАЛДАРДЫН КУРГАК УЧУК ИНФЕКЦИЯСЫН АЛЛЕРГЕН
РЕКОМБИНАНТТЫК КУРГАК УЧУК ЫКМАСЫ МЕНЕН АНЫКТОО
ТАЖРЫЙБАСЫ**

Г.К. Турдумамбетова,¹ Р.Ш. Галиева,² А.К. Байтелиева¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык кайра даярдоо жана
квалификацияны жогорулатуу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Максаты: Бишкек шаарындагы башталгыч мектеп курактагы балдарды массалык кургак учука каршы аныктоо үчүн колдонулган аллерген рекомбинанттык кургак учук (АРК) жана 2 ТЕ Манту ыкмасын салыштырып талдоо.

Материалдар жана ыкмалар: 2 ТЕ Манту жана АРК ыкмасы менен 7 – 10 жашка чейинки 1873 балдар арасында иммундук дарты аныктоо ыкмаларды салыштырып, талдоо жүргүзүлдү.

Натыйжалары: Алынган маалыматтар көрсөткөндөй Манту ыкмасына 31,6% оң таасир берди, ал эми АРК ыкмасына 12,3%. 9 балада активдүү көөдөн ичиндеги бездердин сезгениши шектелген, 6 балада (0,3%) дарт тастыкталган эмес. АРК ыкмасынан тышкары, балдарга компьютердик томограмма жасалган. Эгер Манту ыкмасынын жыйынтыгы менен 243 (13%) бала дарыгердин көзөмөлүндө болууш керек болсо, АРК ыкмасы менен балдардын саны 95 (5%) чейин азайган ($P=0.000$).

Жыйынтык: Изилдөөнүн жыйынтыгында, башталгыч мектеп курагындагы (7-10 жаш) балдардын арасында АРК ыкмасы жалган оң жыйынтыктарды четке кагып, таза жугууну көрсөтөт. АРК ыкмасын вакцинадан кийинки жана инфекциядан кийинки жыйынтыкты айырмалоого колдонууга сунуштаса болот, жана кошумча ыкма катары, балдарды диспансердик каттого алууда жана латенттик кургак учук инфекциясын дарылоодо колдонууга болот.

Негизги сөздөр: Манту ыкмасы, рекомбинанттык аллерген кургак учук ыкмасы, диаскинтест, балдар, латенттик инфекция, дарт аныктоо.

**EXPERIENCE OF THE USE OF ALLERGEN TUBERCULAR RECOMBINANT
FOR SCREENING OF TUBERCULOSIS INFECTION IN CHILDREN OF
YOUNGER SCHOOL AGE IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

G.K. Turdumambetova,¹ R.Sh. Galiyeva,² A.K. Baiteliyeva¹

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

²Kyrgyz State Medical Institute of Retraining and Advanced Training n.a. S. B. Daniyarov
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Aim: a comparative analysis of the effectiveness of the use of a sample with a recombinant tuberculosis allergen (ATP) and a Mantoux test with 2 TE in a mass screening for tuberculosis in children of primary school age in Bishkek.

Materials and methods: A comparative analysis of immunological diagnostic methods was carried out: Mantoux tests with 2 TE and ATP tests in 1873 children aged 7-10 years.

Results: The obtained data showed that the number of positively responding to the Mantoux test with 2 TE was 31.6%, and when placing the sample with ATP - 12.3% of cases. In 9 children with suspected active tuberculosis of the intrathoracic lymph nodes, a local process was excluded in 6 (0.3%). Along with the breakdown of the ATP, he performed a CT scan of the chest organs. If, according to the Mantoux test with 2 TE, 243 (13%) children should have been under observation, then carrying out the ATP sample reduced the number of children to be monitored to 95 (5%) people ($P = 0.000$).

Conclusion: The results of the study among children of primary school age (7-10 years old) suggests that the ATP test eliminates false positive results and shows true infection. A sample with ATP can be recommended for the differential diagnosis of post-vaccination and infectious allergies and used as an additional test when registering for monitoring and conducting preventive treatment of latent tuberculosis infection (LTBI).

Key words: Mantoux test, recombinant allergen test with tuberculosis, diaskintest, children, latent infection, diagnostics.

Актуальность

Раннее выявление и диагностика туберкулезной инфекции у детей в настоящее время являются актуальной проблемой во всем мире и в Кыргызской республике (КР). До сих пор основным методом выявления ЛТБИ у детей в КР является туберкулинодиагностика с применением внутрикожной пробы Манту с 2 ТЕ. Несмотря на широкое применение пробы Манту с 2 ТЕ в течение более 100 лет и обширный мировой опыт, у этого метода есть ряд серьезных недостатков, связанных с перекрестной сенсibilизацией с нетуберкулезными микобактериями и микобактериями вакцинного штамма *M. Bovis BCG*. Это ограничивает специфичность туберкулинового теста у детей из-за большого числа ложноположительных реакций, в том числе и в результате вакцинации БЦЖ [1,2,3,4].

Установлено, что вирулентный штамм микобактерии туберкулеза (*M. tuberculosis*) при размножении в организме человека и животных секретирует белки – антигены. Два из

числа наиболее полно описанных антигенов, пригодных для использования в диагностических целях, являются ESAT-6 и CFP-10 [5,6,7,8]. В связи с их отсутствием в вакцинном штамме BCG (*M. bovis BCG*) и большинстве нетуберкулезных микобактерий, эти два белка использованы при разработке специфических диагностических тестов [2,4,7,8]. Тесты IGRA (Interferon-gammareleaseassay) обладают высокой специфичностью, но пока не применимы в КР из-за высокой стоимости, необходимости оснащенной лаборатории и внутривенных манипуляций, которые являются травматичными для детей.

Для того, чтобы дифференцировать различные виды иммуноаллергических реакций: поствакцинальную, инфекционную и неспецифическую, вызванную нетуберкулезными микобактериями, в Российской Федерации был разработан препарат аллерген туберкулезный рекомбинантный, который представляет собой комплекс рекомбинантных белков ESAT-6 и CFP-10, предназначенный для внутрикожного применения [3,4,7,8,9].

Тест с АТР (диаскинтест) высокочувствителен – все больные активным туберкулезом дают положительную реакцию на препарат [2,6,7,8]. В России данный тест применяется уже давно, доказана его эффективность в диагностике ЛТБИ, в дифференциальной диагностике инфекционной и поствакцинальной аллергии и в исключении ложноположительных реакций [3,4,9]. КР препарат был зарегистрирован в 2014 г. и разрешен к применению для раннего выявления туберкулезной инфекции.

Внутрикожную пробу с препаратом АТР (диаскинтест) проводили в соответствии с нормативными документами (указание № 70 от 30.01.15. МЗ КР); приказ № 02/169 от 3.02.15 г. Департамента здравоохранения г. Бишкек, выписка из заключения этического комитета при научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» МЗ КР на протокол исследования №2 от 18.03.15 г.

Материалы и методы исследования

После проведенного информированного согласия, в группу исследования были включены 1873 детей младшего школьного возраста (7-10 лет) г. Бишкек обоих полов. Из них девочек было 938 (50,1%) и мальчиков 935 (49,9%) человек. Все дети были учащимися средних школ и входили в когорту «здоровые дети». По технике постановки пробы с АТР и Манту с 2 ТЕ были идентичными. Внутрикожные пробы делали у 1808 (96,5%) одновременно: на одной руке пробу Манту с 2 ТЕ, на другой – с АТР. У 65 (3,5%) вначале пробу Манту провели в школе, после положительной реакции дети были направлены в городской центр

по борьбе с туберкулезом, где дополнительно была проведена проба с АТР.

Оценка результатов пробы с АТР проводилась следующим образом: в соответствии с инструкцией к препарату: отрицательный - при наличии «уколочной реакции», сомнительный – при наличии гиперемии любого размера (без инфильтрата) или инфильтрата 2-4 мм, положительный – при наличии инфильтрата размером 5 мм и более. При размере инфильтрата 15 мм и более, при везикуло-некротических изменениях и (или) лимфангите, лимфадените независимо от размера инфильтрата реакция на препарат считается гиперергической [1,2,3,9].

Интерпретация пробы Манту с 2 ТЕ проведена согласно клиническому протоколу КР по туберкулезу у детей [10]. Проба считается: отрицательной при инфильтрате 0-4 мм; положительной при инфильтрате 5 мм и более для детей с ВИЧ-инфекцией, нарушением питания и из контакта с больным туберкулезом и 10 мм и более для остальных детей, так же при везикуло-некротической реакции, независимо от размеров инфильтрата.

Анализ был проведен в дизайне проспективного исследования, статистическая обработка материала сводилась к расчету долей и 95% доверительных интервалов (ДИ) для долей, а также сравнению долей с помощью Z-критерия в среде программы SPSS – 16.0.

Результаты и их обсуждение

При интерпретации результатов проведенной пробы Манту с 2 ТЕ у 1873 детей, были получены следующие данные (табл. 1).

Таблица 1 – Результаты пробы Манту с 2 ТЕ у детей школьного возраста (7-10 лет)

Возраст		Проба Манту с 2 ТЕ				Всего
		0 - 4 мм	5 – 9 мм	10 - 14 мм	15 мм и ↑	
7 лет	n (%)	183 (47,9)	38 (10)	81 (21,2)	80 (20,9)	382 (20,4)
8 лет	n (%)	254 (56,1)	78 (17,2)	58 (12,8)	63 (13,9)	453 (24,2)
9 лет	n (%)	310 (62,9)	92 (18,7)	69 (14)	58 (11,8)	493 (26,3)
10 лет	n (%)	288 (52,8)	74 (14)	102 (18,7)	81 (14,9)	545 (29)
Всего	n (%)	1035 (55,3)	282 (15,1)	310 (16,6)	281 (15)	1873(100)

Как видно по табл. 1 максимальное число положительно реагирующих на туберкулин (21,2%), отмечается в возрасте 7 лет. Среди этого же возраста отмечается и большее число гиперергических проб более 15 мм (20,9%). Скорее всего, это связано с

наличием ложноположительных результатов, большинство из которых, возможно обусловлено с еще сохраняющейся поствакцинальной аллергией. При постановке диаскинтеста мы получили следующие данные (табл. 2).

Таблица 2 – Результаты пробы с АТР у детей школьного возраста (7-10 лет)

Возраст		Проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным				Всего
		0 - 4 мм	5 – 9 мм	10 -14 мм	15 мм и ↑	
7 лет	n (%)	340 (89)	6 (1,6)	12 (3,1)	24 (6,3)	382 (20,4)
8 лет	n (%)	383 (84,5)	13 (2,9)	16 (3,5)	41 (9,1)	453 (24,2)
9 лет	n (%)	414 (84)	18 (4)	15 (3)	46 (9,3)	493 (26,3)
10 лет	n (%)	455 (83,5)	15 (2,8)	18 (3)	57 (10)	545 (29)
Всего	n (%)	1592 (85)	52 (2,8)	61 (3,3)	168 (9)	1873 (100)

После интерпретации анализов выявлено, что во всех возрастных группах большое количество отрицательных результатов (85%). В возрасте 7 лет положительно реагирующих на диаскинтест отмечено

только у 3,1% детей, а гиперергическая реакция у 6,3% детей, что по сравнению с пробой Манту с 2 ТЕ показало низкое количество и говорит о гипердиагностики данной пробы.

Наглядно сравнительный анализ представлен на рисунке.

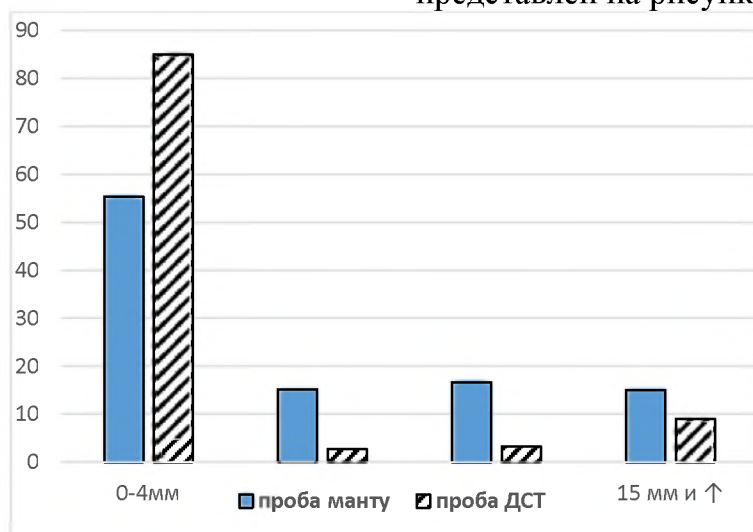


Рис. Результаты сравнительных анализов (в %) пробы Манту и пробы с АТР у детей младшего школьного возраста (7 – 10 лет).

При анализе полученных результатов нами было отмечено, что при постановке пробы Манту 2 ТЕ положительные результаты выявляются чаще, чем при пробе с АТР и наоборот отрицательные пробы, исключая ложноположительные данные при

туберкулинодиагностике, чаще бывают при пробе с АТР.

При сравнении полученных результатов пробы Манту 2 ТЕ и пробы с АТР различия оказались высоко статистически значимы и приведены в табл. 3.

Таблица 3 - Сравнение долей по результатам пробы Манту с 2 ТЕ и пробы с АТР

Размер пробы	Проба Манту Доля (95% ДИ)	Проба с АТР Доля (95% ДИ)	Z P
0 - 4 мм	0,553 (0,532 – 0,577)	0,850 (0,833 - 0,866)	19,848 0,000
5 – 9 мм	0,151 (0,135 – 0,167)	0,028 (0,021 - 0,340)	13,12 0,000
10 -14 мм	0,166 (0,149 – 0,183)	0,033 (0,025 – 0,045)	13,565 0,000
15 мм и выше	0,150 (0,134 – 0,167)	0,090 (0,078 – 0,104)	5,634 0,000

Кроме того, диаскинтест учитывался при взятии детей под наблюдение по III группе, то есть группе риска по заболеванию ТБ. Согласно клиническому протоколу по ТБ у детей в КР по III (а) группе наблюдаются дети с ЛТБИ, по III (б) – дети из контакта с больным туберкулезом (ТБ). Так как диаскинтест сокращает число ложноположительных

результатов, он явился дополнительным тестом при взятии на учет для наблюдения и проведения превентивного лечения ЛТБИ.

После проведенного анализа полученных данных, дети были взяты под диспансерное наблюдение. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Группы наблюдения по пробе Манту с 2 ТЕ

Размер пробы Манту	Группа наблюдения			Всего	
	3 А группа	3 Б группа	Активный ТБ		
0 – 4 мм	абс.ч.	0	2	0	2
	%	0,0	8,3	0,0	0,8
5 – 9 мм	абс.ч.	0	6	0	6
	%	0,0	25	0,0	2,5
10 – 14 мм	абс.ч.	65	7	1	73
	%	31	29,2	11,1	30
≥ 15 мм	абс.ч.	145	9	8	162
	%	69	37,5	88,9	66,7
Всего	абс.ч.	210	24	9	243
	%	100	100	100	100

Так, в табл. 4 отмечено, что по пробе Манту 2 ТЕ взято под наблюдение 210 (11,2%) инфицированных, размер инфильтрата у которых более 10 мм. (3А

группа), 24 (1,3%) детей из контакта с больными ТБ и у 9 (0,5%) был заподозрен активный ТБ. Всего подлежало

наблюдению с использованием пробы Манту 2 ТЕ 243 (13%) детей.

Использование диаскинтеста позволило исключить латентную инфекцию у 142 (7,6%) детей и по 3А группе взято 68 (3,6%) детей. При дообследовании 9 детей с подозрением на активный туберкулез внутригрудных

лимфатических узлов локальный процесс был исключен у 6 (0,3%). Наряду с пробой с АТР им была сделана компьютерная томограмма органов грудной клетки. Данные пересмотра групп наблюдения детей при использовании диаскинтеста отражены в таблице 5.

Таблица 5 – Группы наблюдения по результатам пробы с АТР (диаскинтест)

Размер пробы с АТР		Группы наблюдения			Всего
		3 А группа	3 Б группа	Активный ТБ	
0 – 4 мм	абс.ч.	0	9	0	9
	%	0,0	37,5	0,0	9,5
5 – 9 мм	абс.ч.	6	1	1	8
	%	8,8	4,2	33,3	8,4
10 – 14 мм	абс.ч.	13	2	1	16
	%	19,1	8,3	33,3	16,8
≥ 15 мм	абс.ч.	55	13	1	69
	%	81	54,2	33,3	72,6
Всего	абс.ч.	68	24	3	95
	%	100	100	100	100

Если по пробе Манту 2 ТЕ под наблюдением должно было находиться 243 (13%) детей, то проведение им диаскинтеста позволило в три раза сократить число подлежащих наблюдению детей до 95 (5%) человек.

Выводы:

1. Результаты исследования показали, что, число положительно реагирующих детей в возрасте 7-10 лет при проведении пробы Манту с 2 ТЕ 591 (31,6%) больше, чем при постановке 229 (12,3%).

2. Применение пробы с АТР сокращает число ложноположительных результатов, которые чаще дает проба Манту с 2 ТЕ (P=0,000).

Таким образом, применение пробы с АТР оказалось высокоэффективным при диагностике ЛТБИ, взятии на учет для диспансерного наблюдения и более целенаправленного отбора лиц для проведения превентивной химиотерапии.

Литература

1. *Инфицированность туберкулезом детей и подростков – взгляд через столетие / [Л.В. Слогодская, Е.С. Овсянкина, Я.А. Кочетков и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2011. – №3. – С. 21-29.*
2. *Мотанова, Л.Н. Опыт применения диаскинтеста на территории с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией / Л.Н. Мотанова, Г.Е. Коваленко, Ю.В. Попова // Туберкулез и болезни легких. – 2013. – №9. – С. 37- 42.*
3. *Слогодская, Л.В. Сравнительная характеристика иммунологических тестов для выявления туберкулезной инфекции, возможность массового скрининга / Л.В. Слогодская, Е.М. Богородская // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – №5. – С. 5-16.*
4. *Скрининг латентной туберкулезной инфекции с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного / [Н.А. Бармина, Л.А. Барышникова, А.А. Шурыгин и др.] // Туберкулез и болезни легких. – 2016. – №5. – С. 56-60.*

-
5. Кожная проба с препаратом «Диаскинтест» – новые возможности идентификации туберкулезной инфекции. - М.: Шико, 2011. – 255 с.
6. Клинический протокол по туберкулезу у детей. – Бишкек, 2017. – 34 с.
7. Цогт Г. Фтизиатрия: учебник для вузов/ Г. Цогт, Т. Чубаков, А. Кадыров; Проект USAID "Победим туберкулез". - Б.: ИП "Побединская Наталья Васильевна" (KIRLand Print), 2017. - 368 с.
8. *Evaluating UK National Guidance for Screening of Children for Tuberculosis* / [B. Kampmann, James A. Seddon, James Paton et al.] // *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. – 2018. – №8. – P. 1058-1064.
9. Стасько, Е.Ю. Анализ применения кожной пробы с препаратом аллерген туберкулезным рекомбинантным как скринингового метода обследования на туберкулезную инфекцию у детей старше 7 лет в Пензенской области в 2014-2016 гг. // *Туберкулез и болезни легких*. – 2018. - №3. – С. 29-34.
10. *Managing latent tuberculosis infection and tuberculosis in children* / [I. Carvalho, D. Goletti, S. Manga et al.] // *Pulmonogy*. – 2018. – №24(2) – P. 106-114.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АНАЭРОБНОЙ НЕКЛОСТРИДИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ СЕПСИСОМ

**М.М. Мамакеев¹, К.С. Сыдыгалиев¹, А.М. Калжикеев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
Б.А. Эраалиев², А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев², Р.Ф. Гайфулин¹**

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

² Национальный хирургический центр МЗ КР

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной статье представлено клиническое наблюдение и опыт лечения анаэробной неклостридиальной инфекции верхней и нижней конечности, боковых поверхностей груди и живота, осложненные сепсисом.

Изучена анатомическая локализация анаэробной флегмоны и пути распространения инфекции по анатомическим футлярам у 17 больных. У 12 больных инфицированная рана верхней конечности, у 1 нижней конечности, и у 4-ых острый парапроктит, осложненный анаэробной флегмоной. Все больные экстренно оперированы и была произведена хирургическая обработка анаэробной неклостридиальной флегмоны.

Ключевые слова: сепсис, неклостридиальная анаэробная флегмона, инфекция, целлюлит, фасциит, миозит, лечение гнойных ран.

АНАЭРОБДУК КЛОСТРИДИАЛДЫК ЭМЕС ФЛЕГМОНАНЫН СЕПСИСКЕ ОТУШУ ЖАНА АНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ЖЫЙЫНТЫГЫ

**М.М. Мамакеев¹, К.С. Сыдыгалиев¹, А.М. Калжикеев¹, А.Т. Тойгонбаев¹,
Б.А. Эраалиев², А.К. Мамбетов¹, М.М. Бигишиев², Р.Ф. Гайфулин¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Улуттук хирургия борбору МЗ КР

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: бул макалада колдун, буттун, кокурок менен курсактын капталынын клостридиалдык эмес флегмонанын сепсиске отушу, жаны анын клиникалык журушу, ошондой эле ийгиликтуу хирургиялык дарылоосу баяндалды. Анаэробдук флегмонанын анатомиялык жайланышы жана инфекциянын анатомиялык футляр менен тарашы изилденген. 17 орулуунун: 12-си колдун, 1 орулуу буттун жана 4 орулуу чукул парапроктиттин анаэробдук ириндеп кетишинен. Бардык оруулар чукул арада операцияга алынган, жана аларга анаэробдук, флегмонаны хирургиялык жол менен тазалоо операциясы жасалган.

Негизги сөздөр: сепсис, анаэробдук клостридиалдык эмес флегмона, инфекция, целлюлит, фасциит, миозит.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-CLOSTRIDIAL ANAEROBIC INFECTION COMPLICATED BY SEPSIS

**M.M. Mamakeev¹, K.S. Sydygaliev¹, A.M. Kaljikeev¹, A.T. Toigonbaev¹,
B.A. Eraaliev², A.K. Mambetov¹, M.M. Bigishiyev², R.F. Gaifulin¹**

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

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

Summary: This article presents clinical observation and experience in the treatment of anaerobic non-clostridial infection of the upper and lower extremities, lateral surfaces of the chest and abdomen complicated by sepsis.

