

Научный медицинский журнал

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР,
регистрационное свидетельство №002564, почтовый индекс 77346.

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины.

Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012 г.

www.kgma.kg

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

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

Ответственный секретарь – **Маматов Ниязбек Нурланбекович**, к.м.н., e-mail: drmamатов@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, заслуженный деятель науки КР, зав. каф. базисной и клинической фармакологии им. М.Т. Нанаевой

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

Кудайоров 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

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

Редакционный Совет:

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., профессор

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 Луган – 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., Министр здравоохранения Кыргызской Республики

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 медакадемии 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.

Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция министрлигинде каттоодон өткөн,
катоо күбөлүгү №002564, почталык индекс 77346.

Медицина тармагында докторлук жана кандидаттык диссертациялардын материалдарын жарыялоо үчүн

КР Жогорку аттестациялык комиссиясы сунуштаган журналдардын тизмесине кирет.

2012-жылдан бери Россиялык илимий цитата беруу индекси менен индекстелет.

www.kgma.kg

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

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

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

Редакциялык жамаат:

Адамбеков Д.А. – м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-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 мүчө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер, М.Т. Нанаева атындагы базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы

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

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

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

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

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

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

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

Редакциялык Кеңеш:

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

Бейшенбиева Г.Дж. – м.и.д., профессор м.а., «Мээмандык кызмат» кафедрасынын башчысы

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

Джумабеков А.Т. – м.и.д., профессор, КазҰОМУ хирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казахстан)

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 Лутан – профессор, Женев университет (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

Тилекеева У.М. – м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын 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, КР саламаттык сактоо Министри

Чонбаева 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 көч., 92 КММА.
Телефону: (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.

Scientific Medical Journal

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

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

www.kgma.kg

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

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

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

Editorial Board:

Adambekov D.A. – dr. med. sci., prof., corresponding member
NAS KR, the head of microbiology, virusology 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 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, Honored Scientist KR, the head of fundamental and clinical
pharmacology department named after M.T. Nananeva

Editorial Council:

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)

Batyraliev T.A. – dr. med. sci., prof.

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

Cholponbaev C.S. – dr. farm. sci., prof., Minister of Health of KR

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 Mon-
golian 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

Kadyrova R.M. – dr. med. sci., prof., the head of children infec-
tious diseases

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

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

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

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

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

Mirrahimov E.M. – dr. med. sci., prof., the head of faculty ther-
apy department

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

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

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

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

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

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

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

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

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str. 92 KSMA.

Phone: (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

- Садыбакасова Г.К., Умуралиева А.М.** Клинические особенности цитомегаловирусной инфекции у детей до первого года жизни и до 15 лет в г. Бишкек 11
- Сатаркулова А.М.** Динамика изменений сердечного ритма у иностранных студентов в процессе годичного цикла обучения 14
- Сейдахметова Р.Б., Арыстан Л.И., Адекенов С.М., Табриз Н.С.** Оценка клинической эффективности препарата «Экдифит» в качестве анаболического средства у больных туберкулезом легких 20
- Тургунов Е.М., Мадияров А.Е., Золотарёв Д.В., Арыстан Л.И., Сейдахметова Р.Б., Адекенов С.М.** Клиническое исследование безопасности ранозаживляющего препарата «Аяфрол, мазь 3%» 25

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

- Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж., Жайлообаева А.Т., Кубанычбек к. М., Шаповалова А., Ботбаева Э., Нурдинов Б., Ошбаева А., Кожокулова Н., Осмонканова Н., Запар к. З.** Семейные врачи – лидеры на пути к лучшему здоровью (К Всемирному дню семейного врача – 19 мая) 31
- Кожанов А.С., Усубалиев М.Б., Кадырова А.И., Ибраимова А.Д., Шабданбекова А.Ш.** Оптимизация лечения распространенного вульгарного псориаза 37
- Курманалиева З.Б., Кулболдуева Б.Ч.** Роль специалистов сестринского дела при оказании паллиативной помощи пациентам 41
- Токтогонова А.А., Курманова Н.К., Азыкова А.Б., Токторгазиева К.А., Ахметова Р.Х., Умуралиева Г.О.** Мотивационная поддержка при ведении случаев туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя 45
- Усубалиев М.Б., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д., Кадырова А.И., Нурмаматова Б.Н.** Комплексное лечение больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы с учетом иммунного статуса 49

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

- Абитова А.А., Сайдахметова Ч.Т., Сайдахметов Т. Б., Черных А.В., Гайдамак В.В.** Морфофункциональные изменения при первичном и вторичном птеригиумах 53
- Жолборсов А.А., Ниязов А.А., Жумагулов Н.Н.** Тромбозомболические осложнения при полостных операциях 57
- Маматов Э.А., Алимбеков Ж.А.** Обоснование кратковременного пребывания больных в условиях стационара при остром и хроническом холецистите 61
- Мирзоев Х.Х.** Оптимизация оперативного и консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника 65
- Мусаев А.И., Алиев М.