The anatomical localization of anaerobic phlegmon and the route of spread of the infection in anatomical cases in 17 patients was studied. In 12 patients, an infected wound of the upper limb, in 1 lower limb, and in 4th patients acute paraproctitis complicated by anaerobic phlegmon. All patients were urgently operated and surgical treatment of anaerobic non-clostridial phlegmon was performed.

Keywords: sepsis, non-clostridial anaerobic phlegmon, infection, cellulitis, fasciitis, myositis, treatment of purulent wounds.

В настоящее время сепсис остаётся медицинской, демографической и экономической проблемой человечества, не смотря на огромные достижения современной фундаментальной и клинической медицины. В данный момент сепсис занимает первое место среди причин смерти в отделениях интенсивной терапии не кардиологического профиля, а также 11 место среди всех причин смертности населения. Данные по распространенности сепсиса варьируют в разных странах: в США – 300 случаев на 100 тысяч населения, во Франции 50 случаев на 100 тысяч населения, в Австралии 77 случаев на 100 тысяч населения [1,2].

В последние годы понятие «анаэробная неклостридиальная инфекция» прочно вошло в хирургическую терминологию [3].

Сепсис является очень сложной патологией, потому что он имеет различные клинические и

физиопатологические симптомы, связи, с чем трудно поддается лечению [4].

Анаэробная раневая инфекция в современной хирургии остается одним из наиболее грозных и опасных для жизни осложнений. Летальность при развитии раневой анаэробной инфекции остается по-прежнему на высоком уровне и составляет около 14-80% [5,6,7,8,9].

Анаэробную неклостридиальную инфекцию чаще всего вызывают облигатные анаэробы, развивающиеся и оказывающее свое патогенное действие в условиях аноксии или при низких концентрациях кислорода [10,11]. В настоящее время большое значение придается неклостридиальным формам анаэробных микроорганизмов, которые составляют около 88-95% наблюдений участвуют в развитии острого инфекционного процесса [12,13].

В основном патогенные микроорганизмы проникают в организм человека при травмах, различных хирургических манипуляций,

эндоскопии, пункции и распаде опухоли [14].

При развитии инфекционных раневых процессов анаэробы выявляются 92-98% в ассоциации с аэробными микроорганизмами (streptococcus, Staphylococcus др.), проявляющими выраженную патогенность и усугубляющими тяжесть течения заболевания [15].

Цель: изучить анатомические локализации распространения анаэробной флегмоны, для улучшения результатов хирургического лечения больных с анаэробной

неклостридиальной инфекцией, осложненной сепсисом.

Материалы и методы.

За 2014-2018 гг. в гнойном отделении Национального хирургического центра МЗ КР находились на лечении 17 больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией. Средний возраст пациентов составил 41±2,4 лет (от 22 до 67 лет). Из них мужчин было 12, а женщин 5. Большинство больных поступило или были переведены в Национальный хирургический центр на 3-4 сутки от начала заболевания.

Таблица 1 - Анатомическая локализация анаэробной неклостридиальной флегмоны

Локализация	Кол-во
Левая верхняя конечность	3
Правая верхняя конечность	5
Правая нижняя конечность	1
Анаэробная флегмона верхней конечности с переходом на грудную клетку и боковую область живота	4
Острый парапроктит осложненный анаэробной неклостридиальной флегмоной с гангреной мошонки и с переходом на переднюю брюшную стенку	2
Острый парапроктит осложненный анаэробной неклостридиальной флегмоной с переходом в забрюшинную клетчатку	2

Как видно в таблицы 1 у 8-ми больных из 17-ти анаэробная неклостридиальная инфекция локализуется на верхних конечностях с последующим переходом на грудную

клетку по анатомическим футлярам. В последнее время растет частота встречаемости анаэробной неклостридиальной инфекции особенно в жаркое летнее время (7 случаев).

Таблица 2 - Причины осложненной анаэробной неклостридиальной инфекции

Этиология	Кол-во
Инфицированная рана верхней конечности с анаэробной флегмоной	12
Инфицированная рана нижней конечности с анаэробной флегмоной	1
Острый парапроктит осложненный анаэробной флегмоной	4

Патологический процесс характеризуется высокой скоростью прогрессирования некротического процесса, распространяющегося на обширные

площади мягких тканей. Входными воротами для анаэробной инфекции явились инфицированные раны (у 13-ти пациентов) и острый парапроктит (у 4-х пациентов) (табл. 2).

Таблица 3 - Сопутствующие патологии у больных с анаэробной инфекцией

Сопутствующая патология	Кол-во
Сахарный диабет	2
Цирроз печени, асцит	1
Лейкоз крови	1

Как видно в таблице 3 в ходе обследования у больных с анаэробной неклостридиальной инфекцией были выявлены сопутствующие патологии, которые усугубляли тяжесть их состояния.

Лабораторные данные проводились по общей методике в клинике:

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи
- Биохимический анализ крови

Кровь на стерильность и бактериологический посев проводились в лаборатории Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии. С 2016 года для диагностики сепсиса в НХЦ определяется прокальцитонин – биохимический маркер, с целью ранней диагностики, мониторинга и тяжести течения бактериальной инфекции, сепсиса и оценки синдрома системной воспалительной реакции. Было доказано, что прокальцитонин является единственным лабораторным параметром, имеющий существенное значение для клинической диагностики сепсиса. У всех больных диагностировали анаэробную неклостридиальную инфекцию, осложненную ползучей флегмоной, сепсисом, синдромом полиорганной недостаточности, а у 6-ти пациентов септический шок.

Результаты и их обсуждение

В большинстве случаев больные поступали с жалобами на наличие инфицированной раны (12 пациентов), а также с наличием болезненного уплотнения в области поражения верхней конечности, была диагностирована

ползучая флегмона с переходом на грудную клетку. У 4-х больных с инфицированной раной промежности и острым осложненным парапроктитом, обнаружена ползучая флегмона с некрозом мошонки (болезнь Фурнье), У 2-х - с переходом в ягодичную область. У 1-го пациента была инфицированная рана промежности, осложненная ползучей флегмоной с переходом на переднюю брюшную стенку, распространяющуюся до эпигастральной и подреберной области по анатомическим футлярам. В другом случае у 1-го пациента осложненный пельвиоректальный парапроктит по футлярам и каналам распространился на левую поясничную область вплоть до паранефральной клетчатки с некрозом всех слоев переднебоковой стенки живота, слева осложненной некрозом брюшины.

Состояние больных усугублялось интоксикационным синдромом. В общем анализе крови выявлен высокий лейкоцитоз, в среднем $22,4 \times 10^9/\text{л}$ и палочкоядерный сдвиг до 65% и повышение показателей прокальцитонина. Большинство пациентов поступили в клинику в летний жаркий период 10 больных с инфицированной раной, двое после расчеса, а также 2 случая после укуса насекомого (комар).

Все больные нуждались в предоперационной подготовке, которая заключалась во введении антибиотиков широкого спектра действия, инфузии кристаллоидов, электролитов, белковых препаратов, стимуляции диуреза.

После установки диагноза анаэробной инфекции все больные оперированы в экстренном порядке.

По данным общего анализа крови и биохимических показателей, были выявлены низкие показатели эритроцитов, гемоглобина, а также резкое снижение общего белка крови, полученные данные характерны для анаэробной неклостридиальной инфекции.

Принципы оперативного вмешательства заключался в хирургической обработке раны с иссечением всех нежизнеспособных тканей, учитывая пути распространения гнойников и инфекции по клетчаточным пространствам и каналам. Во время

операции проводились широкие лампасные разрезы кожи с множественными контрапертурами, с полным удалением пораженных патологически измененных тканей подкожной клетчатки, фасций и миотомией, вследствие чего образуются обширные раневые поверхности. При этом был получен жидкий гной по всей толще тканей и особенно по ходу сосудистых каналов и щелей, с распространением на верхнюю конечность с переходом на грудную клетку и боковую поверхность живота (Рис.1).



Рис. 1. Больной А., 49 лет. Анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит правой боковой поверхности груди и живота с выраженной инфильтрацией тканей. Этап радикальной хирургической обработки ран. Ткани широко рассечены.

У пациента Б., 55 лет анаэробная инфекция из нижней конечности распространилась на мошонку,

ягодичную область, поясничную область по каналам и футлярам (Рис. 2).



Рис. 2. Этап радикальной хирургической обработки у пациента Б., 55 лет.

У пациента Г., 35 лет, анаэробная инфекция, исходящая из острого парапроктита, распространилась на

мошонку, переднюю брюшную стенку, а также по боковой поверхности живота по ходу каналов и футляров (Рис. 3).



Рис. 3. Этап радикальной хирургической обработки у пациента Г., 35 лет.

По данным Кованова В.В. (1985 г.) распространение гнойных затеков позади прямокишечного пространства возможно в забрюшинное клетчаточное пространство, боковые пристеночные клетчаточные пространства таза, висцеральные клетчаточные пространства таза (между стенкой кишки и ее фасцией) [4].

Пути распространения гнойных затеков из предпузырного пространства через бедренные и запиральные каналы бедра, в боковые пристеночные пространства таза, в около пузырную висцеральную клетчатку, в свободную брюшную полость, во влагалище прямой мышцы живота, в область пупка и под кожу [4]. У всех пациентов во время операции был взят бактериологический посев и чувствительности антибиотиков.

Флегмоны с участием неклостридиальных анаэробов в отличие от банальной микрофлоры характеризуется большой склонностью к распространению по анатомическим футлярам. Также они отличаются высокой скоростью распространения в связи с поражением преимущественно фасций, создающих анатомические футляры, в которых при сокращении мышц, создается повышенное давление. При этом гнойный экссудат проникает в сообщающиеся с ними полости. Тем более, что вязкость гноя при анаэробных

флегмонах всегда значительно меньше, чем при банальном воспалении [5].

В ходе исследования бактериологических мазков из раны был выявлен *Staphylococcus aureus* с обильным ростом, а также была выявлена чувствительность к антибиотикам.

Всем пациентам проводился комплекс корригирующих реанимационных мероприятий с назначением антибиотиков широкого спектра действия, введением солевых, электролитных, белковых растворов и проведением дезинтоксикационной терапии. А также переливание компонентов крови, кровезаменителей, средств, улучшающих деятельность сердечно-сосудистой системы и дыхания, проводилось парентеральное питание.

В послеоперационном периоде ежедневно два раза в день проводились перевязки, раны промывали антисептическими средствами фурацилином и перекисью водорода. Далее на рану накладывали повязки с перманганатом калия и левомеколем, сверху заливали гипохлорит натрия. Также дополнительно проводилось внутривенное введение 3% 200 мл гипохлорита натрия до 4-х дней.

Летальных исходов было 5 (29,4%). Тяжесть состояния умерших больных усугублялась: у 2-х (11%) пациентов был сахарный диабет, у одного (5,8%)

пациента был цирроз печени и асцит, у еще одного (5,8%) открылось желудочно-кишечное кровотечение. Данные сопутствующие патологии усугубили течение болезни.

Выводы:

1. Анаэробная неклостридиальная инфекция остается одной из наиболее грозных и жизнеопасных инфекций, которая приводит к молниеносному, обширному поражению мягких тканей с некрозом и развитием полиорганной недостаточности.

2. При обнаружении анаэробной неклостридиальной раневой инфекции необходимо экстренное хирургическое вмешательство с обработкой гнойного очага с определением содержимого из раны на бактериологический посев, с целью определения чувствительности к антибиотикам.

3. Учитывая характер и тяжесть патологии необходимо лечение более квалифицированными специалистами, в специализированных учреждениях.

Литература

1. Бархотова, Н.А. Сепсис в хирургии: Руководство по хирургии / Н.А. Бархотова, В.А. Привалов.- Москва, 2010. – С. 8-11.

2. Прохоренко, Г.А. Клинический опыт лечения анаэробной раневой инфекции / Г.А. Прохоренко, Э.Н. Хорошун, В.А. Семенюк // Таврический медикобиологический вестник. - 2011. - №4.- С. 154-157.

3. Оганесян, А.А. Сравнительная клинико-лабораторная характеристика факультативно-анаэробной и неклостридиальной анаэробной инфекции челюстно-лицевой области и шеи // Научные ведомости. Медицина. Фармация. – 2011. - №4. – С. 57-65.

4. Кованов, В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия / В.В. Кованов. – 2е изд. - М: Медицина, 1985. – 368 с.

5. Кузин, М.Н. Раны и раневая инфекция / М.Н. Кузин, Б.М. Костюченко.- М., 1990. – 397 с.

6. Колесов, А.П. Анаэробная инфекция в хирургии / А.П. Колесов, А.В. Столбовой, В.Н. Кочеровец. - Л.: Медицина, 1989. – 156 с.

7. Брехов, Е.Н. Анаэробная неклостридиальная флегмона / Е.Н. Брехов, А.М. Светухин, И.С. Багинская // Хирургия. Журнал им. Н.Н. Пирогова. – 2008. - №12. – С. 49-52.

8. Горюнов, С.В. Гнойная хирургия / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов. – М.:Атлас, 2004. – 133 с.

9. Анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей верхней конечности (клиническое наблюдение) / [К.С. Сыдыгалиев, А.К. Мамбетов, Т.У. Шералиев и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2016.-№4.- С 69-73.

10. Анаэробная неклостридиальная флегмона верхней конечности и правой боковой поверхности груди и живота (клиническое наблюдение) / [К.С. Сыдыгалиев, А.А. Сопуев, Ю.К. Уметалиев и др.] // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2017.-№3.- С. 213-219.

11. Pittet, D. Microbiological factors influencing the outcome of nosocomial bloodstream infections: a 6-year validated, population-based model / D. Pittet, N. Li, R.F. Woolson, R.P. Wenzel // Clin Infect Dis. -1997. – P. 1068–1078.

12. Rittirsch, D. Harmful molecular mechanisms in sepsis / D. Rittirsch, M.A. Flierl, P.A. Ward // Nat Rev Immunol.–2008. – P. 776–787.

13. Schouten, M Inflammation, endothelium, and coagulation in sepsis / M Schouten, W.J. Wiersinga // Leukoc Biol. –2008. – P. 536–545.

14. Russell, J.A. Management of sepsis / J.A. Russell // N Engl J Med. – 2006. –P. 1699–1713.

15. Cheng, B. Sepsis: pathogenesis, biomarkers, and treatment / B. Cheng, A.H. Hoefl // Biomed Res Int. – 2015. – P. 118-122.

ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕВРОЛЕГОЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ АЛЬВЕОКОККОЗА

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова

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

Резюме: цель – оценить результаты лечения плеврорлегочных осложнений после резекций печени по поводу альвеококкоза. Прооперировано 84 больных по поводу альвеококкоза печени: радикальные операции выполнены у 58 и паллиативные – у 26. В послеоперационном периоде плевриты выявлены у 23 (27,3%). Летальных исходов не было.

Ключевые слова: альвеококкоз, резекция печени, осложнения, плеврит, лечение.

АЛЬВЕОКОККОЗГО БАЙЛАНЫШТУУ БООР РЕЗЕКЦИЯЛАРЫНАН КИЙИН ӨПКӨ-ПЛЕВРА ЖАГЫНАН ӨТҮШҮП КЕТҮҮЛӨРДҮ ДАРЫЛОО

А.А. Абдиев, А.Э. Эркинбеков, М.С. Абдрасулова

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

Корутунду: максат – альвеококкозго байланыштуу боор резекцияларынан кийинки өпкө-плевра жагынан өтүшүп кетүүлөрдү дарылоонун жыйынтыгын аныктоо. Боор альвеококкозу боюнча 84 бейтап операция болду: 58 не радикалдуу операция жана 26 сына паллиативдүү. Операциялардан кийинки мезгилде 23 (27,3%) бейтапта плеврит катталды. Өлүм болгон жок.

Негизги сөздөр: альвеококкоз, боор кесүү, өтүшүп кетүү, плеврит, дарылоо.

TREATMENT OF PLEUROPULMONARY COMPLICATIONS AFTER LIVER RESECTIONS FOR ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS

A.A. Abdiev, A.E. Erkinbekov, M.S. Abdrasulova

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

Summary: goal- is to evaluate the results of treatment of pleuropulmonary complications after liver resection for alveolar echinococcosis. 84 patients were operated with alveolar echinococcosis of liver: radical operations were performed in 58 and palliative in 26. In the postoperative period, pleuritis was detected in 23 (27.3%). There was no mortality.

Key words: alveolar echinococcosis, liver resection, complications, pleuritis, treatment.

При альвеококкозе основным методом лечения является оперативный. При этом выполняются радикальные операции, когда удаляется весь очаг поражения, и паллиативные при котором остаются пораженные участки, в основном, в области ворот печени, удаление которых невозможно [1,2]. Оба эти типа операций весьма травматичны, операция всегда сопровождается травмированием диафрагмы, в результате чего в

воспалительный процесс в послеоперационном периоде вовлекается и плевральная полость проявлением скопления жидкости [3,5]. После операции на печени особое внимание должно быть уделено не только ультразвуковому контролю брюшной полости, но и плевральной. До появления УЗИ использовали рентгеноскопию или рентгенографию для выявления плевритов после операции и нередко

плевральные пункции выполнялись при скоплении большого количества жидкости, при появлении легочной недостаточности либо нагноения. С появлением аппаратов УЗИ появилась возможность для ежедневного контроля за состоянием брюшной и плевральной полости, своевременно выполнить плевральную пункцию и предотвратить развитие эмпиемы плевры, которая существенно влияет на исход заболевания. Результаты лечения альвеококкоза печени зависят от своевременного выявления осложнений и их лечения.

Цель работы: представить результаты диагностики и лечения легочных осложнений после резекции печени, выполненной по поводу альвеококкоза.

Материал и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 84 больных альвеококкозом печени, которым были выполнены радикальные операции (58 чел.) и условно-радикальные (26 чел.). Мужчин было 36 и женщин – 48, в возрасте от 19 до 62 лет, а давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 10 лет. Правая доля была поражена у 54, левая – у 30 больных. Плеврит осложнила течение послеоперационного периода у 23 (27,3%)

В обследовании поступивших помимо общеклинических методов исследования использовали динамическое УЗИ исследование, компьютерную томографию и определение функционального состояния печени и почек, а в диагностике легочных осложнений – УЗИ и рентгенография грудной клетки.

После предварительной предоперационной подготовки больные были оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Им были выполнены следующие типы операций: правосторонняя гемигепатэктомия – у 52,

левосторонняя – у 24, удаление трех сегментов печени – у 4, двух сегментов – у 3 и резекция одного сегмента – у 1 больной. В основном резекции печени выполняли центральным способом, а атипичные резекции печени выполняли по Т.Т. Тунгу [4] методом дигитоклазии. Необходимо отметить, что все операции были травматичны, сопровождались существенной кровопотерей, поэтому в момент операции и после нее стремились восполнить кровопотерю (переливание плазмы, эритроцитарной массы, кровозамещающих растворов и др.) и назначали противовоспалительную терапию (антибиотики). После операции состояние больных, как правило, было тяжелое, следили за гемодинамическими показателями и выполняли коррекцию нарушенных функций.

Особое внимание уделяли контролю за плевральной и брюшной полостью и чем тяжелее больной, тем чаще выполняли УЗИ. При появлении одышки, повышения температуры, повышения уровня количества лейкоцитов срочно выполняли УЗИ. При выявлении жидкости в плевральной полости выполняли плевральную пункцию под контролем УЗИ и после пункции обязательный контроль УЗИ для оценки полноты аспирации жидкости. Пункцию заканчивали введением ампициллина 1,0 на новокаине (0,5% - 10 мл) или цефазолина. С момента выявления выпота пересматривали противовоспалительную терапию, назначали не менее 2 антибиотиков, метронидазол по 100 мл 2 раза в сутки внутривенно, пересматривали объем инфузионной терапии.

Результаты и их обсуждение

Из 84 оперированных больных выпот в плевральной полости на 3-4 сутки обнаружен у 8 больных, на 5-6 сутки – еще у 11, а у 4 – на 9 сутки после операции.

Несмотря на тяжесть состояния мы ежедневно, иногда через день выполняли УЗИ и это оправдало себя, так как выпот в плевральной полости выявлялся в различные сроки, но в основном до 7 дней и лишь у 2 больных выпот обнаружен на 9 сутки. При выявлении жидкости в плевральной полости, независимо от ее количества, выполняли пункцию с аспирацией и после пункции вновь контроль УЗИ для оценки полноты удаления жидкости. Если состояние больного было тяжелое, пункцию выполняли в отделении реанимации, а если больные переведены в отделение, то в палате, но обязательно под контролем УЗИ. У шести больных оказалось достаточным двух пункций, после чего накопление жидкости прекратилось, еще у 5 больных пункция выполнена трижды, еще у 6 пункцию выполняли 4 раза.

У одной больной при УЗИ выявлено наличие жидкости в плевральной полости и в поддиафрагмальном пространстве справа. Произведена плевральная пункция, удалено 500 мл серозной жидкости, а затем под контролем УЗИ произведена пункция поддиафрагмального пространства и дренирование по Сельдингеру, удалено 700 мл серозно-геморрагической жидкости с примесью желчи. Поддиафрагмальное пространство обрабатывали озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл, и осуществлялась активная аспирация. Состояние больного улучшалось, нормализовалась температура, уменьшалось количество отделяемого, а на 9 сутки выделения прекратились и дренаж из поддиафрагмального пространства удален. Плевральная пункция выполнена была еще дважды, а затем жидкость накапливаться прекратилась. В

удовлетворительном состоянии выписана из стационара.

Несмотря на возникшие осложнения, своевременное выявление выпота в плевральной полости и поддиафрагмальном пространстве и его аспирация позволили добиться выздоровления.

Среднее пребывание больных альвеококкозом печени в стационаре без осложнений составило $9,3 \pm 0,91$ койко-дней, а с возникшими плевритами – $13,15 \pm 1,74$ койко-дней.

Таким образом, наши наблюдения показали, что после резекции печени, в связи с травматизацией диафрагмы во время операции, возникают часто плевриты, своевременная их диагностика и применение плевральных пункций позволяют предотвратить нагноение и добиться выздоровления.

Литература

1. Алиев, М.А. Опыт хирургического лечения альвеолярного эхинококкоза печени [Текст] / М.А. Алиев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – № 3. – С. 179-180.

2. Альперович, Б.И. Радикальные и условно-радикальные операции при альвеококкозе печени [Текст] / Б.И. Альперович // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. – № 1. – С. 24-29.

3. Блажитко, Е.М. Ближайшие результаты оперативных вмешательств при паразитарных поражениях печени [Текст] / Е.М. Блажитко, Г.Н. Толстых, С.Б. Добров // *Вестник хирургии*. – 1995. – № 4. – С. 106-107.

4. Тунг, Т.Т. Хирургия печени [Текст] / Т.Т. Тунг. – М.: Медицина, 1967. – 237 с.

5. Krafczen, W. *Echinococcus multilocularis: localization and sonographic morphology; in Arch. Int. Hidatidosis [Text]* / W. Krafczen, C. Henseler, R. Mason // *XVIII Int. Cong. of Hydatidology*. – 1997. – Vol. 32. – P. 188-190.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ И МЕРЫ ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ

А.Ж. Акешов, М.Н.Макеева

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

E-mail: akeshov82@mail.ru

Резюме: Цель исследования определить частоту послеоперационных осложнений в экстренной абдоминальной хирургии и представить эффективность мер их профилактики. Даны результаты в двух группах больных: первая – 93 оперированных у которых, меры профилактики включали антибиотики, их внутримышечное или внутривенное введение, осложнения составили 20,4%. Вторая группа 105 больных с применением мер профилактики: предоперационное введение антибиотиков, в момент операции – орошение брюшной полости и операционной раны озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл или 0,02% раствор декасан, сокращение срока применения ранорасширителей и использование инфракрасного лазерного излучения после операции на область операционной раны (5-6 сеансов). В этой группе осложнения после операции составили 9,7%.

Ключевые слова: острые заболевания брюшной полости, оперативное лечение, осложнение, профилактика, озонированный раствор, декасан.

АБДОМИНАЛДЫК ХИРУРГИЯДАГЫ ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ ООРЛОШУУЛАР ЖАНА АЛАРДЫ АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫ

А.Ж. Акешов, М.Н. Макеева

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

Корутунду: Изилдөөнүн максаты – шашылыш абдоминалдык хирургияда операциядан кийинки оорлошуулардын жыштыгын аныктоо жана алардын алдын алуу чараларын сунуштоо. Оорулуулардын эки тобундагы жыйынтыктар берилген: биринчи – операция болгон 93 киши, алар үчүн алдын алуу чарасы антибиотиктер болду, венанын ичине жана булчундун ичине киргизүү, оорлошуулар 20,4%ды түздү. Экинчи топ - 105 оорулуу колдонулган алдын алуу чаралары: операциянын алдында антибиотиктерди киргизүү, операция учурунда – ич көздөйүн жана операциянын жаракатын озондоштурулган натрий хлоридинин аралашмасы менен сугаруу, озондун концентрациясы 8-10 мкг/мл же 0,02% декасан аралашмасы, жара кеңейткичтерди колдонуу мөөнөтүн кыскартуу жана операциядан кийин операция жаракатына инфра кызыл лазер нурун колдонуу (5-6 сеанс). Бул топто операциядан кийинки оорлошуу 9,7%ды түздү.

Негизги сөздөр: ич көздөйүнүн курч оорулары, оперативдүү дарылоо, оорлошуу, алдын алуу, озондоштурулган аралашма, декасан.

POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN ABDOMINAL SURGERY AND MEASURES OF ITS PREVENTIONS

A. Zh. Akeshov, M.N. Makeeva

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

Resume: the Aim of the study was to determine the frequency of postoperative complications of emergency abdominal surgery and submit the effectiveness of measures to prevent them. There are results in two groups of patients: the first - 93 operated in which, preventive measures included antibiotics, their intramuscular or intravenous administration, complications were 20.4%. The Second group of 105 patients with the use of prophylaxis measures: the preoperative administration of antibiotics, the moment of operations- irrigation of the abdominal cavity and the surgical wound ozonized solution of sodium chloride with ozone concentration of 8-10 $\mu\text{gk/ml}$ or 0.02% solution of dekasane, reducing the time of application retractors and use of infrared laser radiation after surgery on the area of the wound (5-6 sessions). In this group, complications after operations were 9.7%.

Key words: acute abdominal diseases, operative treatment, complications, prevention, ozonated solution, dekasane.

Введение. При острых заболеваниях органов брюшной полости одной из нерешенных проблем остается осложнения, уровень которых, несмотря на ряд разработок, остается высоким и достигает 21–45%, особенно осложнение заболевания перитонитом, пациенты с сопутствующими заболеваниями и у лиц пожилого и старческого возраста [1,2]. В послеоперационном периоде осложнения возникают в области оперативного вмешательства – это прогрессирование воспалительного процесса, формирование в отдельных областях ограниченных гнойников и группа раневых осложнений – нагноение раны, формирование инфильтрата, гематомы, лигатурные свищи [3,4,5]. Возникновение этих осложнений существенно влияет на состояние больных, увеличивает сроки стационарного и амбулаторного лечения и материальные затраты и кроме того, в отдаленные сроки после операции снижают качество жизни [6,7,8]. Все это в целом требует разработок и внедрение

мер профилактики, чтобы снизить частоту осложнений [9,10,11].

Цель исследования – определить частоту осложнений в экстренной абдоминальной хирургии и представить эффективность мер профилактики

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 198 больных, оперированных по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости с 2015 по 2018 год включительно в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек. Из них 95 мужчин и 103 женщин, возраст оперированных колебался от 18 до 67 лет, но наибольшее число оперированных были в возрасте от 40 до 60 лет (108 из 198). В результате обследования сопутствующие заболевания выявлены у 44 контрольной группы (47,3%) и у 51 – основной (48,6%). В процессе накопления клинического материала нами была выделена группа больных, которым меры профилактики включали традиционные мероприятия, в основном применение антибиотиков внутримышечные или

внутривенные (93 больных) и они служили для нас контролем, и вторая группа – 105 больных, у которых мы применили разработанные меры профилактики – это основная группа. По основным параметрам обследования обе группы были равнозначны. В обследовании больных использовали: общий анализ крови с вычислением лейкоцитарного индекса интоксикации,

определением функционального состояния печени и почек (общий билирубин, тимоловая проба, трансаминазы, мочевины, креатинин), ультразвуковое исследование аппаратом LOGIQ C5 Premium в масштабах реального времени. Характер патологии дан в таблице 1.

Таблица 1 - Характер патологий в контрольной и основной группах

Патология	Котр. группа		Основн. группа		Всего	
	абс. чис	%	абс. чис	%	абс. чис	%
ЖКБ с острым холециститом	46	40,5	50	47,6	96	48,5
Острый аппендицит	32	34,4	37	35,2	69	34,8
Кишечная непроходимость	7	7,5	9	8,7	16	8,1
Ущемленные грыжи	8	8,6	9	8,6	17	8,6

Анализ патологий показал, что удельный вес заболеваний был равнозначным, небольшое колебание не носило достоверных различий. Все больные оперированы под эндотрахеальным наркозом, кроме пациентов с острым аппендицитом у которых операции выполнены под местной анестезией и реже под внутривенным.

Ознакомление с течением послеоперационного периода показало, что осложнения брюшной полости у больных контрольной группы были у 4 больных (4,3%) – это внутрибрюшное кровотечение, желчеистечение по одному наблюдению и у 2 – под печеночный абсцесс. Раневые у 15 (16,1%) – из них нагноение раны у 5, инфильтрат у 3, серома у 4, а у 3 послеоперационный период осложнился плевритом. Это явилось основанием для разработки и внедрения мер их профилактики.

Результаты и их обсуждение

Учитывая частоту осложнений в контрольной группе, мы в основной группе использовали ряд мер профилактики, на всех этапах лечения. Так, больных с сопутствующими заболеваниями (гипертоническая болезнь, КБС, хронические часто рецидивирующие бронхо-легочные заболевания) при поступлении выполняли коррекцию нарушений, вызванных сопутствующей патологией и только после предварительной предоперационной подготовки брали на операцию. До операции всем больным основной группы выполнили периоперационную антибиотикотерапию (за 20-30 мин до операции и к концу ее вводили внутривенно 1,0 цефазалин или цефтриаксон). Момент операции и первые сутки являются наиболее уязвимым периодом для инфицирования, а введение антибиотиков снижает риск возникновения воспалительных осложнений.

В процессе работы обратили внимание и на значимость доступа и поэтому при остром холецистите в большинстве случаев использовали минилапаротомный доступ, а в тех случаях, когда возникала необходимость в широкой лапаротомии, то тоже стремились по возможности выполнить менее широкий доступ. Для выбора доступа перед операцией выполняли УЗИ и в зависимости от выявленных изменений избирали место и размер доступа.

Учитывая важность длительности применения ранорасширителей, при продолжительных операциях через каждые 15-20 мин снижали их давление на ткани, чем уменьшали сдавление и нарушение кровоснабжения, что имело немаловажное значение в профилактике раневых осложнений.

Как установлено, что в момент операции, особенно при продолжительных и при операциях выполненных по поводу острых воспалительных заболеваний, происходит обсеменение раны, что в последующем приводит к раневым осложнениям. Для снижения обсемененности Валенко А.В. [2] использовал орошение раны пульсирующей струей физиологического раствора хлорида натрия и отметил снижение раневых осложнений в два раза. В своей работе мы к концу операции орошали рану озонированным физиологическим раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл и убедились в целесообразности этого метода. Но предварительно у 22 больных после холецистэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозного холецистита делали посев с раневой поверхности к концу операции, а затем рану обильно орошали озонированным раствором и после осушения делали

повторно посев и при этом отметили, что до орошения раны контаминация была высокая КОЕ 10^7 и 10^8 , в то время как после обработки озонированным раствором КОЕ не превышало 10^4 , 10^3 . Также мы выполнили исследование у 12 больных, у которых рану орошали 0,02% раствором декасана и убедились в его значимости в профилактике раневых осложнений.

Учитывая то обстоятельство, что в возникновении осложнений играет роль состояние иммунологической реактивности, мы больным основной группы после операции выполняли внутривенное введение озонированного раствора с концентрацией озона 3-4 мкг/мл в количестве 400 мл ежедневно. Озон обладает не только бактерицидным, но и иммунокорректирующим действием. Для оценки использованных нами мер профилактики мы сопоставили результаты контрольной и основной группы (табл. 2).

Анализ характера осложнений показал, что у больных в контрольной группе имели место осложнения в области хирургического вмешательства (кровотечение, желчеистечение и формирование абсцессов) и в основном преобладали раневые осложнения, в то время как в основной группе отмечали раневые (у единичных больных). Плевриты в контрольной группе осложнили течение послеоперационного периода у 3, а в основной у двух оперированных.

В послеоперационном периоде в основном возникали раневые осложнения. Так, нагноение раны в контрольной группе возникли у 5 пациентов (5,4%), а в основной лишь у одного (0,9%).

Таблица 2 - Результаты оперативного лечения больных контрольной и основной групп

Заболевания		Группы	Характер Осложнений									
			Кровотечение	Желчеистечение	Абсцесс подпечен.	Межпепл. абсцесс	Плеврит	Нагноение раны	Инфильтрат	Серома	Всего осложнений	
Холецистэктомия	n-46	1	1	1	2	---	1	1	1	1	8	
	n-50	2	---	1	---	---	1	---	---	1	3	
Аппендэктомия	n-32	1	---	---	---	1	---	2	1	1	5	
	n-37	2	---	---	---	---	1	---	2	---	3	
Кишечная непроходимость	Рассечение спаек	n-5	1	---	---	---	---	---	1	1	1	3
		n-7	2	---	---	---	---	---	1	1	---	2
	Резекция петли кишечника	n-2	1	---	---	---	1	---	1	---	---	2
		n-2	2	---	---	---	---	---	---	1	---	1
Ущемление грыжи	аутопластик а	n-2	1	---	---	---	---	1	---	---	---	1
		n-6	2	---	---	---	---	---	---	1	---	1
	применение мед.сетки	n-6	1	---	---	---	---	---	---	---	1	1
		n-3	2	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Всего осложнений в контрольной группе возникло у 19 (20,4%) а в основной у 10 (9,7%).

Таким образом, результаты наших исследований показали, что использование мер профилактики, позволили снизить частоту осложнений в два раза, что должно найти применение в практике.

Выводы:

1. Орошение операционной раны, брюшной полости при выполнении экстренных операций, озонированным раствором или раствором декасана существенно снижает обсеменение раны.

2. Применение мер профилактики на всех этапах лечения больных в экстренной абдоминальной хирургии позволило снизить частоту осложнений с 20,4% до 9,7%.

Литература

1. Акимкин, В.Г. Профилактика внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях министерства РФ /В.Г. Акимкин, Ф. В. Музыченко // Военно-медицинская хирургия. – 2017. - №9. – С. 51-56.
2. Валенко, А.В. Профилактика послеоперационных осложнений ран / А.В. Валенко //Хирургия. – 2008. - №9. - С. 65-68.
3. Буянов, В.М. Интраоперационная профилактика нагноений послеоперационных ран / В.М. Буянов, С.С. Маскин // Хирургия. – 1990. - №9. – С. 132-135.
4. Brady, R.R. Bacterial contamination of hospital bed – control hands in a surgical setting: a potential marker of contamination of the healthcare environment / R.R. Brady, A. Kalima, N.N. Dancani // Ann. R. Coll Surg. Engl. – 2007. –vol.89, №9. – P. 656-660.
5. Гостищев, В.К. Инфекции в хирургии/ В.К. Гостищев. -М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 768 с.

6. Патогенетическое обоснование комплекса лечебных мероприятий по коррекции эндотоксикоза и нарушений функции иммунной системы при остром панкреатите / [А.Н. Афанасьев, А.В. Кирилин, О.Х. Пулатов и др.]// Хирург. – 2008. - №2. – С. 11-18.

7. Бачев, И.И. Профилактика нагноений лапаротомных ран / И.И. Бачев // Вестник хирургии. – 1998. - №3. – С. 136-138.

8. Беденков, А.В. Фармако-эпидемиологическая и фармакоэкономическая оценка периоперационной антибиотико-профилактики в абдоминальной хирургии: автореф.дисс. канд. мед. наук. - М., 2005. – 21 с.

9. Гельфанд, Б.Р. Антибактериальная терапия абдоминальных хирургических инфекций / Б.Р. Гельфанд, С.З. Буркевич, Е.Б. Гельфанд // Фарматека. – 2003. - №1. – С. 68-73.

10. Давыдов, Ю.А. Вакуум – терапия ран и раневой процесс / Ю.А. Давыдов, А.Б. Ларичев. - М.: Медицина, 1999. – 160 с.

11. Berkol, A.E. Prognostic factors for postoperative morbidity and tumor response after moadjuventchemoradiation followed by resection for rectal cancer / A.E. Berkel, D.P. Wontersen, J. van der Palen // Gastrointest Surg. – 2014. – vol. 18, №9. – P. 1648-1657.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.Ж. Жолдошбеков, А.Ж. Кенжаев

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

Резюме: на сегодняшний день остается актуальным вопросы диагностики, лечения узловых образований щитовидной железы. Под наблюдением находилась 80 пациентов с различными узловыми образованиями, которым проведено оперативные методы лечения. Наиболее информативным и необходимым в диагностике и дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы является УЗИ и тонкоигольная аспирационная биопсия. Эффективность последнего снижается при многоузловых поражениях.

Ключевые слова: узловой зоб, диагностика, операция, лечение.

КАЛКАН БЕЗИНИН ТҮЙҮН ТҮЗҮЛҮШТӨРҮН ДИАГНОЗ КОЮУНУН ЖАНА ДАРЫЛООНУН АКТУАЛДУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

Е.Ж. Жолдошбеков, А.Ж. Кенжаев

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

Корутунду: калкан бездеринин түйүндүк түзүлүштөрдү диагноз коюу, дарылоо боюнча актуалдуу бойдон калууда. Калкан безин ар кандай түйүн оорусу бойунча 80 бетапка оперативдик дарылоо ыкмасы колдонулду УДИ жана тоноигольная аспирационная биопсия калкан бездин түйүндүк түзүлүштөрүн аныктоо жана туура диагноз коюуда эц маалыматту ыкма деп эсептелинет. Акыркысынын пайдасы калкан безин коптук туйундордо азайат

Негизги сөздөр: түйүн, диагностика, операция, дарылоо.

TOPICAL ISSUES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF THYROID NODULES

E.Zh. Zholdoshbekov, A.J. Kenzhaev

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

Summary: today, the issues of diagnosis, treatment of thyroid nodules remain topical. The study included 80 patients with various nodules who underwent operative treatment methods. The most informative and necessary in the diagnosis and differential diagnosis of thyroid nodules is ultrasound and fine needle aspiration biopsy. The effectiveness of the latter is reduced in case of multinodular lesions.

Key words: nodular goiter, diagnosis, surgery, treatment.

Ведение. В области хирургии остается актуальным вопросы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы т.к. среди эндокринных патологий занимает одно из лидирующих мест. Согласно данным литературы, существенный рост узловых поражений щитовидной железы наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста. К 50-60 годам более чем у половины, а к 90 годам жизни практически 85% лиц выявляются узловые образования. Следует отметить, что увеличение числа больных с узловыми образованиями щитовидной железы связано не только истинным ростом их количество, но и широким внедрением в методах обследования ультразвукового исследования [1,2,3].

Согласно сообщениям Ванушко В.Э. и Фадеева В.В. (2012), узловой зоб – это собирательное клиническое понятие, объединяющее различные по морфологическому строению узловые образования щитовидной железы: узловой коллоидный в различной степени пролиферирующий зоб; фолликулярная аденома; злокачественные опухоли [4]. Многоузловой зоб может быть представлен различными заболеваниями щитовидной железы (один узел рак железы, другой коллоидный зоб). Наиболее часто выявляется коллоидный зоб (85-90%), аденома составляет 5,8% и злокачественные опухоли 1-5%.

В диагностике узлового зоба используют пальпацию, ультразвуковое исследование (УЗИ) и тонкоигольную аспирационную пункционную биопсию. Более ценным исследованием является УЗИ, при котором можно определить размер, объем щитовидной железы и состояние регионарных лимфатических узлов [5].

Лечение узлового зоба в основном хирургическое, объем которого определяется размерами узла, расположением и состоянием ткани окружающего узел. Недостатком оперативного метода является частота осложнений до 8-15% в ближайшем послеоперационном периоде (гематома, серома, нагноение раны), рецидив в отдаленном послеоперационном периоде и недостаточность функции щитовидной железы [6,7].

Цель работы: определить эффективность методов диагностики узловых образований щитовидной железы.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилась 80 пациентов, которые были обследованы и получили хирургическое лечение по поводу узловых образований щитовидной железы в хирургических отделениях Городской клинической больницы №1 на период с 2013 по 2016 год.

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего больных		Распределение по годам и полу					
	Абс	%	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	Старше 60
Жен	73	91,3	4	11	19	23	12	4
Муж	7	8,7	0	1	2	3	-	1
Итого	80	100	4	12	21	26	12	5
%%		100	5,0	15,0	26,3	32,5	15,0	6,2

Из 80 пациентов преобладали женщины, их удельный вес составил 91,3%, а мужчин было всего 7 (8,7%),

самому молодому было 16 лет и самому старшему 78. При распределении больных по возрасту выяснено, что

наибольшую группу составили пациенты от 31 до 50 лет (соответственно 25,3% и 32,5%) однако и лица старше 60 лет составили 6,2%, а среди поступивших до 20 лет были только женщины (табл. 1).

Наряду со сбором анамнестических данных и жалоб проводили осмотр щитовидной железы, пальпацию, УЗИ, тонкоигольную аспирационную биопсию, биохимические анализы крови и исследование функционального состояния щитовидной железы (гормоны Т4, Т3, ТТГ, АТ-ТПО, АТ-ТГ).

Результаты и обсуждения. Мы обратили внимание на сроки заболевания, хотя они носят условный характер, так как больные отмечали сроки уже при проявлении целого ряда клинических признаков заболевания. Необходимо отметить, что основными жалобами больных являлись увеличение железы, головная боль, затруднение и дискомфорт при глотании, слабость, быстрая утомляемость (табл. 2).

Таблица 2 - Распределение больных по срокам заболевания

Сроки заболевания	Всего больных	
	абс. число	%%
до 6 месяцев	14	17,5
от 6 до 12 месяцев	6	7,5
от 1 до 3 лет	30	37,5
от 3 до 5	7	8,7
более 5 лет	23	28,8
Итого	80	100,0

Установлено, что большинство больных поступали с давностью от одного года до 3-х лет (37,5%), на втором месте были больные с давностью более 5 лет (28,8%), а также значительную группу составили поступившие с указанием срока заболевания до 6 месяцев (17,5%).

У 6 (7,5%) больных обнаружено сопутствующие заболевания. Из них 3 (3,8%) страдали сахарным диабетом, 2 (2,5%) гипертонической болезнью и 1 (1,2%) дисциркуляторной энцефалопатией.

При осмотре и пальпации щитовидной железы у больных первая степень увеличения обнаружена у 30, вторая степень у 50, а третья и четвертая степени выявлена. При определении степени увеличения нами использована классификация О.В. Николаева (1955).

При оценке локализация узлового зоба у 18 (22,5%) узлы располагались в правой доле, у 19 (23,8%) в левой, а у 43 узлы обнаружены в обеих долях (53,7%). Следовательно, преобладало поражение обеих долей щитовидной железы, а правые и левые доли практически были поражены одинаково (табл. 3).

Таблица 3 - Распределение больных по локализации узла

Доли щитовидной железы	Количество больных	
	Абс. число	%%
Правая доля	18	22,5%
Левая доля	19	23,8%
Обе доли	43	53,7%

На основании УЗИ щитовидной железы один узел был выявлен у 30 пациентов (37,5%); 2 узла у 31 (38,7%); 3 узла у 10 (12,5%) и более узлов обнаружено у 9 обследованных (11,3%).

Практически все узлы были диаметром более одного сантиметра. Таким образом, по результатам УЗИ узлы чаще выявлялись одиночные и парные узлы (табл. 4).

Таблица 4 - Распределение больных по количеству узлов

Количество узлов щитовидной железы	Количество больных	
	Абс. число	%%
1 узел	30	37,5%
2 узел	31	38,7%
3 узел	10	12,5%
Более 3-х узлов	9	11,3%

Для выяснения функционального состояния щитовидной железы были исследованы гормоны щитовидной железы Т₄, Т₃, ТТГ, АТ-ТПО, АТ-ТГ (табл. 5)

повышения уровня тироксина и также повышение уровня тиреотропного гормона, в то же время уровень гормона Т₃, уровень антител к ТПО и ТГ оставалась в пределах нормы.

При исследовании гормонов щитовидной железы наблюдалась

Таблица 5 - Показатели уровня гормонов щитовидной железы у больных узловым зобом

Гормоны	Количественный показатель М±m
Т ₄	38,5±2,1
Т ₃	2,1±0,13
ТТГ	32,1±0,47
АТ-ТПО	16,2±5,02
АТ-ТГ	7,7±2,60

Тонкоигольная пункционно-аспирационная биопсия выполнена у 39 больных. Затруднение в выполнении аспирационной биопсии вызывали узлы, которые расположены в глубине и плохо поддавались пальпации, а также когда имелось два и более узлов. После обследований все 80 больных были оперированы.

фолликулярная аденома на фоне коллоидного зоба (14 больных, 17,5%), далее идет смешанный зоб (7 больных, 9,0%) и т.д. (табл. 6).

Анализ гистологического исследования показал, что у большинства оперированных имело место фолликулярная аденома (21 больных, 26,2%), реже коллоидный зоб (19 больных, 23,7%), еще реже

нами было сопоставлены данные результатов гормональных исследований, аспирационной биопсии с данными послеоперационной гистологических исследований, при этом выяснено, что данные тонкоигольной аспирационной биопсии имеет ценность только при одиночных узлах, а данные гормональных исследований дают возможность исключить аутоиммунное происхождение узлового зоба.

Таблица 6 - Результаты гистологического исследования

Результаты гистологического исследования	абс. число	% %
фолликулярная аденома	21	26,2
коллоидный зоб	19	23,7
фолликулярный коллоидный зоб	2	2,5
коллоидный зоб тиреоидином	4	5,0
фолликулярная аденома на фоне коллоидного зоба	14	17,5
фолликулярный зоб с элементами токсического зоба	6	7,5
смешанный зоб	7	9,0
диффузный макро-микро фолликулярный зоб	1	1,2
аденоматозный зоб с очаговым тиреоидином	1	1,2
узловой зоб кистообразованием	2	2,5
коллоидный зоб образованием кисты	2	2,5
зоб Хашимото	1	1,2
Всего	80	100,0

Выводы:

1. С узловой формой зоба чаще поступали женщины в возрасте от 31 до 50 лет и с давностью заболевания от 1 года до 3 лет. Чаще встречались более двух узлов и они локализовались в обеих долях.

2. В диагностике узлового зоба необходимо использовать клинические, лабораторные, пункционные и инструментальные методы, которые позволяют установить характер заболевания щитовидной железы.

3. Тонкоигольная аспирационная биопсия эффективна при одиночных узлах, которая позволяет установить точный диагноз, а при двух и более узлах ее информативность снижается.

Литература

1. Романчишен, А.Ф. Результаты хирургического лечения узловых заболеваний щитовидной железы у больных старческого возраста / А.Ф. Романчишен, А.С. Кузьмичев, А.А. Богатиков // Вестник хирургии. -2008. – том 167, №3.- С. 63-66.

2. Rolla, A.R. *Thiroid nodules in the elderly// Clin in Geriatric Med.-1995.-Vol. 11, №2.- P.259-269.*

3. *A consensus report on the role of serum thyroglobulin as monitorig method for patients with papillary thyroid carcinoma/ [E.L. Mazzaferri et al.]// J. Clin. Endocrinol.Metab. - 2003.-Vol.88.-P. 1433-1441.*

4. Ванушко, В.Э. Узловой зоб (клиническая лекция) / В.Э. Ванушко, В.В. Фадеев// Эндокринная хирургия. -2012. -№4. -С 12-16.

5. *Возможности метода внутритканевой деструкции при узловом токсическом зобе у пациентов старшей возрастной группы / [И.В. Слетцов, Н.И. Тимофеева, Р.А. Черников, и др.]// Бюллетень ВСНЦ СО РАМН.- 2007.- №4 (56). Прил. – С. 162.*

6. *Нончев Боян. Тиреоидная дисфункция и субтотальная резекция на щитовидной железе при Базедовой болезни – факторы риска // Эндокринология.-2005.- Т. 10, №1.-С. 13-19.*

7. *Кыжыров, Ж.Н. Хирургическое лечение рецидивного зоба/ Ж.Н. Кыжыров, Н.Б. Абдуалиев, К.К. Курдекбаев //Хирургия Кыргызстана. - 2010.- №4.- С. 11-15.*

РЕЗУЛЬТАТЫ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Ж.Ж. Толоров, У.С. Мусаев, Ж.Т. Конурбаева, К.К. Кенжекулов

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: цель – оценить меры профилактики осложнений у больных ЖКБ, осложненной механической желтухой. Оперировано 76 больных с механической желтухой на почве желчнокаменной болезни, для профилактики осложнений у 8 использована до операции чрескожная холангиостомия, у 4 – эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Наружное дренирование выполнено у 47 и у 29 внутреннее. В послеоперационном периоде выполняли региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени, осложнения возникли у 6 (7,9%), умер 1 (1,3%).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, механическая желтуха, оперативное лечение, меры профилактики, осложнения, летальность.

САРЫКТЫН МЕХАНИКАЛЫК (ТОСКОЛДУКТАГЫ) ТУРУ МЕНЕН ОРУУГАН БЕЙТАПТАРДЫН КАБЫЛДООСУН АЛДЫН АЛУУ ЧАРАЛАРЫНЫН КОЛДОНУСУНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

Ж.Ж. Толоров, У.С. Мусаев, Ж.Т. Конурбаева, К.К. Кенжекулов

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

Корутунду: максаты – Өттүн таш оорусу менен ооруган бейтаптардын механикалык сарыка кабылдоосун алдын алуу чараларын баало. Өттүн таш оорусунун негизинде механикалык сарык менен 76 бейтапга операция жасалды, кабылдоонун алдын алуу үчүн операцияга чейин 8 бейтапга тери аркылуу холангиостомия, 4 бейтапга папилосфинтеротомия колдонулду.

47 бейтапга сыртга түтүкдөө жана 29 бейтапга сыртга ичинен түтүкдөө колдонулду. Операциядан кийинки мезгилде боорду жумуру байламтасы аркылуу аймактык (регионалдык) лимфостимуляция аткарылды, алардын ичинен 6 бейтапга (7,9%) кабылдоо пайда болду жана 1 бейтап (1,3%) каза болду.

Негизги сөздөр: өттүн таш оорусу, механикалык саргайуу, операция жолу менен дарылоо, алдын алуу чаралары, өтүшүп кетүү, өлүмү.

RESULTS OF APPLICATIONS OF PROPHYLACTIC MEASURES FOR COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH MECHANICAL JAUNDICE

J.J. Tolorov, U.S. Musaev, Zh.T. Konurbaeva, K.K. Kenjekulov

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
department of facultative surgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: aim – to assess prophylactic measures for complications in patients with gallstone disease. Operated 76 patients with mechanical jaundice on the basis of gallstone disease. For the prophylaxis of complications in 8 patients used percutaneous cholangiostoma,

in 4 – endoscopic papillosphincterotomy. External drainage performed in 47 and in 29 performed internal drainage. At postoperation period performed regional lymphostimulation by ligamentum teres of the liver. Complications were in 6 (7.9%), mortality 1 (1.3%).

Key words: gallstone disease, mechanical jaundice, surgical therapy, prophylactic measures, complications, mortality.

Введение

Одним из наиболее тяжелых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является механическая желтуха, которая существенно влияет на течение заболевания [1,2]. Эта группа больных нуждается в индивидуальном подходе, как в выборе предоперационной подготовки, так и в методе оперативного лечения. Ряд исследователей [3,4,5] рекомендуют выполнять подготовку для разгрузки желчных путей (холангиостомия, папиллосфинктеротомия), а вторым этапом выполнять основную операцию и после операции осуществлять детоксикационную терапию.

Выполнение инфузионной терапии до операции малоэффективно из-за непроходимости холедоха и улучшение в состоянии больных наблюдается кратковременное, поэтому все исследователи указывают, что инфузионная терапия перед операцией не должна быть продолжительной, необходимо восстановить проходимость желчных протоков, а затем выполнять массивную детоксикационную терапию [5,6].

Несмотря на большое количество исследований, посвященных лечению больных с механической желтухой различного генеза, частота осложнений колеблется в пределах 32-61% и летальность остается на высоком уровне [5,6], что является основанием для поиска мер профилактики, которые позволили бы улучшить результаты лечения.

Цель работы: оценить меры профилактики у больных ЖКБ, осложненной механической желтухой.

Материал и методики исследования.

Наблюдали 76 больных с ЖКБ, осложненной механической желтухой. Женщин – 46, мужчин – 30, в возрасте от 28 до 76 лет. Сроки желтухи колебались от 3 до 12 дней. Из числа поступивших, механическая желтуха при остром холецистите была у 22, при хроническом – у 54, у всех она была обусловлена холецистохоледохолитиазом, из них 40 больных были ранее оперированы по поводу калькулезного холецистита, после операции у них периодически появлялись приступообразные боли, а после последнего приступа возникла желтуха, которая не исчезала после спазмолитических средств, и они были направлены в клинику.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов применялись УЗИ, по показаниям КТ и МРТ (8 больных), чрескожная чреспеченочная холангиография, проводилось определение печеночных и почечных тестов по общепринятой методике. Результаты обработаны путем вычисления относительных величин (%).

В момент операции после удаления конкрементов использовали зондирование холедоха, холедохоскопию, трансиллюминацию, УЗИ и по показаниям интраоперационную холангиографию.

В послеоперационном периоде выполняли многократно УЗИ для своевременного выявления осложнений, а при длительно незаживающих желчных свищах или длительном выделении большого количества желчи через дренаж – холангиографию.

Используя комплекс этих методов диагностики, удавалось определить характер заболевания и наметить объем предстоящей операции.

Результаты и их обсуждение

В результате выполненных исследований установлено, что желтуха обусловлена непроходимостью холедоха – холедохолитиазом, что требовало восстановления его проходимости. Уровень билирубина колебался от 85 до 356 мкмоль/л и отмечено повышение уровня трансаминаз.

Большое значение мы придавали предоперационной подготовке. У 8 больных с высоким уровнем билирубина (выше 250 мкмоль/л) выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия, дренаж дренировали 7-8 дней, через дренаж выделялась желчь, улучшалось общее состояние, уменьшалась желтуха, затем больные оперированы.

Еще у 4х больных выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, конкременты из холедоха были успешно удалены, желтуха уменьшилась, быстро снизился уровень билирубина, и пациенты в плановом порядке были оперированы.

Остальные больные (64 чел.) получали перед операцией инфузионную терапию, но не более 2-3 дней.

В оперативном лечении применяли холецистэктомию и дренирование холедоха, а при осложнениях после холецистэктомии (резидуальный и рецидивный холедохолитиаз) – холедохолитотомию и наружное или внутреннее дренирование. Наружное дренирование произведено у 47 пациентов, из них по методике А.В. Вишневого у 28, по Керу – у 19. Внутреннее дренирование выполнено у 29 больных (холедоходуоденоанастомоз у 13 и холедохоеюноанастомоз у 16 чел.).

Особое внимание было обращено на меры профилактики осложнений. До операции при выполнении УЗИ решали вопрос о выборе доступа и чаще использовали минилапаротомию, как менее травматичную, по ходу операции выполняли тщательный гемостаз, так как скопление геморрагической жидкости приводит в дальнейшем к нагноению. Тщательно ушивали ложе желчного пузыря и подводили страховой дренаж. При высоком уровне билирубина и трансаминаз осуществляли реканализацию пупочной вены и через нее вводили антибиотики, гепатотропные препараты, комплекс витаминов, глюкозу с инсулином. Это предотвращало прогрессирование печеночной недостаточности, быстро исчезали явления эндотоксикоза. После удаления катетера из пупочной вены, инфузионную терапию продолжали через периферические вены.

Также использовали региональную лимфостимуляцию через круглую связку печени. В момент операции в круглую связку печени фиксировали микроиригатор и через него 2 раза в сутки вводили антибиотик (цефазолин 1,0 или ампицин 1,0), гепарин 70 ед на кг веса больного, лидазу 8-12 ед., тактивин 1 мл и 0,5% раствор новокаина 15-20 мл. Региональную лимфостимуляцию выполняли 5-6 суток.

В послеоперационном периоде из 47 больных с наружным дренированием осложнения отмечены у 3. У одного имело место выпадение дренажа, потребовавшее повторной операции, у одного отмечено прогрессирование печеночной недостаточности, которое явилось причиной смерти, и еще у одной больной выявлен плеврит, который излечен плевральными пункциями. Дренажи из холедоха удаляли после контрольной холангиографии, обычно на

7-8 сутки и значительно реже на 9-10 сутки (5 больных).

Из 29 больных, которым выполнено внутреннее дренирование, осложнения обнаружены также у 3 больных: у одной больной послеоперационный период осложнился частичной несостоятельностью анастомоза, повторная операция не потребовалась, дренажи обеспечивали адекватное дренирование, еще у одной больной отмечена пневмония и у одного нагноение операционной раны.

Среднее пребывание в стационаре пациентов с наружным дренированием составило $14,2 \pm 1,91$ койко-дней и при внутреннем $12,1 \pm 1,7$ койко-дней.

Послеоперационные осложнения при механической желтухе составили 7,9% (6 больных) и летальность 1,3% (1 больной).

Таким образом, наши исследования показали, что улучшение результатов лечения больных с механической желтухой можно добиться при индивидуальном подходе к проведению предоперационной подготовки, выполнением малотравматичного доступа и мер профилактики в момент операции и в послеоперационном периоде.

Литература

1. Ардаинов, Т.Б. Особенности хирургического лечения сложных форм холедохолитиаза [Текст] / Т.Б. Ардаинов, С.А. Будзинский, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2013.- Том 18, №1.- С. 23-26.
2. Борисов, А.Г. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска [Текст] / А.Г. Борисов, В.П. Земляной, В.В. Моячин // *Анналы хирургической гепатологии.* - 2012.- №1.- С. 88-90.
3. Гариков, Р.М. Сравнительная оценка результатов использования различных методов хирургического лечения рецидивного и резидуального холедохолитиаза [Текст] / Р.М. Гариков, Р.Д. Нажитов // *Хирургия.* - 2007.- №3.- С. 138-144.
4. Ермаков, Т.А. Мининвазивные методики лечения желчнокаменной болезни, осложненной нарушением проходимости желчных путей [Текст] / Т.А. Ермаков // *Хирургия.* - 2003.- №6.- С. 68-71.
5. Жумадылов, К.С. Билиодигестивные анастомозы в лечении больных желчнокаменной болезнью и ее осложнений и качества жизни после их выполнения [Текст] / К.С. Жумадылов: Автореф. дисс. канд. мед. наук.- Бишкек, 2013.- 21 с.
6. Schafez, M. Cholelithiasis – laparoscopy or Laparotomy? [Текст] / M. Schafez // *J. Umsch.* - 1998.- Vol. 55, #6.- P. 110-115.

**СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА
БОЛЬШЕБЕРЦОВОЙ КОСТИ**

З.М. Бекиев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра травматологии, ортопедии и экстренной хирургии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлен анализ опыта лечения 50 пациентов с внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости с применением различных методов остеосинтеза. Проведенный анализ показал оптимальный вариант остеосинтеза внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости с применением встречно-компрессирующих винтов на наkostной пластине.

Ключевые слова: внутрисуставный перелом, проксимальный отдел, большеберцовая кость, остеосинтез, встречно-компрессирующий винт, наkostная пластина.

**ЧОЦ БАЛТЫР СӨӨГҮНҮН ПРОКСИМАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН
МУУН АРАЛЫК СЫНУУСУН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ**

З.М. Бекиев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
травматология, ортопедия жана ТЖХ кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада остеосинтездин түрдүү методдорун колдонуу менен балтыр сөөгүнүн проксималдык бөлүгүнүн муундар аралык сынышы менен жабыркаган 50 пациентти дарылоо тажырыйбасын талдоо натыйжалары берилген. Жасалган талдоо, балтыр сөөгүнүн проксималдык бөлүгүнүн муундар аралык сыныктарын сөөк пластинадагы кезигүүчү компрессордук бураманы колдонуу менен остеосинтездөөнүн оптималдуу вариант экендигин көрсөттү.

Негизги сөздөр: муун аралык сынык, проксималдык бөлүк, чоц балтыр сөөк, остеосинтез, кезигүүчү компрессордук бурама, сөөк пластина.

**THE METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF INTRAARTICULAR
FRACTURE OF THE PROXIMAL TIBIA**

Z.M. Bekiev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
department of Traumatology, Orthopedics and emergency surgery
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The paper presents an analysis of the experience of treating 50 patients with intraarticular fractures of the proximal tibial bone using various methods of osteosynthesis. The analysis showed the best option for osteosynthesis of intraarticular fractures of the proximal tibia using counter-compression screws on the external plate.

Keywords: intra-articular fracture, proximal section, tibia bone, osteosynthesis, back-compression screw, bone plate.

Актуальность. Лечение любых внутрисуставных переломов является одной из сложных проблем современной травматологии [1, 2]. Коленный сустав является наиболее часто травмируемым суставом. На его долю приходится до 50% повреждений всех суставов [3] и до 24% среди травм нижних конечностей [4]. Внутрисуставные переломы проксимального отдела большеберцовой кости относятся к числу тяжелых травм опорно-двигательного аппарата. Вопросам диагностики и лечения таких переломов посвящено значительное число отечественных и зарубежных работ. Переломы костей голени встречаются у 25,1-31,2% среди всех пострадавших с переломами костей опорно-двигательного аппарата [5], а по данным различных авторов, среди них переломы проксимального отдела большеберцовой кости составляют 6-12,2% из всех переломов костей голени [5]. Из них внутрисуставные переломы проксимального отдела большеберцовой кости составляют 1,3-3,8% из всех переломов костей голени [5]. Внутрисуставные переломы проксимального отдела большеберцовой кости составляют от 1,5 до 2,5% всех переломов костей скелета [6], 6,8-7,8% от всех около- и внутрисуставных переломов [7] и от 3,9 до 8% всех повреждений нижних конечностей [8,9].

Раннее развитие посттравматического деформирующего артроза коленного сустава у 60-80%, возникновение стойких контрактур у 29-50% и деформации коленного сустава у 12-20% больных с переломами мыщелков большеберцовой кости побуждают хирургов внедрять современные высоко информативные методы оценки характера повреждений мыщелков и внутрисуставных мягкотканых структур коленного сустава, а также новые подходы к репозиции и фиксации отломков костей с

применением современных методик внутреннего стабильно-функционального остеосинтеза [10,11].

В настоящее время используются несколько методов лечения внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости, однако каждый из них, при определенных достоинствах, имеет и существенный недостатки [12]. Консервативные методы лечения не всегда способны достичь точной репозиции костных отломков и не могут обеспечить раннюю активизацию больного. При иммобилизации поврежденных и смежных суставов нередко наступают вторичные смещения и удлиняются сроки реабилитации сустава [13,14,15].

Цель исследования. Повышение эффективности хирургического лечения с закрытыми внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой на основе разработанного устройства для остеосинтеза внутрисуставного перелома проксимального отдела большеберцовой кости.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты хирургического лечения 50 пациентов от 20 до 60 лет с закрытыми внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости, лечившихся в травматологических отделениях Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии (БНИЦТО) с 2014 по 2018 гг., из них:

- ✓ Перелом наружного мыщелка большеберцовой кости со смещением - 27 (54%)
- ✓ Перелом внутреннего мыщелка большеберцовой кости со смещением - 12 (24%)

✓ Перелом обеих мыщелков большеберцовой кости со смещением - 7 (14%)

✓ Прочие виды внутрисуставного перелома проксимального отдела большеберцовой кости - 4 (8%).

Мужчин было 32 (64%), женщин - 18 (36%). Основными причинами травмы являлись дорожно-транспортное происшествие у 28 (56%) больных, падение с высоты у 14 (28%) больных, бытовые и прочие травмы - у 8 (16%) больных. При оценке повреждений переломов по классификации «АО»: неполные внутрисуставные переломы (В) констатированы у 39 (78%) больных, полные внутрисуставные переломы (С) у 11 (22%).

Клинические методы исследования включали сравнительный анализ ближайших и отдалённых результатов лечения больных с закрытыми внутрисуставными переломами проксимального отдела большеберцовой кости, лечившихся с применением накостной пластины со спонгиозными винтами, а также с применением разработанного устройства (встречно-компрессирующее устройства) на накостной пластине. Все пациенты разделены на 2 группы: Контрольная группа (КГ) - 35 пациентов, которым были проведены остеосинтез накостной пластиной со спонгиозными и кортикальными винтами и остеосинтез со спонгиозными винтами. Основная группа (ОГ) - 15 пациентов, которым были проведены остеосинтез встречно-компрессирующими винтами на накостной пластине.

Ход операции. Встречно-компрессирующее устройство используется следующим образом:

Под внутривенной или спинномозговой анестезией, производят кожный разрез по передневнутренней и/или передненаружной поверхности

коленного сустава. Далее проводят репозицию костных отломков, восстанавливают суставную конгруэнтность и временно фиксируют спицами. Затем моделируется накостная пластина. В уложенной накостной пластине, со стороны перелома кости, просверливается отверстие, затем с противоположной от перелома рассверливается под диаметр встречного винта. Устанавливается основной винт. Через внутреннее шестигранное отверстие основного винта вводится спица для центровки соединения основного и встречного винтов. В месте выхода спицы устанавливается встречный винт. После чего вкручивают основной винт до соединения со встречным винтом. Затем спицу удаляют и производят контрольное докручивание до получения необходимой компрессии с обеих сторон. Далее устанавливаются поддерживающие винты. После этого производят визуальный контроль, а также контроль на движение коленного сустава, накладывают послойные швы на рану, асептическую повязку.

Встречно-компрессирующее устройство на накостной пластине, обеспечивает стабильную фиксацию костных отломков, что создает условие для ранней активизации пациента и раннее восстановление функции коленного сустава, что является профилактикой формирования послеоперационной тугоподвижности и контрактура коленного сустава. Поэтому на вторые сутки после операции начинаем активизацию пациента.

Результаты и их обсуждение. Результаты оперативного лечения были изучены в сроки от 1 мес. до 1 года. Для объективной оценки клинического результата использовали шкалу стандартизованной оценки исходов лечения (СОИ-3) (табл. 1).

Таблица 1- Результаты исследований по СОИ-3

Результаты исследований	основная группа	контрольная группа	всего
отличный	9	8	17
хороший	5	14	19
удовлетворительный	1	10	11
неудовлетворительный	-	3	3

В основной группе средние показатели суммы баллов по СОИ-3 составили 91,9 балла, разброс составил от 83 до 99 баллов. Тогда как в контрольной группе средний балл составил 87,2 баллов, разброс составил от 71 до 90 баллов.

После оперативного лечения в сроки до 1 года после лечения в основной и контрольной группе были отмечены осложнения (табл. 2).

Таблица 2- Осложнения после операций в исследуемых группах

Виды осложнений	основная группа	контрольная группа	всего
Инфекционно-воспалительные	-	3	3
Миграция винты	-	7	7
Контрактура коленного сустава	1	12	13
Неправильная консолидация	1	5	6

В контрольной группе осложнений отмечалось больше, чем в основной группе, что свидетельствует о целесообразности применения данной конструкции.

Заключения. Открытая репозиция и фиксация костных отломков при внутрисуставных переломах проксимального отдела большеберцовой кости является сложным процессом. Для её выполнения требуются определенные навыки оперирующего хирурга и соответствующее оснащение. Идеальная репозиция и стабильная фиксация костных отломков позволяет практически отказаться от внешней иммобилизации коленного сустава и приступить к ранней разработке коленного сустава. Тем самым снижается временная нетрудоспособность пациента и обеспечивается достижение хороших функциональных результатов, что имеет экономическое и социальное значение в условиях Кыргызской Республики.

Литература

1. Неверов, В.А. Проблемы лечения патологии плечевого сустава [Текст] / В.А. Неверов, А.И. Кишко // Материалы II пленума ассоциации травматологов-ортопедов России. - Ростов-на-Дону, 1996. - С. 374-376.
2. Лазарев, А.Ф. Биологический погружной остеосинтез на современном этапе [Текст] / А.Ф. Лазарев, Э.И. Солод // Вестник травматологии и ортопедии. - 2003. - №3. - С. 20-26.
3. Гиришин, С.Г. Оперативное лечение коленного сустава в остром периоде травмы: автореферат дис. д-ра мед. наук: 14.00.22. / С.Г. Гиришин. -М., 1993.-37 с.
4. Шатино, К.И. Смертность и летальность при травмах [Текст] / К.И. Шатино // Ортопедия, травматология и протезирование. -1991.-№1.-С. 69-74.
5. Функциональный контроль эффективности хирургического лечения переломов проксимального отдела большеберцовой кости [Текст] / [А.В. Белецкий, О.И. Шалатонина, И.В. Кандыбо и др.] // Весці Нацыянальнай акадэміі навук Беларусі. - 2014. -№ 3. -С.20—26.

6. Послеоперационная реабилитация больных с внутрисуставными повреждениями коленного сустава и их последствиями [Текст] / [И.Ф. Ахтямов, Г.М. Кривошапко, С.В. Кривошапко и др.] // *Гений ортопедии*. -2002. -№ 2. -С.150-155.
7. Ахтямов, И.Ф. Отдаленные результаты реабилитации больных после оперативного лечения внутрисуставных переломов области коленного сустава [Текст] / И.Ф. Ахтямов, Г.М. Кривошапко, С.В. Кривошапко // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова*. - 2002. - № 2. - С. 42-46.
8. Кривошапко, С.В. Оптимизация хирургического лечения и реабилитации больных с переломами мышцелков большеберцовой кости [Текст]: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / С.В. Кривошапко. – Ижевск, 2001.- 28 с.
9. Некоторые аспекты лечения больных с внутрисуставными переломами коленного сустава [Текст] / [Н.К. Терновой, Ю.С. Жила, А.Д. Буллах и др.] // *Ортопедия, травматология и протезирование. Республиканский межведомственный сборник*. - 1989.-№19.- С.36-41.
10. Treatment of tibial plateau fractures with small fragment internal fixation: a preliminary report / [F.T. Ballmer, R. Hertel, H.P. Nötzli et al.] // *J. Orthop. Trauma* – 2000. – Vol. 14. – P. 467.
11. The tibial plateau fracture: the Toronto experience 1968-1975 / [J. Schatzker, R. McBroom, D. Bruce et al.] // *Clin. Orthop.* - 1979. - N138. – P. 94–99.
12. Бэц, Г.В. Опыт лечения внутрисуставных переломов костей, образующих коленный сустав, с применением стержневых фиксаторов [Текст] / Г.В. Бэц, В.А. Бабалян // *Ортопедия, травматология и протезирование*. — 1999. — №3. — С. 26-29.
13. Внутрисуставные переломы коленного сустава, часть I [Текст] / [В.В. Михайленко, В.А. Лирцман, В.И. Зоря и др.]. – Москва, 2000.- С. 18-21.
14. Панков, И.О. Хирургическое лечение внутрисуставных переломов мышцелков большеберцовой кости [Текст] / И.О. Панков // *Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова*. -2004.-№3.-С. 57-61.
15. Новые подходы к лечению внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости [Текст] / [М.В. Гилев, Е.А. Волокитина, Ю.В. Антониади и др.] // *Уральский медицинский журнал*. - 2012. -№ 6. -С. 121—127.
16. Гилев, М.В. Хирургическое лечение внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости [Текст] / М.В. Гилев // *Гений ортопедии*. -2014. -№1. -С. 75—81.
17. Здебский, И.П. Хирургическое лечение внутрисуставных переломов проксимального отдела большеберцовой кости [Текст]: Дисс. ... кан. мед. наук. / И.П. Здебский. - Курган, 2009. – 300 с.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛАТЕРАЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА (ТИП А) У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

С.А. Джумабеков¹, А.А. Маматалиев²

¹Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

²Ошская межобластная клиническая больница
г. Ош, Кыргызская Республика

E-mail: nicto.gov.kg

almazbek.mamataliev@yandex.ru

Резюме. 146 пациентов с латеральными переломами бедренной кости (тип А) в период с 2013 по 2017 гг., больные разделены на три группы: I остеосинтез накостной пластиной с спонгиозными винтами (n-56), II – динамический бедренный винт (DHS) (n-45), III – гемиартропластика тазобедренного сустава – одно и биполярным гемипротезом (n-45).

В I группе хорошие результаты получены у 20 (35,8%) больных, удовлетворительные результаты отмечены в 30 (53,6%) случаях, но в 6 (10,8%) случаях мы получили неудовлетворительные результаты.

В II группе хорошие результаты получены у 23 (51,1%) больных, удовлетворительные результаты отмечены в 20 (44,4%) случаях и в 2-х (4,4%) случаях мы получили неудовлетворительные результаты.

В III группе (n-45) неудовлетворительные результатов не было, но удовлетворительные результаты получены в 26 (57,8%) случаях и хорошие результаты отмечены у 19 (42,2%) пациентов.

Ключевые слова: латеральные переломы, остеосинтез, гемиартропластика, результаты лечения.

УЛГАЙГАН ЖАНА КАРЫ ЖАШТАГЫ САН СӨӨГҮНҮН ЛАТЕРАЛДЫК СЫНЫКТАРЫН (А-ТУРУ) ОПЕРАТИВДИК ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

С.А. Джумабеков¹, А.А. Маматалиев²

¹Бишкек травматология жана ортопедия илим изилдөө борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

²Ош облус аралык клиникалык ооруканасы,
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Сан сөөгүнүн латералдык сыныктары менен 2013-2017 - жылдары дарыланган 146 бейтаптар үч группага бөлүнгөн: I-сөөк үстүнөн пластина менен спонгиоздук бурамалар колдонулган (n-56), сан сөөгүнүн динамикалык бурамасы (DHS) (n-45), III – сан-жамбаш муунунун гемиартропластикасы (бир жана эки уюлдуу гемиартропластика) (n-45).

I группада жакшы жыйынтыктары 20 (35,8%) оорууларда, орто жыйынтыктары 30 (53,6%) мезгилде жана канаатандырарлык эмес жыйынтыктар 6 (10,8%) оорууларда кездешкен.

II группада жакшы жыйынтыктары 23 (51,1%) оорууларда, орто жыйынтыктары 20 (44,4%) мезгилде жана канаатандырарлык эмес жыйынтыктары 2 (4,4%) оорууларда кездешкен.

III группа (n-45) жакшы жыйынтыктары 26 (57,8%) оорууларда, орто жыйынтыктары 19 (42,2%) мезгилде жана канаатандырырлык эмес жыйынтыктары кездешкен эмес.

Негизги сөздөр: латералдык сыныктар, остеосинтез, гемиартропластика, дарылоонун жыйынтыктары.

THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF LATERAL HIP FRACTURES (TYPE A) IN ELDERLY AND SENILE PERSONS

S.A. Dzhumabekov¹, A.A. Mamataliev²

¹Bishkek Research Center of Traumatology and Orthopedics, Bishkek, the Kyrgyz Republic

²Osh Interregional Clinical Hospital, Osh, the Kyrgyz Republic

Summary. 146 patients with lateral femur fractures (type A) in the period from 2013 to 2017, patients are divided into three groups: I osteosynthesis with an external plate with spongy screws (n-56). II - dynamic femoral screw (DHS) (n-45). III - hemiarthroplasty of the hip joint - one and bipolar hemiprosthesis (n-45).

In group I, good results were obtained in 20 (35.8%) patients, satisfactory results were observed in 30 (53.6%) cases, but in 6 (10.8%) cases we received unsatisfactory results.

In group II, good results were obtained in 23 (51.1%) patients, satisfactory results were observed in 20 (44.4%) cases and in 2 (4.4%) cases we received unsatisfactory results.

In group III (n-45), unsatisfactory results were not possible, but satisfactory results were obtained in 26 (57.8%) cases and good results were observed in 19 (42.2%) patients.

Key words: lateral fractures, osteosynthesis, hemiarthroplasty, results of treatment.

Введение. Латеральные переломы среди переломов проксимального отдела бедра составляют более половины, среди них преобладают лица пожилого и старческого возраста [1,2,3]. Факт увеличения частоты переломов проксимального отдела бедра с возрастом объясняется, прежде всего, количественными и качественными изменениями костной структуры в проксимальном отделе бедра, связанными с прогрессирующим остеопорозом, нарушением архитектоники и прочности кортикального слоя кости. Проблема лечения переломов проксимального отдела бедренной кости у нас в республике на сегодняшний день не потерял еще актуальности, есть несколько диссертационных работ, посвященных лечению данной патологии [4,5,6,7].

Несмотря на определенные успехи в лечении вертельных переломов бедренной кости процент неудовлетворительных исходов все же остается высоким [8,9,10,11].

Таким образом, проблема хирургического лечения больных с латеральными переломами бедренной кости не только существует, но и приобретает все большую актуальность.

Цель исследования. Улучшить результаты оперативного лечения латеральных переломов бедра у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования

Основу научной работы составляют 146 пациентов, пролеченных в отделениях травматологии Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии и Ошской межобластной клинической больницы с латеральными переломами бедренной кости (тип А) в период с 2013 по 2017 гг.

Паспортные данные, клинические и окончательные результаты лечения приводились из истории болезней (ф №003/Э) и индивидуальной карты исследований больного.

Из госпитализированных в стационар по нашим данным более 20% получали консервативное лечение, т.е. им по каким-то причинам не было проведено оперативное лечение.

Методом рандомизированного отбора, больные с латеральными переломами бедренной кости были разделены на три группы.

Первую группу составили пациенты, которым выполняли остеосинтез на костной пластинкой с спонгиозными винтами (n-56).

Вторая группа представлена пациентами, которым проведены остеосинтез – динамическим бедренным винтом (DHS) (n-45).

Третья группа больных, которым проведена гемиартропластика тазобедренного сустава – одно и биполярным гемипротезом (n-45).

Для более детального представления о морфологии и локализации перелома мы использовали классификацию AO/ASIF и Pauwels [10].

Классификация по AO/ASIF на сегодняшний день остается пока единственной классификацией, которая учитывает локализацию и морфологию перелома, при этом остается открытым вопрос сложности её применения в практической травматологии, мы применили классификацию по AO/ASIF, предложенную М. Мюллером [12,13]

Как видно из табл. 1, количество больных в группе А1 составило – 56 больных (38,4%), группа А2 составило 65 больных (44,5%) и самая малочисленная группа больных – А3 25 пострадавших (17,1%) из всех поступивших больных.

Таблица 1 – Распределение по группам (n-146)

	I гр.	II	III	Всего	%
A1	26	13	17	56	38,4
A2	24	24	17	65	44,5
A3	6	8	11	25	17,1
Ошибка репрезентативности	56±1,1	45±0,9	45±1,2	146	100%

I группа – больные, которым применен на костный остеосинтез в сочетании спонгиозными винтами в возрасте 60-74 года. Остеосинтез проведен в 23 случаях (15,8%) в возрасте 75-90 лет и в 33 случаях (22,6%), при этом средний их возраст больных составил 77,4±2,7 лет;

II группа – пострадавшие, которым применены пластины DHS, DCS. Они - DHS, DCS - использованы в возрасте 60-74 года в 21 случаях (14,4%), возрасте 75-89 лет у - 22 больных (15,0%), у долгожителей у 2 пациентов (1,2%), при

этом средний возраст больных составил 76,4±2,8 лет;

III группа – лица, которым проведена гемиартропластика тазобедренного сустава (одно и биполярный протез на цементной основе). В возрастной категории 60-74 года в 24 случаях (16,4%), 75-89 лет в 20 случаях (13,7%), у долгожителей в 1 случае (0,7%), при этом средний возраст больных составил 79,4±2,1 год.

Операции выполняли после обследования (которое включало выявление сопутствующей патологии и

их ремиссию) в следующие сроки после поступления:

Срочные до 3-х суток – 26 (17,8%) пациентов оперированы в первые 3-е суток после поступления их в стационар (категория пациентов с компенсированными сопутствующими заболеваниями);

Плановые операции до 7-суток – 70 (47,9%) пациентам проведены плановые оперативные вмешательства (категория пациентов с субкомпенсированными сопутствующими заболеваниями);

Отсроченные плановые операции в сроки от 7 до 13 суток ($\sigma=10,4\pm 0,9$) проведены 50 (34,2%) больным, которые в этот промежуток времени лечились по поводу сопутствующих заболеваний.

Средние сроки пребывания больных в стационаре напрямую зависят от до-и послеоперационных койко-дней, при этом нельзя забывать о наличии сопутствующих заболеваний и их рецидивов (табл. 2).

Таблица 2 - Средние сроки пребывания больных в стационаре

	Группы			Средние сроки
	I	II	III	
Койко-дней	15,5	16,7	15,5	16,0±0,7
Ошибка репрезентативности	15,5±1,1	16,7±1,2	15,5±0,94	16,0±2,16
Ошибка достоверности-р	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05	p≤0,05

Как видно из табл. 2 среднее пребывание больных в стационаре составили 16,0±0,7 к/д, при определении достоверности коэффициент составил ≤0,05.

При определении анестезиологического пособия основной акцент ставился на спинно-мозговую анестезию (СМА) и при наличии многих противопоказаний к СМА, проводили интубационный (управляемый) наркоз (табл. 3).

Таблица 3– Виды анестезии при переломах типа –А

Наркоз \ Остеосинтез	I	II	III	Всего
	СМА	54	43	
Интубация	2	2	7	11 (7,6%)
Всего	56	45	45	146

При этом следует отметить, что в исключительных случаях по показаниям использовался интубационный наркоз в 11 случаях (7,6%), СМА использовался в 135 (92,4%), при этом внутривенный наркоз ни использовался на раз.

Результаты и их обсуждение

Термин «исход» в травматологии - это понятие, характеризующее не проблематичный «конечный» результат перелома и ее лечения, состояние

больного в тот или иной конкретный момент оцениваемый определенными шкалами [12].

В основу оценки результатов лечения больных положены стандарты оценки качества лечения повреждений и заболеваний органов движения и опоры, предложенными А.В. Калашниковым (2006). Было учтено 5 признаков (критериев), каждый из которых оценивали в 3, 2 или 1 балл (табл. 4).

Таблица 4 – Оценочная шкала Калашникова А.В. (2006)

Критерии оценки	Количество баллов		
	3	2	1
Субъективное ощущение больного	Отсутствие жалоб	Удовлетворительная оценка результатов лечения	Неудовлетворительная
Наличие сращения отломков костей и биомеханических нарушений	Сращено без нарушения анатомической оси конечности	Сращение с незначительными биомеханическими нарушениями (уменьшение шду до 20 град.)	Несращение костных отломков, сращение функционально невыгодном положении
Относительная длина конечности	Одинаковая длина конечности	Укорочение бедра до 5 см.	Укорочение бедра более 5 см.
Объем движений в близлежащих суставах	Полное восстановление движений	Ограничение сгибания и разгибания, отведения и приведения сегмента конечности на 40 град.	Резкое ограничения движений в суставах повреждённой конечности
Восстановление работоспособности	Полное восстановление	Частичная утрата профессиональной трудоспособности	Стойкая потеря трудоспособности

В данной системе учтены такие критерии, как субъективное ощущение больных, наличие сращения отломков костей и наличие биомеханических нарушений, относительная длина конечностей, объем движений в суставах, восстановление работоспособности. Хорошим результатом считали сумму баллов 15–12, удовлетворительным — 11–8, неудовлетворительным — 7–5.

В группе применения наkostной пластины спонгиозными винтами хорошие результаты получены у 20 (35,8%) больных, удовлетворительные результаты отмечены в 30 (53,6%) случаях, но в 6 (10,8%) случаях мы получили неудовлетворительные результаты (укорочения конечности, отсутствие опорной функции оперированной конечности, соха vara, и вторичное смещение в послеоперационном периоде.

Таблица 5 – Результаты оперативного лечения в сроки 6 мес. и более

Метод операции	Кол-во б-х	%	Хорошие	Удовл-е	Неудов-е
Наkostная пластина в сочетании спонгиозными винтами	56	38,4	20	30	6
Остеосинтез DHS, DCS	45	30,8	23	20	2
Гемиаартропластика	45	30,8	19	26	-
Всего	146	100%	62 (42,7%)	76 (52,1%)	8 (6,2%)

В группе больных, которым проведен остеосинтез DHS, DCS хорошие результаты получены у 23 (51,1%) больных, удовлетворительные результаты отмечены в 20 (44,4%) случаях и в 2-х (4,4%) случаях мы получили неудовлетворительные результаты.

В группе больных, где проводилась гемиартропластика тазобедренного сустава (n=45) неудовлетворительных результатов мы не получили, но

удовлетворительные результаты получены в 26 (57,8%) случаях и хорошие результаты отмечены у 19 (42,2%) пациентов (табл. 5).

В сроки от одного года и более из количества наблюдаемых больных (n=146), мы недосчитали 28 из всей группы, что в процентном соотношении составило 19,1% от общего количества больных, но при этом ошибка достоверности не превышает $\pm 0,01$, что не повлияло показатели результатов.

Таблица 6 – Результаты оперативного лечения в сроки 1 год более

Метод операции	Кол-во больных	%	Хорошие	Удовл-е	Неудов-е
Накостная пластина в сочетании спонгиозными винтами	44	37,3	10	25	9
Остеосинтез DHS, DCS	39	33,0	15	22	2
Гемиартропластика	35	29,7	9	25	1
Всего	118	100%	34 (28,8%)	72 (61,0%)	12 (10,2%)

Как видно из табл. 6, хорошие результаты по сравнению с результатами до 6 месяцев в I группе снизились от 42,7% до 28,8%, количество удовлетворительных результатов во II группе увеличилось от 52,2% до 61,0% от общего количества больных. Количество неудовлетворительных результатов III группы также увеличилось до 10,2 % против 6,2%.

Анализ неудовлетворительных результатов

При проведении анализа неудовлетворительных результатов мы руководствовались диссертационной работой А.М. Ташматова (2015), который разделил ошибки, допущенные в процессе остеосинтеза на пять категорий [13].

Лечебно-диагностических ошибок не было, но 22 больным для дополнительной диагностики мы использовали компьютерную томографию тазобедренного сустава.

Врачебно-тактические ошибки мы наблюдали в 2-х случаях: необоснованный отказ от стационарного лечения (деротационный гипсовый сапожок), которые в последующем обратились в стационар для оперативного лечения, что повлияло на удлинение срока госпитализации и дооперационной койко-дней.

Врачебно-технические ошибки – допущенные травматологами в выборе метода фиксации и допущенные интраоперационно.

- в 8 случаях мы обнаружили неэффективную фиксацию места перелома (короткие винты, неправильное введение винта, ошибка введения в аксиальной проекции), которые в последующем привели к неудовлетворительным результатам.

Организационные ошибки – это снабжение операционных блоков, необходимым инструментом и диагностической аппаратурой, в нашем

случае мы констатировали отсутствие электронно-оптического преобразователя (ЭОП) аппарата или С-дуги в Ошской межобластной клинической больнице в операционном блоке, что привело к увеличению времени операции на $\pm 12-15$ минут.

Личностно-субъективные ошибки – ошибки, допущенные самими больными в послеоперационном периоде, если учесть, что средний возраст в исследуемой нами группе составил $74,0 \pm 6,8$ лет, а наличие сопутствующих заболеваний к - 2,4, то нетрудно догадаться об их количестве, но доказать факт ошибки самим больным на сегодняшний день остается трудным. У 12 пациентов со слов их родственников обнаружили следующее: раннюю нагрузку, повторное падение, отсутствие кальцийзамещающей терапии.

Итак, мы, опираясь на собственный материал (n-146) и анализ ближайших и отдаленных результатов (n-118) и мета-анализ вышеописанного, пришли к следующим выводам:

1. Проведенный анализ результатов оперативного лечения вертельных переломов бедра (n- 146) у лиц пожилого и старческого возраста (БНИЦТО и ОМКБ) показал неоспоримые преимущества гемиартропластики при определенных показаниях, перед другими видами остеосинтеза.

2. Анализ исходов остеосинтеза (до 2-х лет) переломов вертельной зоны у лиц пожилого и старческого возраста в БНИЦТО и ОМКБ за 5 лет, показал преимущества DHS и недостатки других видов остеосинтеза, в зависимости от морфологии перелома.

Литература

1. Костива, Е.Е. Оптимизация лечебной тактики у больных пожилого и старческого возраста с медиальными переломами шейки

бедра: автореф.дисс. на соук.уч.степ.канд.мед.наук: 14.01.15 / Е.Е. Костива; Уфимс.мед.академия. - Уфа, 2010 – 22 с.

2. Van Dortmont, L.M. Cannulated screws versus hemiarthroplasty for displaced intracapsular femoral neck fractures in demented patients / L.M.Van Dortmont, C.M.Douw // Ann. Chir. Gynaecol. - 2000. - Vol. 89. - №2. - P.132-137.

3. Wagner, M. Locking Compression Plate (LCP): Ein neuer AO-Standard / M.Wagner, R. Frigg // OP Journal – 2000. - №16 (3) – P. 238-243.

4. Алафердов, А.К. Хирургическая тактика и технические решения при хирургических вмешательствах у больных с переломами шейки бедренной кости: автореф. дисс. на соук.уч.степ. канд. мед. наук: 14.00.28 / А.К. Алафердов; Национальный хирургический центр. - Бишкек, 1996. – 19 с.

5. Анаркулов, Б.С. Оперативное лечение вертельных переломов бедренной кости: автореф. дисс. на соук.уч.степ. канд. мед. наук.: 14.00.28 / Б.С. Анаркулов. - Бишкек, 2006. – 21 с.

6. Суеркулов, Б.Т. Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник КГМА. – 2015. - №1. – С.115-117.

7. Князев, И.А. Стабильно функциональный остеосинтез медиальных переломов шейки бедра компрессирующим устройством: дисс. на соук.уч.степ. канд. мед. наук: 14.01.15 / И.А. Князев; Национальный хирургический центр. - Бишкек, 2004. – 20 с.

8. Yang, S.W. Treatment of distal tibial metaphyseal fractures: Plating versus shortened intramedullary nailing / S.W. Yang, H.M. Tzeng // Injury. - 2006. - V.37. – P. 531–535.

9. Загородний, Н.В. Хирургическое лечение вертельных переломов бедренной кости / Н.В. Загородний, Е.А. Жармухамбетов // Российский медицинский журнал. - 2006. - №2. - С.18-19.

10. Калашиников, А.В. Застосування закритого блокуючого остеосинтезу у

лікуванні діафізарних переломів довгих кісток кінцівок / А.В. Калашніков, В.К. Піонтковський // Тези доповідей Першої Між-народної науково-практичної конференції «Досвід застосування інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу». — Київ: Інтертехнодрук, 2006. — С. 5-6.

11. Кожокматов, С.К. Кафедре травматології, ортопедії та екстремальної хірургії Кыргызської Государственной медичинської академії – 40 лет / С.К. Кожокматов, К.Т. Тазабеков, В.М. Мирджалилов // Актуальные вопросы травматології та ортопедії. – Бишкек, 1999. – С. 4-13.

12. Лазарев, А.Ф. Малоинвазивный остеосинтез переломов шейки бедренной кости напряженными конструкциями (V-образными спицами) / А.Ф. Лазарев, Э.И. Солод // Медицинская технология.- Москва, 2005. - 25с.

13. Таиматов, А.М. Ошибки и осложнения в травматологии: автореф. дисс. на соиск.уч.степ. канд. мед. наук.: 14.01.15 / А.М. Таиматов. - Бишкек, 2015. – 21 с.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ (обзор литературы)

А.А. Маматалиев

Ошская межобластная клиническая больница (Глав. врач. - к.м.н. Арстанкулов Т.)
г. Ош, Кыргызская Республика

E-mail: almazbek.mamataliev@yandex.ru

Резюме. В этой статье мы провели краткий обзор современной литературы проблем лечения переломов проксимального отдела бедренной кости в Кыргызской республике за последние 20 лет.

Ключевые слова: латеральные переломы, остеосинтез, результаты лечения.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА САН СӨӨГҮНҮНҮН ПРОКСИМАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН СЫНЫКТАРЫН ЗАМАНБАП ДАРЫЛОО (адабиятка сереп)

А.А. Маматалиев

Ош облус аралык клиникалык ооруукана (башкы дарыгер м.и.к. Арстанкулов Т.)
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада Кыргыз республикасында сан сөөгүнүнүн проксималдык бөлүгүнүн сыныктарын дарылоосуна заманбап акыркы 20 жыл ичиндеги адабиятка сереп берилген.

Негизи сөздөр: латералдык сынык, остеосинтез, дарылоонун жыйынтыктары

MODERN TREATMENT OF FRACTURES OF THE PROXIMAL DEPTH OF THE THIGH IN THE KYRGYZ REPUBLIC (literature review)

А.А. Mamataliev

Interregional Clinical Hospital (Chief physician, MD, Arstankulov T.)
Osh, the Kyrgyz Republic

Summary. In this article, we conducted a brief review of the current literature on the treatment of fractures of the proximal femur in the Kyrgyz Republic over the past 20 years.

Key words: lateral fractures, osteosynthesis, Kyrgyz Republic, treatment results.

Переломы вертельной зоны и их лечение (оперативное, консервативное) на сегодняшний день в современной травматологии остается одним из тем, который не потерял актуальности. Демографические изменения в продолжительности жизни человека, по данным некоторых авторов увеличивается на 2% ежегодно [1], в пропорциональном количестве

увеличивается количество лиц пожилого и старческого возраста, тем самым повышается прогнозируемый риск переломов данной локализации.

По данным Нацстаткома КР [2] средняя продолжительность жизни в республике в 2016 году согласно представленным данным, у мужчин составляет 67,7 лет, у женщин - 74,8 года (табл.).

Таблица – Продолжительность жизни в Кыргызской Республике

Год	2017	2016	2015
Мужчины	69,0	67,6	66,5
Женщины	76,0	74,8	74,5

В 2015 году эти показатели составили 66,5 лет у мужчин и 74,5 лет у женщин. В 2017 году ожидается на уровне 69,0 лет у мужчин и 76,0 лет у женщин [2].

Тем самым, на примере нашей республики, мы отмечаем увеличение продолжительности жизни наших граждан.

Республиканский медико-информационный отдел МЗ КР отмечает, что ежегодно в стационары нашей республики обращаются более 32 000 пациентов с различными повреждениями опорно-двигательного аппарата, из них более 30% получают оперативное лечение. По данным некоторых авторов переломы проксимального отдела бедра в структуре травматизма составляют 9-11% из всех переломов [3,4,5].

В силу анатомических особенностей вертельной зоны по отношению шейки бедра (благоприятное кровоснабжение, шеечно-диафизарный угол, наличие надкостницы) осложнения в виде асептических некрозов головки бедра, ложных суставов, в этой локализации встречаются реже, чем при медиальных переломах бедренной кости. Но, соха вага, ложные суставы вертельной зоны в локализации латеральных переломов бедра до сегодняшнего времени остается нерешенным вопросом [6].

Несмотря на определенные успехи в лечении вертельных переломов бедренной кости процент неудовлетворительных исходов все же остается высоким [7,8,9].

В представленном обзоре литературы мы попытались раскрыть последние тенденции оперативного лечения современных авторов в лечении

латеральных переломов бедренной кости в КР.

С образованием независимости КР (1992 г.), травматологическая помощь населению КР также претерпела некоторых изменений. Во времена СССР вся травматологическая служба Кыргызской ССР, контролировалась со стороны Центрального института травматологии и ортопедии (г. Москва) МЗ СССР, но с обретением независимости КР все функции автоматически передались МЗ КР.

История развития травматологической помощи населению в КР насчитывает более 55 лет. Служба травматологии Кыргызстана, как и при бывшем СССР, до этого периода была в составе хирургической службы нашей страны. Кто и когда впервые произвел остеосинтез в КР, мы не нашли ни в одной из публикаций научных журналов. Как отметил профессор С.К. Кожокматов [3], возможно, это таится в архивах истории болезней Национального Госпиталя МЗ КР.

Травматологическая служба как отдельная наука имеет свое начало в августе 1955 года, когда на базе Республиканского госпиталя в г. Фрунзе было открыто первое в республике ортопедическое отделение на 30 коек (зав. отд. В.С. Шараров). А в 1958 году на базе отделения неотложной хирургии открыто первое в республике травматологическое отделение на 30 коек (зав. отд. проф. М.С. Знаменский).

Через год (1959 г.) на базе Киргосмединститута образуется кафедра травматологии, ортопедии и экстренной хирургии (зав. кафедрой профессор Д.М. Лабок).

Широкое развитие травматологии в Кыргызстане и расширение научных исследований в этой области сыграли: академик И.К. Ахунбаев, профессора Г.Л. Френкель, М.С. Знаменский, Л.Е. Рухман (1963-1969), Ш.А. Алиев (1969-1972), А.Д. Ли (1973-1979), М.М. Рожинский (1979-1990), С.К. Кожокматов (1990-2002) [3] и С.А. Джумабеков (2002 г. по настоящее время).

Проблемы лечения латеральных переломов бедренной кости в КР на сегодняшний день также остается острой проблемой. За последние 20 лет много работ связанные с улучшением результатов оперативного лечения переломов проксимального отдела бедренной кости [10].

И.А. Князев (2004) [11] представил результаты оперативного лечения медиальных переломов шейки бедра в Городской клинической больнице скорой медицинской помощи (ГКБ СМП) г. Бишкек за период 1997-2002 гг. у 166 больных. Пострадавших мужского пола было 64 (38,6%), женского - 102 (61,4%). Возраст больных варьировал от 20 до 82 лет. Основными причинами перелома шейки бедра явились бытовая (67,5%) и уличная (18,7%) травма. Третье место по частоте занимает дорожно-транспортная травма (10,8%). На долю производственного травматизма приходится 5 (3,0%) случаев.

Результаты оперативного лечения медиальных переломов шейки бедренной кости были изучены у всех 166 больных: при применении для остеосинтеза трехлопастного гвоздя у 86, спонгиозных винтов у 19, пучком спиц у 15, после первичного эндопротезирования головки и шейки бедра у 4, при остеосинтезе компрессирующим устройством у 42. Отдаленные результаты оперативного лечения медиальных переломов шейки бедренной кости были изучены у 135

(81,3%) больных в сроки от 1 года до 5 лет.

Автором при остеосинтезе трехлопастным гвоздем были получены хорошие результаты у 57,1%, удовлетворительные у 28,6%, неудовлетворительные у 14,3% больных, тогда как при использовании компрессирующего устройства собственной конструкции - соответственно 83,3%, 11,1%, и 5,6%.

А.А. Бегалиев (2006) [12] изучил результаты хирургического лечения больных с переломами вертельной области бедренной кости с применением основных видов фиксаторов, используемых в травматологии и ортопедии.

Автором впервые разработано, экспериментально испытано и внедрено в клиническую практику новое устройство для остеосинтеза переломов вертельной области (Кыргызпатент, патент на изобретение №590 от 30.09.2003 г.), а также отработана методика малотравматичной оперативной техники с использованием данного устройства. Экспериментальные механические исследования показали, что по устойчивости к статическим и динамическим нагрузкам разработанное автором новое устройство для стабильно-функционального остеосинтеза вертельных переломов бедренной кости не уступает аналогичным фиксаторам, широко используемым в травматологии и ортопедии, позволяет исключить миграцию компрессирующих винтов и обеспечить постоянную компрессию между отломками, что делает возможным его использование при всех типах вертельных переломов бедренной кости.

Автор отметил, что при хирургическом лечении вертельных переломов бедренной кости с применением разработанного нового устройства для остеосинтеза, по сравнению с другими

видами фиксаторов, в ближайшем послеоперационном периоде достоверно уменьшается количество послеоперационных осложнений - с 21,7% до 2,8%, сроки госпитализации сокращаются в среднем на $12,0 \pm 1,3$ койко-дней, а также имеется возможность проводить раннюю активизацию больных, в том числе пожилого и старческого возраста, включая ходьбу с дозированной нагрузкой на оперированную конечность, начиная со 2-3 дня после операции.

По данным клинико-функциональных исследований в отдаленном послеоперационном периоде при хирургическом лечении больных с вертельными переломами бедренной кости с применением предложенного фиксатора хорошие результаты составили - 72,2%, удовлетворительные - 22,2%, неудовлетворительные - 5,6%. При применении других видов фиксаторов данные показатели были достоверно хуже и составили соответственно - 47,9%, 41,1%, 11,0%.

Б.С. Анаркулов (2006) [4] изучил результаты лечения 137 больных, пролеченных с переломами вертельной области бедренной кости в Бишкекском научно-исследовательском центре травматологии и ортопедии (БНИЦТО) при мэрии города Бишкек, Кара-Бууринской, Бакай-Атинской территориальной больнице Таласской области, Ошской областной больнице и Кара Балтинской территориальной больнице Чуйской области за период с 2003 по 2006 годы. Мужчин было 59 больных (62,8%), а женщин 35 (37,2%) больных. По обстоятельству получения травмы преобладала травма, полученная при падении в быту - 79 человек (84%). Из этой группы больных, получили травму дома при падении со стула и с кровати – 17 пациентов, уличная травма при падении в область большого вертела

имела место у 62. В результате транспортной травмы - 11 пострадавших (11,7 %) получили переломы вертельной области, среди них пешеходы – 9 больных. Производственную травму получили 2-е больных (2,1%), спортивная травма отмечена у 2-х больных (2,1%). Возраст больных колебался от 15 до 92 лет. Дооперационное пребывание больных в стационаре составило от 3 до 32 койко-дней, в среднем - $10,4 \pm 1,1$. Количество послеоперационных койко-дней колебалось от 9 до 28 дней. Автором разработано устройство для фиксации вертельных переломов бедренной кости (патент Кыргызской республики от 31.03.2005. №758). Из общего числа этих больных: 94 (68,6%) применено новое устройство для остеосинтеза переломов проксимального отдела бедренной кости (основная группа), 43 больным (31,2%), были применены аналоговые металлофиксаторы.

Проведенный автором сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов оперативного лечения вертельных переломов бедренной кости с применением оригинальной новой конструкции и аналоговых металлофиксаторов за период от 6 месяцев до 3 лет показал, что у больных контрольной группы, где были применены аналоговые металлоконструкции, хорошие результаты получены у 17 больных - 39,5%, а в основной группе у 68 больных - 72,3%. Неудовлетворительные результаты в контрольной группе отмечены у 4 больных, что составило 9,5% от общего числа оперированных больных, в то же время в основной группе неудовлетворительный результат получен у 1 больного, что составило 1,2% от общего числа.

С.К. Казаков (2009) [10] на наблюдении 179 больных с различной патологией тазобедренного сустава,

находившихся на оперативном лечении в БНИЦТО в отделении патологии суставов с 2004 по 2007 годы показал результаты применения тотального эндопротезирования. Из общего числа оперированных, мужчин было 78 (43.6 %) и женщин 101 (56.4 %). Средний возраст обследуемых больных составил – 52,5 лет. Среди обследуемых преобладали лица женского пола - 101 больных. Изолированные правосторонние поражения тазобедренного сустава выявлены у 92 человек, левосторонние у 76 человек и двухсторонние у 11. Среди всех пациентов преобладали больные с коксартрозом - 51 человек, на втором месте отмечены пациенты с асептическим некрозом головки бедренной кости (АНГБК) - 47 и далее соответственно больные с дисплазией - 42 и с переломом проксимальном отделе бедренной кости - 39.

Ближайшие и отдаленные результаты отслежены у 164 человек, хорошие и удовлетворительный результаты получены у 94,5% больных, неудовлетворительные составили 5,5%.

Б.Т. Суеркулов (2017) [14, 15] изучил медиальные переломы шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста (локализация, морфология), остеосинтезы (винты, одно и биполярные гемипротезы) и их последствия - пролеченных в отделениях травматологии БНИЦТО с 2010 по 2016 гг. в количестве 168 больных. Наиболее большое количество травм были получены в быту – 158 (94,1%), на втором и третьем месте по 4 (2,4%) пациента получили на уличных травмах (гололед в зимнее время) и в дорожно-транспортных происшествиях, травму тазобедренного сустава на производстве получили – 2 (1,1%) пациента. Первую группу составили пациенты с переломами шейки бедренной кости, которым выполняли остеосинтез винтами или накостной

пластиной со спонгиозными винтами (n-58). Вторая группа представлена пациентами, которым выполнено однополюсное гемипротезирование (n-57). Третья группа состояла из больных, которым проведена гемиартропластика тазобедренного сустава биполярным гемипротезом (n-53).

Анализ поступивших в приемное отделение больных пожилого, старческого возраста и долгожителей показал, что в более 30% случаях пациенты отказываются от стационарного лечения. Причинами отказа являются: более 50% - сенильная деменция, 20% случаев - декомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность, 15% - ранее перенесенные инсульт головного мозга (геми- и парапарез), 10% - пролежни, длительный постельный режим до получения травмы, 5% - причины неизвестны.

Автор изучил результаты (n-168) больных с переломами шейки бедренной кости, пролеченных в отделениях травматологии БНИЦТО в сроки от 1 года до 3-х лет. В сроки 6 мес. и более самое большое количество хороших и удовлетворительных результатов было в группе одно- и биполярного протезирования, которые составили более 32 % от общего количества пострадавших.

Количество неудовлетворительных результатов в группе остеосинтеза спонгиозными винтами самое большое - 5 (3%), в группе однополюсного протезирования – 2 (1,2%) и в группе биполярного протезирования – 1 (0,6%) от общего количества наблюдаемой группы.

Лечение переломов проксимального отдела бедренной кости остается актуальной и до конца нерешенной гериатрической проблемой современной травматологии и ортопедии КР.

Итак, мы провели обзор современной литературы, посвященный оперативному лечению переломов проксимального отдела бедренной кости. Приведенные авторами цифры свидетельствуют о преимуществах, недостатках того или иного метода остеосинтеза. Но, факт остается фактом, что проблемы лечения латеральных переломов бедренной кости были и существуют, но свести их к минимуму является современной задачей травматологии.

Литература

1. ВОЗ 60 лет в Европе; Всемирная Организация здравоохранения. – Копенгаген, 2010. – 70 с.
2. Национальный статистический комитет Кыргызской Республики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stat.kg>, свободный. – Яз. русс., кырг.
3. Кожокматов, С.К. Актовая речь / С.К. Кожокматов. – Бишкек, 1999. – С. 3-7.
4. Суеркулов, Б.Т. Биполярное эндопротезирование тазобедренного сустава при переломах шейки бедренной кости у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник КГМА. – 2015. – №1. – С.115-117.
5. Анаркулов, Б. С. Оперативное лечение вертельных переломов бедренной кости: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.28 / Б.С. Анаркулов; Нац. хир. центр - Бишкек, 2006. – 21 с.
6. Алафердов, А.К. Технические и тактические решения для хирургических вмешательств при переломах бедренной кости: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.22. / А.К. Алафердов; Кирг. гос. мед. инст. – Фрунзе, 1986. – 14 с.
7. Дюшеналиев, Б.Б. Остеосинтез вертельных переломов бедренной кости оригинальным устройством / Б.Б. Дюшеналиев, А.А. Бегалиев // Травматология и ортопедия XXI века. - Самара, 2006. - Том I. – С.133-134.
8. Анкин, Л.Н. Практическая травматология. Европейские стандарты диагностики и лечения / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин. - М.: Книга-плюс, 2002 – 480 с.
9. Загородний, Н.В. Компрессионный способ остеосинтеза при переломах шейки бедра / Н.В. Загородний // Вестник Российского университета дружбы народов. - 2005. -№1. - С.98-101.
10. Казаков, С.К. Тотальное эндопротезирование при заболеваниях и повреждениях тазобедренного сустава / С.К. Казаков // Известия национальной академии наук Кыргызской Республики. – Бишкек, 2009. – С.80-81.
11. Князев, И.А. Стабильный функциональный остеосинтез медиальных переломов шейки бедра компрессирующим устройством: автореф. дисс. на соиск. учен. степ. канд. мед. наук: 14.00.22 / И.А. Князев; Нац. хир. центр. – Бишкек, 2004. – 18 с.
12. Кожокматов, С.К. Кафедре травматологии, ортопедии и экстремальной хирургии Кыргызской Государственной медицинской академии – 40 лет / С.К. Кожокматов, К.Т. Тазабеков, В.М. Мирджаллилов // Актуальные вопросы травматологии и ортопедии. – Бишкек, 1999. – С.4-13.
13. Лазарев, А.Ф. Особенности лечения переломов проксимального отдела бедренной кости и плечевой кости на фоне остеопороза / А.Ф. Лазарев, С.С. Радионова, Э.И. Солод // II Российский конгресс по остеопорозу – М., 2005. – С –128 -130.
14. Суеркулов, Б.Т. Лечение переломов шейки бедренной кости на современном этапе / Б.Т. Суеркулов, С.А. Джумабеков, Э.А. Байгараев // Вестник КГМА. – 2013. – №4. – С. 103-105.
15. Суеркулов, Б.Т. Анализ результатов биполярного эндопротезирования при медиальных переломах бедренной кости у лиц старшего возраста / С.А. Джумабеков, Б.С. Анаркулов, Б.Т. Суеркулов // Классика и инновации в травматологии и ортопедии. - Саратов, 2016. - С. 87-90.

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ У СТУДЕНТОВ
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ НАВЫКОВ**

**И.М. Юлдашев, С.Б. Базарбаева, Д.М. Тыналиева,
Р.С. Абыкеева, Р.А. Масаева, М.Ж. Жаныбекова, У.Ш. Баудунова**
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детской стоматологии (Зав. каф. - д.м.н., проф. Г.С. Чолокова)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E-mail: ilshatyuldashev@yandex.ru
tynalievad6@gmail.com
ryskul_abykeeva@mail.ru*

Резюме. В данной статье представлен анализ опроса студентов 4 курса стоматологического факультета, путем анонимного анкетирования, об обучении в симуляционных классах. О необходимости отработки практических навыков на занятиях используя симуляторы и фантомы, так как это является современным требованием к уровню подготовки врача-стоматолога.

Ключевые слова: анкетирование, практические навыки, симуляционный кабинет, фантом.

**СТУДЕНТТЕРДИН КЕСИПТИК КӨНДҮМҮДӨГҮ
ЗАМАНБАП МАМИЛЕНИ КАЛЫПТАНДЫРУУ**

**И.М. Юлдашев, С.Б. Базарбаева, Д.М. Тыналиева,
Р.С. Абыкеева, Р.А. Масаева, М.Ж. Жаныбекова, У.Ш. Баудунова**
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
балдар стоматология кафедрасы (каф. баш. - д.м.н., проф. Чолокова Г.С.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада машыктыруучу класстарда окутуу жөнүндө жашыруу илдөө аркылуу, стоматология бөлүмүнүн 4-курстун студенттерин сурамжылоонун сереби көрсөтүлгөн. Класста практикалык көндүмдөргө үйрөтүү зарылчылыгы жөнүндө биртиш даярдоо үчүн заманбап талаптар болуп, фантомду колдонуу.

Негизги сөздөр: анкеталар, практикалык көндүмдөр, бир машыктыруучу изилдөө, бир элес.

CURRENT APPROACHES TO THE FORMATION OF STUDENTS' SKILL

I.M. Yuldashev, S.B. Bazarbaeva, D.M. Tynaliev, R.S. Abykeeva, R.A. Masaeva, M.Zh. Zhanybekova, U.Sh. Baudunova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
department of Pediatric Dentistry (Head of the Department – MD, Prof. G.S. Cholokova)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. This article presents an analysis of the survey of students of the 4th year of the dental faculty, through anonymous questionnaires, about training in simulation classes. On the need to practice practical skills in the classroom using simulators and phantoms, as this is a modern requirement for the level of training of a dentist.

Keywords: questioning, practical skills, simulation room, phantom.

Важным направлением в сфере высшего медицинского образования является необходимость усиления практического аспекта подготовки будущих врачей в сочетании с высоким уровнем теоретических знаний. Практические занятия - это важная часть подготовки специалистов стоматологов, которая проводится на базе стоматологического учебного научно - клинического центра (СУНКЦ) КГМА им. И.К. Ахунбаева.

В наше время существует много инновационных педагогических технологий, таких как практические клинические занятия и лекционные курсы. Лекции направлены на изучение студентами теоретических профессиональных знаний, а практические клинические занятия на приобретение важных навыков и умений [1].

Практические занятия направлены на формирование способностей применения полученных теоретических знаний во время обучения в вузе [2]. На кафедре хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии, терапевтической стоматологии, ортопедической стоматологии и на кафедре детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, имеется по 10 стандартных симуляционных установок. К ним каждой кафедрой составлен список квалификационных навыков, которыми студент должен овладеть в ходе учебного процесса. Появление фантомного симуляционного кабинета является необходимым направлением в учебном процессе для студентов всех курсов. Формирование и развитие навыков студента выполнять правильно технологию практической манипуляции [3]. На протяжении всего обучения ведется отработка и закрепление мануальных навыков.

Студенты осваивают общие принципы диагностики заболеваний органов и тканей полости рта, мануальные навыки врача стоматолога общей практики как основу для дальнейшего обучения на клинических базах. После этого студенты переходят в фантомные классы для применения полученных знаний на практике.

Условием формирования навыков и умений является тренировка студентов в приобретении умений самостоятельно решать, поставленные перед ним практические задачи.

Студент в симуляционном кабинете в условиях приближенным к настоящим, путем многократного повторения и разбора ошибок, имея при этом теоретическую подготовку, владея практическими навыками и отработав алгоритм лечения стоматологических патологий достигает совершенства своих психо - моторных навыков, навыков работы с оборудованием и пациентами, навыков работы в команде. Все занятия в симуляционном кабинете проводятся под руководством преподавателя, который помогает при выполнении клинических манипуляций, отвечая на возникшие в ходе работы вопросы и проводит разбор ошибок.

Целью нашего исследования является анализ опроса студентов об эффективности обучения в симуляционных классах и освоения практических навыков.

Материалы и методы исследования. В анкетировании участвовали 104 студента 4 курса стоматологического факультета. Анкетирование проводилось анонимно. Каждый из опрошенных студентов мог высказать свое мнение по поводу организации проведения практических занятий в симуляционных кабинетах, отвечая на заданные вопросы и оставляя свои комментарии и предложения. Анкета содержала 5

вопросов и от 2 до 4 вариантов ответа, которые включали опрос по использованию симуляционных кабинетов, по алгоритмам выполнения практических навыков, вопросы, отражающие практическую значимость данного этапа для студентов, один вопрос о предложениях по улучшению и изменению симуляционных классов, как обратная связь студента и преподавателя для улучшения работы кабинета.

Результаты исследования и их обсуждение. На первый вопрос анкеты «Видите ли Вы пользу от занятий в фантомном кабинете?» (табл.), ответили утвердительно 96 респондентов (92,3%), не видят пользы - 8 студентов (7,6%). Из указанных причин отметили, что у них не проводятся практические занятия в фантомных классах. Подавляющее большинство опрошенных видят и понимают пользу от занятий в фантомных кабинетах.

Второй вопрос анкеты подразумевал собой оценку по десятибалльной шкале, насколько фантомные классы приближают их к клиническому приему пациентов. На 10 баллов оценили 19 студентов (18,2%), на 9 баллов – 5 (4,8%), на 8 баллов - 22 (21,1%), на 7 баллов - 18 (17,3%), на 6 баллов – 16 (15,3%), на 5 баллов – также 16 студентов (15,3%), на 4 балла – 9 (8,6%), на 3 балла – 6 респондентов (5,7%), на 2 балла не оценил ни один человек и только один студент оценил пользу симуляционного кабинета на 1 балл. Большой процент анкетированных 21,1% оценили условия занятий в симуляционном кабинете на 8 баллов из 10, считая, что данная практика поможет им в реальных клинических ситуациях.

На вопрос «Для чего, по-вашему, нужны фантомные классы?» с вариантами ответов 1) для улучшения практических навыков 2) по учебной

программе 3) они вообще не нужны, почти все студенты отметили первый вариант ответа 100 человек (96,1%), 2 респондента (1,9%) считают, что симуляционные классы показаны по учебной программе, 2 человека решили не отвечать на этот вопрос. 96,1% респондентов понимают необходимость проведения практических занятий в симуляционных кабинетах.

На четвертый вопрос «Какие манипуляции Вы проводили в симуляционных кабинетах?» почти половина опрошенных студентов - 49 (47,1%) - занимались лечением кариеса, операцию удаления зуба выполнило 12 (11,5%) опрошенных и инъекционные манипуляции проводили 30 участников опроса (28,8%). Не ответили на вопрос 16 человек (15,3%). Большинство студентов занимались лечением кариеса, так как стандартная установка не предусматривает эндодонтического лечения.

60 человек (57,6%) из числа опрошенных нами студентов, на вопрос «Как часто Вы хотели бы посещать симуляционные классы?», ответили первым предложенным вариантом «на каждом занятии». 35 респондентов (33,6%) хотели бы посещать симуляционный класс через занятие. По одному человеку ответили третьим и четвертым вариантами ответа «никогда» и «раз в месяц». Больше половины, опрошенных изъявляют желание заниматься в симуляционном кабинете на каждом занятии.

Таблица - Результаты анкетирования студентов 4 курса стоматологического факультета

Вопросы	Количество студентов	Процентное соотношение
Видите ли вы пользу от занятий в фантомном кабинете	Да -96 Нет-8	Да -92,3% Нет-7,6%
Насколько фантомные классы приближают вас к клиническому приему пациентов		
1 балл	1	0,9%
2 балла	0	0%
3 балла	6	5,7%
4 балла	9	8,6%
5 баллов	16	15,3%
6 баллов	16	15,3%
7 баллов	18	17,3%
8 баллов	22	21,1%
9 баллов	5	4,8%
10 баллов	19	18,2%
Для чего, по-вашему, нужны фантомные классы		
1) для улучшения практических навыков	100	96,1%
2) показаны по учебной программе	2	1,9%
3) они вообще не нужны		
Какие манипуляции Вы делали		
1) лечение кариеса	49	47,1%
2) инъекционные манипуляции	30	28,8%
3) операция удаления зуба	12	11,5%
4) не ответили на вопрос	16	15,3%
Как часто Вы хотели бы посещать симуляционные классы		
1) на каждом занятии	60	57,6%
2) через занятие	35	33,6%
3) раз в месяц	1	0,9%
4) никогда	1	0,9%

Последний вопрос анкеты – это пожелания и предложения студентов по улучшению или изменению работы симуляционных классов. Тут респонденты предложили увеличить время работы в симуляционных классах, также увеличить количество самих фантомов, посещение класса сразу после теоретического разбора темы, расширить

список расходных материалов для работы.

Заключение. Полученные нами результаты свидетельствуют о том, что организация симуляционного обучения на кафедре детской стоматологии КГМА им. И. К. Ахунбаева в совокупности с традиционными занятиями является необходимостью. Известно, что

стоматологический прием ребенка имеет свои особенности. Выполнение неограниченного числа манипуляций адаптируют и приближают студента к реальным условиям работы с маленьким пациентом. Дает возможность познакомиться с практическим выполнением сложных практических стоматологических манипуляций, доводя их до совершенства, что в последующем облегчает стоматологический прием детей. Работа на симулянтах также является современным международным требованием к уровню и качеству подготовки будущих врачей-стоматологов.

Литература

1. Зубова, А.В. Мотивационная составляющая в организации самостоятельной работы студентов // Сибирское медицинское обозрение. – 2009. – № 2. – С. 97-100.
2. Григорян, В.Г. Роль преподавателя в организации самостоятельной работы студентов / В.Г. Григорян, П.Г. Химич // Высшее образование в России. – 2009. – №11. – С. 108-114.
3. Мастер-класс как форма профессиональной подготовки провизоров / [Л.В. Труфнова и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №6. – С. 97-99.

УДК 343.13.7.(575.2)

**АНАЛИЗ СТАТЕЙ УГОЛОВНО-ПРОЦЕССУАЛЬНОГО КОДЕКСА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 2017 ГОДА, ВСТУПИВШЕГО В СИЛУ
С 1 – ЯНВАРЯ 2019 ГОДА, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИХ ЭКСПЕРТНУЮ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

М.Ш. Мукашев, А.Э. Турганбаев, Б.А. Асанов, Токтосун у. Б.
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д. м. н., проф. Кудайбергенова И.О.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В 2017 году принят ряд законодательных, нормативных документов, среди которых и УПК КР, в котором отдельные главы и статьи посвящены организации назначения и производства экспертиз, даны понятия терминам экспертиза, заключения эксперта и т.д., определены права защитника, в частности, возможность назначения экспертиз на договорной основе путем ходатайства следственному судье, правах участников процесса (потерпевших, подозреваемых и др. лиц), и очень важно, о правах экспертов на защиту на государственном уровне. В то же время подпункты отдельных статей вызывают вопросы, которые подлежат конкретизации.

Ключевые слова: уголовно-процессуальный кодекс Кыргызской Республики, эксперт, экспертиза, права, гарантии, потерпевший, подозреваемый, объект.

**2019 ЖЫЛДЫН 1-ЯНВАРЫНАН БАШТАП ИШТЕЙ БАШТАГАН
КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН КЫЛМЫШ – ПРОЦЕССУАЛДЫК
КОДЕКСИНИН ЭКСПЕРТИЗА ЖУРГУЗУУНУ ТЕСКЕЙ ТУРГАН
БЕРЕНЕЛЕРИН ТАЛДОО**

М.Ш. Мукашев, А.Э. Турганбаев, Б.А. Асанов, Токтосун у. Б.
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м. и. д., проф. Кудайбергенова И.О.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2017 жылы бир топ укуктук мыйзамдар (кодекстер) кабыл алынган, алардын арасында Кылмыш – процессуалдык кодекси да бар. Кодекстин кээ бир Башкы болумдорундо (Главы) жана беренелеринде экспертизаны уюштуруу, жургузуу жонундо, дагы экспертиза, эксперттин корутундусу жана башка тушунукторду чечмелоо, жактоочунун, жабыр тарткандардын, шектуунун жана башка процеске катышкандардын укугу коргозулгон. Ошондой эле жактоочунун тергоо сотуна кайрылып келишимдиктин негизинде экспертиза жургузуу жонундо укугу айтылган. Ушулар менен бирге эксперттин Мамлекет тарабынан сактоого алынууга укугу бар экени коргозулгон. Ошону менен катар кээ бир беренелер боюнча суроолор пайда болду. Ошол суроолорду тактап-тастыктоо жана чечуу керек.

Негизги сөздөр: кылмыш – процессуалдык кодекс, эксперт, экспертиза, укук, кепилдик, жабырлануучу, шектуу, зат-буюм.

ANALYSIS OF THE ARTICLES OF THE CRIMINAL PROCEDURE CODE OF THE KYRGYZ REPUBLIC OF 2017, ENTERED INTO FORCE ON JANUARY 1, 2019, REGULATING EXPERT ACTIVITIES

M.Sh. Mukashev, A.E. Turganbaev, B.A. Asanov, Toktosun u. B.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(rector - DM, prof. Kudaybergenova I.O.),

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. In 2017, a number of legislative and regulatory documents were adopted, among which the Criminal Procedure Code of the Kyrgyz Republic, in which individual chapters and articles are devoted to the organization of the purpose and production of examinations, the concepts of terms of expertise, expert opinion, etc., defender's rights are defined, in particular the possibility of assigning examinations on a **contractual** basis by applying to the investigating judge, the rights of the participants in the process (victims, suspects and other persons), and very importantly, the rights of experts to defense at the State level. At the same time, the sub-paragraphs of individual articles raise questions that need to be specified.

Keywords: Criminal Procedure Code of the Kyrgyz Republic, 2017, expert, expertise, rights, guarantees, victim, suspect, object.

В 2017 году Жогорку Кенешем Кыргызской Республики принят ряд законодательных актов, в том числе и Уголовно–процессуальный кодекс.

Известно, что деятельность экспертной службы регламентируется правовыми актами в рамках Уголовно–процессуального, Гражданско–процессуального, Уголовного кодексов, законов, постановлений правительства и ведомственных правил, инструкций.

Целью настоящей статьи является анализ статей вновь принятого УПК КР, регламентирующих деятельность экспертной службы, которые отличаются от содержания статей УПК 2011 года.

Прежде всего, в кодексы введено понятие «следственный судья» и все действия предварительного следствия, в том числе и порядок назначения экспертиз, особенно по обращению

представителей (адвокатов) потерпевшей стороны, осуществляются решением «следственного судьи».

Полномочия защитника рассмотрены и расширены ст. 54 УПК – 2017 года. Согласно статье, защитник может обращаться к следственному судье с ходатайством о назначении экспертизы, в том числе о проведении экспертизы на **договорной** основе за счет стороны, по инициативе которой привлекается эксперт (п.2 п/п 4). По пункту 2 п/п 15 защитник может истребовать доказательства. Этот пункт вызывает вопросы, т.к. истребование, например, судебно–медицинского заключения, будет осуществляться каким образом и через кого, т.е. не прописан механизм истребования.

О возможности истребования справки, характеристик и иных документов

защитником, представителем потерпевшего от государственных органов, общественных объединений, а также иных юридических лиц указано в п/п 1 п.4 вышеуказанной статьи. Причем, указанные юридические лица обязаны представить защитнику, представителю потерпевшего запрошенные ими документы или их заверенные копии в течение 10 суток.

Подпунктами 2, 3, 4 п.4 настоящей статьи адвокат может «инициировать» на договорной основе производство судебной экспертизы; направить запрос в экспертное учреждение о проведении на договорной основе соответствующей экспертизы и привлечения на договорной основе специалиста. Если защитник может инициировать производство экспертизы ходатайством следственному судье, то непонятно, о каком запросе в экспертное учреждение идет речь о экспертизе на договорной основе (без постановления, определения?) и каким образом он будет привлекать специалиста. Эти подпункты, по нашему мнению, требуют разъяснений, прежде всего для экспертных учреждений.

О инициировании производства экспертиз защитником на договорной основе и привлечении специалиста на договорной основе сказано и в п/п 2,3 п.3 ст.93 (собираение доказательств); а соби́рание доказательств защитником путем истребования справок, характеристик, иных документов или их копий в течении 10 суток сказано в п/п 1 п.3 ст. 93 УПК.

О назначении следственным судьей экспертизы по ходатайству защитника о проведении экспертизы на договорной основе сказано в п.10 ст. 175 УПК КР.

В статье 59 УПК КР (2017) (эксперт)расписаны права (п.6), обязанности (п.7) и в 10 п. – «Эксперт не вправе» на переговоры с участниками процесса по вопросам, связанным с

проведением экспертизы (п/п 1) и проводить исследования, которые могут повлечь полное или частичное уничтожение предоставленных объектов либо изменение их внешнего вида без разрешения суда, следователя, органа дознания (п/п. 2). В УПК КР 2011 года в п/п 2 п.5 эксперт не вправе был самостоятельно собирать материалы для исследования, что обязывало эксперта истребовать, например, медицинские документы только через следователя, судью. В новом же УПК эта норма отсутствует, что, безусловно, заставит эксперта заниматься не свойственной ему функцией.

С нашей точки зрения, очень интересной статьей в УПК – 2017 года является ст. 78, под названием «Обеспечение безопасности уполномоченного должностного лица органа дознания, следователя, прокурора, судьи, присяжного заседателя, защитника, эксперта, специалиста, секретаря судебного заседания, судебного пристава». По этой статье и эксперт (также его близкие родственники, супруг (супруга), находясь под защитой Государства от посягательств на их жизнь или иного насилия в связи с рассмотрением дел в суде или досудебном производстве (п.1,2).

Источниками доказательств (ст. 82 - Доказательства) наряду с другими являются и заключения, и показания эксперта (п/п 2 п.2), показания специалиста (п/п 3 п.2), в отличие от ст. 81 УПК – 2011 года, в которой показания эксперта и специалиста не являлись доказательствами.

Статья 86 (заключение и показания эксперта). Заключение эксперта – оформленный в письменном виде официальный документ в виде выводов по вопросам, поставленным перед экспертом следователем, судом или

должностным лицом органа дознания (п.1).

Показания эксперта – сведения, сообщенные им на допросе, проведенном после получения его заключения (п.2).

В третьем пункте данной статьи прописано, что заключение эксперта не является обязательным для органа дознания, следователя, прокурора, суда. Возникает вопрос, а показания эксперта являются обязательным для следователя, суда и т.д.?

Статьей 87 УПК – 2017 года предусмотрены показания специалиста, однако об обязательности или не обязательности показаний специалиста для органов дознания, прокуратуры, следователя и суда нет разъяснений.

Собранные доказательства оцениваются следователем, прокурором, присяжными заседателями, судом по своему внутреннему убеждению, основанному на объективном и достаточном рассмотрении доказательств в их совокупности.

Статья 95 УПК – 2017 (оценка доказательств) дает право оценивать доказательства и уполномоченному должностному лицу органа дознания. В то же время ст. 22 (принцип беспристрастности и свободной оценки доказательств) в п/п. 2 судья оценивает доказательства по своему внутреннему убеждению, основанному на совокупности исследованных в судебном заседании доказательств, руководствуясь при этом законом и далее в п/п 3 – оценка доказательств дознавателем, следователем, прокурором в ходе досудебного производства не имеет обязательного значения для судьи.

Процессуальные издержки (ст. 143) т.е. расходы, связанные с производством по уголовному делу и делу о проступке, в том числе и связанные с производством экспертиз в экспертных учреждениях (п/п 8).

Статья 160 УПК – 2017 предусматривает недопустимость разглашения данных по уголовному делу в ходе досудебного производства.

Статьями 165 и 167 предусматриваются «Осмотр места происшествия» и «Осмотр трупа» соответственно.

Статья 165 включает в себя 14 подпунктов, в п/п 2 при необходимости для участия в осмотре места происшествия могут быть приглашены потерпевший, подозреваемый, обвиняемый, свидетель и защитник. С целью получения помощи по вопросам, которые нуждаются в специальных познаниях, следователь для участия в осмотре места происшествия может пригласить специалистов различных отраслей знаний. Пунктом 14 перечисляются поводы повторного осмотра того же места происшествия.

Статья 167 (осмотр трупа) включает 5 подпунктов, согласно которых:

1. Следователь производит осмотр трупа на месте его обнаружения с соблюдением требований статьи 165 настоящего Кодекса и с участием судебно-медицинского эксперта. Если участие эксперта окажется невозможным, то привлекается иной специалист из сферы медицины. При необходимости для осмотра трупа могут привлекаться также и другие специалисты.

2. Наружный осмотр трупа не заменяет и не исключает последующего назначения и проведения судебно-медицинской экспертизы.

3. Неопознанные трупы подлежат обязательному фотографированию, дактилоскопированию и изъятию образцов ткани для последующего установления личности трупа.

4. В случае необходимости проведения дополнительного либо повторного осмотра трупа участие

судебно-медицинского эксперта обязательно.

5. Заявление граждан об опознании умершего, сделанные в процессе осмотра трупа, заносятся в протокол данного следственного действия с последующим допросом заявителя в качестве свидетеля, что не исключает дальнейшее предъявление трупа для опознания другим лицам.

Процесс освидетельствования разъясняется статьей 168, согласно которой освидетельствование проводится для обнаружения на теле человека особых примет, следов преступления (или) проступка, телесных повреждений, выявления состояния опьянения или иных свойств, если для этого не требуется производство судебной экспертизы (п.1); о производстве освидетельствования следователь, орган дознания выносят постановление (п.2); освидетельствование производится следователем либо должностным лицом органа дознания. При необходимости следователь или орган дознания привлекают специалиста (п.4); при освидетельствовании другого лица свидетель либо орган дознания не присутствуют. В этом случае освидетельствование производится врачом (п.5); о производстве освидетельствования следователь или орган дознания составляют протокол (п.7). Процесс освидетельствования представителем органа дознания или следователем не исключает, нужно полагать, в последующем назначения экспертизы.

Глава 23 УПК – 2017 года (ст. 169 и 170) посвящены эксгумации и она проводится на основании мотивированного решения следственного судьи, суда (п.2) для осмотра захороненного трупа (п/п 1), опознание трупа (п/п 2), получения образцов тканей и органов или части трупа (п/п 3),

установление иных обстоятельств, имеющих существенное значение для уголовного дела (п/п 4).

Глава 24 УПК – 2017 года посвящена экспертизе. Статья 171 (основание назначения экспертизы) – основанием являются: установление причины смерти (п/п 1 п.2); характера и степени вреда, причиненного здоровью (п/п 2 п.2); психического и физического состояния подозреваемого, обвиняемого (п/п 3 п.2); психического или физического состояния потерпевшего, свидетеля (п/п 4 п.2), возраста подозреваемого, обвиняемого, потерпевшего (п/п. 5 п.2). Статья 172 определяет порядок назначения экспертизы и производство экспертизы может быть поручено государственным и (или) негосударственным экспертным учреждениям или экспертам (п.3). Пунктом 11 данной статьи при наличии заявления о применении пыток или жестокого обращения предусмотрено назначение судебно-медицинской экспертизы в течение 12 часов.

Рассмотрение следственным судьей ходатайства о назначении экспертизы (ст. 175) в 10 пункте указывает, что следственный судья, рассматривающий ходатайство защитника о назначении экспертизы, проводимой по его инициативе на договоренной основе за счет заинтересованных лиц, выносит постановление, которым поручает ее проведение экспертам из числа лиц, указанных в ходатайстве.

Гарантии прав лиц, в отношении которых производится экспертиза, перечислены в статье 176 УПК – 2017, коими которых являются:

1. При производстве экспертизы живых лиц запрещаются:

1) лишение или стеснение их прав, гарантированных законом (в том числе путем обмана, применения насилия, угроз и иных незаконных мер), в целях получения от них сведений;

2) использование указанных лиц в качестве субъектов клинических исследований, медицинских технологий, фармакологических и лекарственных средств;

3) применение методов исследования, предусматривающих хирургическое вмешательство.

2. Экспертиза, производимая в отношении лица с его согласия, может быть прекращена на любой ее стадии по инициативе указанного лица.

Статьями 177 и 178 УПК – 2017 года прописаны производство экспертизы в экспертной организации и вне экспертной организации. Пунктом 3 статьи 177 в случае производства экспертизы на договорной основе на основании постановления следственного судьи, вынесенного по ходатайству защитника, материалы предоставляются стороной защиты. Нужно полагать, что речь идет о предоставлении доказательств.

Законодательно предусмотрены комиссия (ст. 180), комплексная (ст. 181), дополнительная и повторная (ст. 182) экспертизы.

Объектами экспертизы (ст. 183) могут являться вещественные доказательства, документы, тело и состояние психики человека, трупы, животные, образцы и иные объекты, имеющие значение для дела, а также относящиеся к предмету экспертизы сведения, содержащиеся в материалах уголовного дела и (или) дела о проступке.

Сообщение о невозможности дачи заключения указывается в статье 186 УПК – 2017. Если эксперт убеждается, что поставленные вопросы выходят за пределы его специальных познаний или представленные ему материалы непригодны или недостаточны для дачи заключения и не могут быть выполнены либо если состояние науки и экспертной практики не позволяет ответить на поставленные вопросы, он составляет мотивированное сообщение о невозможности дачи заключения и направляет его органу или лицу, назначившим экспертизу. Очевидно, что речь идет о том вопросе постановления, определения, на который невозможно дать ответ.

Допрос эксперта (ст. 187 УПК - 2017) допускается, только после представления им заключения.

Краткий анализ УПК – 2017 года свидетельствует о существенных изменениях в отдельных статьях, ряд статей, регулирующих экспертную деятельность, расширены или конкретизированы, отдельные подпункты некоторых статей вызывают вопросы, что говорит о несовершенстве некоторых норм УПК и очевидно, что требуют доработок, конкретизации.

Литература

1. УПК КР. - Бишкек, 2011.
2. УПК КР. - Бишкек, 2017.

УДК 616.24 - 002.5 - 07:612.654

**И.К. АХУНБАЕВА АТЫНДАГЫ КММА ФТИЗИАТРИЯ КАФЕДРАСЫНЫН
ТАРЫХЫ ЖАНА ИЙГИЛИКТЕРИ**

М.Д. Субанбеков, Г.К. Турдумамбетова, А.К. Байтелиева

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

E-mail: altynai_baiteliyeva@mail.ru

gulnusik@mail.ru

Корутунду. И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиянын 80 жылдык мааракесине карата фтизиатрия кафедрасынын жетишкендиктери жана ийгиликтери көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: кургак учук (туберкулез), тарых, маараке, фтизиатрия, кафедра.

**ИСТОРИЯ И ДОСТИЖЕНИЯ КАФЕДРЫ ФТИЗИАТРИИ
КГМА ИМ. И.К. АХУНБАЕВА**

М.Д. Субанбеков, Г.К. Турдумамбетова, А.К. Байтелиева

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

Резюме: в данной статье, посвященной 80-летию Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева, отмечены достижения и успехи кафедры фтизиатрии.

Ключевые слова: туберкулез, история, мероприятие, фтизиатрия, кафедра.

**HISTORY AND ACHIEVEMENTS OF THE DEPARTMENT OF PHTHISIASTRY
OF KSMA NAMED AFTER I.K. AKHUNBAEV**

M.D. Subanbekov, G.K. Turdumambetova, A.K. Baiteliyeva

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

Summary: This article notes the achievements and successes of the department of phthisiology, dedicated to the 80th anniversary of the Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev.

Key words: tuberculosis, history, events, phthisiology, department.

Биз бүгүн тарыхый окуяга – Иса Коноевич Ахунбаев атындагы Кыргызстан мамлекеттик медициналык академиясына 80 жылдык мааракесине

күбө болуп отурабыз. Биз бул үчүн аябай кубанычтабыз.

Бул биздин, медицина тармагында эмгектенгендердин гана майрамы эмес,

бүт Кыргызстандын элинин майрамы десек жарашат. Кыргызстандын элинин саламаттыгы үчүн күрөшүп келе жаткан биздин сүйүктүү академиябызга 80 жыл толуп, өзүнүн басып өткөн жолунун жыйынтыгын чыгарып жаткан учур.

Биздин, Иса Коноевич Ахунбаева атындагы, Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясына 80 жылдык мааракесин белгилеп жатат: Кыргызстандагы жападан жалгыз жогорку медициналык окуу жайы. 80 жылдын ичинде не деген дүйнөгө атактуу окумуштуулар иштеген жок, миңдеген таланттуу дарыгерлерди, окумуштууларды тарбиялап өстүрүп чыгарды. Алардын ысымы эч качан унутулбайт. Айрыкча, академик Мирсаид Миррахимов, жетекчиси профессор Вольский Мирон Ефимович, академик Данияров Санжарбек Бакирович, жетекчиси Конради Георгий Павлович, академик Арстанбек Мурзалиевдин, академик Дүйшө Кудаяровдун жетекчиси, профессор Борис Фабиянович Шаган, Добулбек Алымкуловдун жетекчиси Абрам Юлаевич Тилис жана башка дагы профессорлор: Френкель Георгий Павлович физиология боюнча, Канторович Николай Витальевич психиатрия боюнча, Лехтман Михаил Наумович–гинекология, Малышев Борис Федорович патанатомия боюнча, мындан башка да көптөгөн Эльберт Борис Яковлевич микробиология боюнча, Лямцев Виктор Трофимович патоморфология боюнча, Лехтман Михаил Наумович акушерство гинекология боюнча, Кононов Виктор Сергеевич балдардын хирургиясы боюнча, Малышев Борис Федорович патологиялык анатомия боюнча, Саенко Алексей Ильич рак оорусу боюнча, Рухман Лев Ефимович травматология боюнча, Круглов Анатолий Николаевич, Фридман Максим Ефимович хирургия боюнча, мындан башкада көптөгөн

окумуштуулардын кыргыз балдарын илимге даярдоодо эмгектери өтө зор. Алар даярдап, тарбиялаган профессорлор, академиктер бүгүн Республикада эмес, дүйнөгө белгилүү окумуштуулар: Кыргыз Эл баатырлары академик Мамакеев Мамбет Мамакеевич, академик Мамытов Миталип Мамытович, академиктер: Кудаяров Дүйшө Кудаярович, Мурзалиев Арстанбек Мурзалиевич ж.б.

Союз убагында, биздин медициналык институт, баардык жагынан Борбордук Азиядагы эле эмес СССРдеги алдынкы окуу жайлардын бири болгон.

Сүйүктүү Академиябыз уюштурулгандан баштап, дайыма өсүү жолунда болгон. Аны өзүм эмгектенген кафедранын ишмердигинде баян этейин.

1941–жылы факультеттик терапия кафедрасынын алдында (кафедранын жетекчиси проф. Вольский М.Е), доценттик курс ачылып, аны республикага эмгеги сиңген врач Л.А. Франк жетектеген.

1959–жылы доценттик курстун ордуна фтизиатрия кафедрасы уюштурулуп, 1960-жылга чейин медицина илимдеринин кандидаты, ассистент Петр Михайлович Фукс жетектеген. 1960-жылдын январь айынан 1963 – жылдын август айына чейин, белгилүү илимпоз кургак учукка каршы уюштургуч, Москвадагы кургак учукка каршы институтунун ага илимпозу, профессор Соломон Ефимович Незлин кафедраны жетектеген.

Ошентип, доценттик курс уюштурулган күндөн баштап, республикада кургак учукка каршы күрөшүүдө доценттик курстун, кафедранын орду чоң рол ойной баштады.

Кайра 1964-жылдан 1974-жылга чейин кафедрага Кыргыз Республикасына эмгеги сиңген дарыгер, доцент Петр Михайлович Фукс жетекчилик кылды.

Курс, кафедра уюштурулгандан баштап, бардык факультеттерге окуу программалары бекитилип, студенттерге кургак учуктан сабак бериле баштаган. Кафедранын ишмердигинде илим-изилдөө иштери приоритеттүү болгон.

1960 - 1970 жылдары кафедрада Кыргызстандагы студенттердин арасында кургак учуктун эпидемиясынын алдын алуу, республиканын түндүк түштүк тоокендеринде иштеген жарандардагы силикоздун, силикотуберкулездун, кониотуберкулездун өзгөчүлүктөрү деген багытта илимий – изилдөөлөр жүргүзүлгөн (П.М. Фукс., Г.А. Гудзовский).

Андан кийин кафедранын коллективи фиброздуу-каверналуу кургак учугунда эмгекке жарамдуулугу (ассистент М.А. Исхакова), балдардын жана өспүрүмдөрдүн кургак учугунда, дем алуу органдарынын бийик тоолуу шарттагы өзгөчүлүктөрү (доц. М. Д. Субанбеков), өпкө кургак учугунда коллапсотерапияны колдонуу (асс. В.Я. Зубарева., доц. А.С. Третьяков), кургак учукта комплекстүү дарылоо (доц. А.А. Асанбаев., Е.М. Френкель) темаларында ийгиликтүү иштерди жасаган.

1974-жылдан 1986-жылга чейин кафедраны доцент А.А. Асанбаев жетектеп, бул мезгилде, өзгөчө көңүл окуу, окутуу методикасына жана студенттерди тарбиялоо иштерине көп көңүл бурула баштаган. Ошондой эле, кафедрада алгачкы кесипке үйрөтүү, республикалык врачтар үчүн тематикалык циклдер, фтизиатриядан терапевтер үчүн, инфекционис дарыгерлер, рентгенолог дарыгерлер, саламаттыкты сактоо органдарына жана педиатрлар илим-изилдөө туберкулез институтунун илимий кызматкерлеринин катышуусу менен (проф. Е.А. Финкель, М.И. Китаев, м.и.д. Г.В. Хитрина, илимий кызматкерлер: Б.Л. Кибрик, В.Л.

Морозов, П.И. Лиморев, Д.И. Покотило, Л.А. Горелкин ж.б. ошол мезгилдеги институттун директорлору: доц. У.Б. Абаков, м.и.к. В.А. Петросянс) өткөрүлүп турду.

Кафедрада практикалык жумуштар боюнча студенттерге түшүнүктүү болуш үчүн атайын блок схемасы иштелип чыккан. Студенттердин билимин текшерип үчүн программалык окуу, контролдук курстар, факультеттер үчүн спецификасына жараша кеңири колдонулган. Кафедранын коллективи көп улуттуу, 14 кызматкер үзүрлүү эмгектенип келүүдө: м.и.к. М.А. Исхакова, м.и.к. Р.М. Френкель, м.и.к. Ы.Д. Жолдубаев, В.Р. Боуэр, доценттер: А.С. Третьяков, М.Д. Субанбеков, А.А. Асанбаев, Т.Ч. Чубаков, Т.К. Кашенов, Л.К. Наматбекова, м.и.к. Р.Ш. Галиева, м.и.к. А.Б. Азыкова, м.и.к. К.А. Дуйшимбекова, Т.Т. Кадыркулов, м.и.к. М.А. Мамбетов.

1970-1980 жылдары кафедранын негизги илимий тематикасы кургак учукка коркунучу бар жарандар, оорунун кайталанышы, кургак учуктун проблемасы жана аракеттик (Т.Ч. Чубаков, К.Р. Маматов), балдардын, өспүрүмдөрдүн кургак учугунун өзгөчүлүктөрү (доцент М.Д. Субанбеков, ассистент Р.Ш. Галиева, Л.К. Наматбекова), жана өпкө кургак учугунун иммундук химиотерапиясы (А.А. Асанбаев, Р.М. Френкель) ж.б. болгон.

Доцент Субанбеков М.Д. республикада биринчилерден болуп, комплекстүү илимий практикалык программасын изилдеп, программанын тематикасы «Дени соо жана кургак учук менен ооруган балдардын дем алуу жана газ алмашуу системасын» Кыргыз республикасынын ар түрдүү климаттык-географикалык шарттарда текшерип, төмөнкүдөй тыянак чыгарган: илимий изилдөөнүн негизинде доцент

Субанбеков М.Д. жаңы илимий формула (1967-жыл), таблица (1971-жыл), номограмма (1974-жыл), дем алуунун функциясынын көрсөткүчүн жана гемодинамикасын эсептеп чыгарып, өзүнө ылайыктуу өлчөмдөгү дем алуу жана газ алмашуусун төмөндөтүлгөн барометрдик басымда аныктоого мүмкүнчүлүгүн тапкан. Автордун сунуш кылган формуласын, таблицасын, номограммасын Н.И. Ярошенко кандидаттык диссертациясына, Т. Тулекеев кандидаттык жана докторлук диссертацияларына ийгиликтүү колдонушкан.

1986-1988-жылдары кафедраны профессор И.П. Зиновьев, андан кийин 1989-1990-жылдары профессор Т.Ч. Чубаков башкарышты. Бул мезгилде бардык окуу-методикалык, дарылоо жана консультациялоо иштери бир кыйла жогорку деңгээлге көтөрүлгөн. 1990-жылдан баштап кафедра «Фтизиатрия» деп атала башталды.

1994-2004-жылдары кафедраны м.и.д., профессору А.Ш. Алишеров бир эле мезгилде кафедранын башчысы, Кыргыз илим изилдөө институтунун директору, андан кийин Кыргыз республикасынын саламаттыкты сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук фтизиатрия борборунун генералдык директору болгон.

1990-жылдардын аягында 2000 жылдардын башында республикада кургак учуктун эпидемиологиялык көрсөткүчтөрү начарлай баштаган. Бул окуя кургак учука каршы күрөшүү ыкмаларын өзгөртүп, Кыргыз Республикасында кургак учука чалдыгуунун жана өлүмгө учуроонун санын кыскартуу максатында, калкты кургак учуктан сактоо максатында, Кыргыз Республикасында жарандардын саламаттыгын сактоо жөнүндө, өкмөт тарабынан улуттук кургак учук программалары кабыл алынды. Кургак

учука каршы программалар: «Туберкулез – I» 1996 - 2000 жылдарга [1]; «Туберкулез - II» 2001 - 2005 жылдарга [2]; Туберкулез - III» 2006 – 2010 жылдарга [3]; «Туберкулез – IV» 2011 - 2016 жылдарга [4]; «Туберкулез – V» 2012 - 2017 [5] жылдарга кабыл алынды.

Улуттук программалар кабыл алынгандан баштап республикада эпидемиялык көрсөткүчтөрдүн салыштырмалуу төмөндөшү байкалды. Кургак учука чалдыгуунун көрсөткүчү калктын 100 миң адамына эсептегенде 167,8 учурдан (2001 - жыл) 93,4 учурга чейин кыскарган (2016 - жылы), кургак учуктан өлүмгө учуроо калктын 100 миң адамына эсептегенде 27,0 учурдан (2001 - жыл) 5,6 учурга чейин (2016 - жыл) азайган. Балдар арасында орууга чалдыгуунун саны дээрлик 4 эсеге кыскарган: калктын 100 миң адамына эсептегенде 82,2 учурга (2002 - жыл), 20,8 учурга чейин (2016 - жыл). Республикада кургак учуктун сезимталдуу формасы менен ооругандарды дарылоонун натыйжалуугу – 56,1%, бул дүйнөлүк саламаттыкты сактоо уюмунун көрсөткүчтөрүнөн төмөн болуп эсептелинет. Бул көрсөткүчтөргө жетишүүдө, кафедранын кызматкерлеринин салымы чоң.

Ошого байланыштуу, БУУнун сунушу боюнча ДОТС, ДОТС «+» программа Кыргызстанда кабыл алынып, дартты аныктоо жана дарылануусу жакшырды. Мындай принциптүү кургак учукту табууда тастыктоодо, көзөмөлдөөдө, дарылоодо жана кургак учукту алдын алууда, ошондой эле, Кыргыз-Фин өпкө соолуктуруу программасын киргизүүдөгү план программаларды колдонуу келечекте дарыгерледи даярдоодо көмөк болду.

2004-2013-жылдары кафедраны доцент, Республикага эмгеги сиңген дарыгер А.А. Асанбаевдин жетекчилиги

менен ишмердүүлүгүн улантты. Кафедрада окуу процесин өзгөртүү, жакшыртуу үчүн модернизациялоого өткөн. Студенттерди кабыл алуунун өзгөргөндүгүнө байланыштуу, контракт жана бюджеттик формада окутууга байланыштуу, чет өлкөлүк студенттерди окутуу боюнча кафедранын профессорлук-окутуучулар курамы да өзгөрдү. Жаңы окуу план-программасын түзүүдө жаш билимдүү, инициативдүү ассистенттердин ролу жогорулады. Аларга ассистенттер: К.Р. Маматов, С.В. Федорова, Г.К. Турдумамбетова кирет. Өпкөнүн кургак учугунда микобактериялар учукка каршы дарыларга туруктуу боло баштагандагы проблемага каршы комплекстүү илимий изилдөөнү медицина илимдеринин кандидаты, доцент К.Р. Маматов баштаган. 2008-жылдан баштап учукка, СПИДге (АИЖС), безгекке каршы күрөшүүдө глобалдуу фонду менеджери болгон (туберкулез компонент).

2013-2015-жылдары кафедранын башчылык милдетин аткарып Улуттук фтизиатрия борборунун (УФБ) директору м.и.д. фтизиоуролог Кадыров А.С. келди. Өзү уролог болгонуна байланыштуу кургак учуктун өпкөдөн тышкары органдардын кургак учугуна көңүл бура баштады.

2015-жылдын сентябрь айынан кафедраны м.и.к., доцент, уюштургуч фтизиотерапевт, 22 жылдык педагогикалык стажы бар тажрыйбалуу клиницист Турдумамбетова Г.К. кафедраны конкурстун негизинде жетектей баштады.

Акыркы жылдары кафедранын негизги илимий багыты «Бишкек шаарындагы жогорку окуу жайлардын студенттеринин кургак учук менен ооруушу, жугузуп алуу коркунучу» боюнча ассистент С.В. Федорова кандидаттыгын жактап, бүгүнкү күнү Кыргызстандагы Эл аралык

университетинде (МУК) кафедраны жетектейт. «Туберкулез менен кант диабети айкалышканда дарылануунун өзгөчүлүгү» маселесин Г. К. Турдумамбетова бүгүнкү күнү кафедранын башчысы, м.и.к., доценти изилдеген.

«Фтизиатрия» кафедрасы уюшулгандан баштап, кафедрада төрт докторлук, он төрт кандидаттык диссертация жакталган. Азыр кафедранын үч ассистенти илимий изилдөөлөрүн аяктап, диссертацияларын жактоо алдында турушат. Алар: Байтелиева А.К, диссертациянын темасы: «Кыргыз республикасында латенттик кургак учукту аныктоо жана алдын алуу», илимий жетекчиси м.и.д., проф. С.Б. Данияров атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык кайра даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу Институтунун (КММКДжКЖИ) ректору Чубаков Т.Ч.; Ахметова Р.Х. диссертациянын темасы: «Современные аспекты диагностики, клиники и лечения туберкулеза легких, сочетанного с ВИЧ инфекцией». илимий жетекчиси м.и.д. УФБ директору Кадыров А.С.; Гончарова О.С. диссертациянын темасы «Туберкулез среди мигрирующего населения в Кыргызской Республике», илимий жетекчиси м.и.д., Улуттук Фтизиатрия Борборунун (УФБ) директору Кадыров А.С.

Кафедрада 824 илимий эмгек, анын ичинде 12 монография, 2 жаңы ачылыш, 6 рационализатордук сунуш, 30 методикалык усул, 4 окуу китеби, 3 методикалык сунуш жарык көрдү. Акыркы үч жылдын ичинде 28 илимий басылма, анын ичинде Кыргызстанда - 20, чет өлкөдө - 8, окуу китеби - 3, методикалык сунуш - 14.

2006-жылдын октябрь айынан баштап, фтизиатрия кафедрасы Кыргыз-Фин програмасынын сунушу боюнча,

«Фтизиопульмонология» кафедрасы деп аталган. Кургак учук менен жалаң өпкө гана жабыркабастан, баардык органдар жана системалар ооруга чалдыгат (тери, бездер, көз, кулак, мурун, жыныс орандар, нерв системасы, мээ ж.б.), ошол себептен, кафедранын мурдагы аты «Фтизиатрия» кафедрасы деген аталышы туура болду деп эсептейм. Азыркы күнү кафедрада эмгектенип жатышкан кызматкерлер:

1. Турдумамбетова Гульнура Кенешбековна м.и.к., жогорку даражадагы фтизиатр-дарыгер, доцент, кафедранын жетекчиси.

2. Субанбеков Мырзабек, м.и.к., жогорку даражадагы фтизиопедиатр-дарыгер, доцент, Кыргыз Республикасына эмгек сиңген врач, Кыргыз Республикасынын алдында эмгеги сиңиргени үчүн персоналдык пенсионер.

3. Ахметова Рамиля Хумаровна, кафедранын окуу бөлүмүнүн башчысы, ассистент.

4. Байтелиева Алтынай Карыпбаевна, ассистент, жогорку даражадагы врач фтизиатр-дарыгер.

5. Гончарова Ольга Сергеевна, ассистент.

6. Өмүралиева Гүлжан Өмүралиевна, ассистент.

7. Субанкулова Динара Автандиловна, кафедранын улук

лаборанты, юридикалык жогорку билимдүү.

Бүгүнкү күндө жетекчибиз, Иса Коноевич Ахунбаев атындагы Кыргызстан мамлекеттик медициналык академиянын баркын жогору, жеткире турган, иштин баардык жагын туура билген, дасыккан педагог-клиницист, уюштуруучулук, интеллектуалдык жөндөмү бийик, элибизге белгилүү окумуштуу, профессор Кудайбергенова Индира Орозобаевна ректор болуп иштеп жатат. Жетекчибизге ийгиликтерди каалап кетким келет.

Адабият:

1. Кыргыз Республикасынын өкмөтү, Токтом, 1995 жылдын 15 декабрь №531 1996-2000 «Кургак учук» программасы

2. Кыргыз Республикасынын өкмөтү, Токтом, 2002 жылдын 6 июнь айы, 2001-2005 жылдары «Кургак учук – II» программасы

3. Кыргыз Республикасынын өкмөтү, Токтом, 2006 жылдын 6 май айы, №331 2006-2010 жылдары «Кургак учук – III» программасы

4. Кыргыз Республикасынын өкмөтү, Токтом, 2013 жылдын 10 июнь айы, №323 2013-2016 жылдары «Кургак учук – IV» программасы

5. Кыргыз Республикасынын өкмөтү, Буйрук №448 2 октябрь айы 2017 жыл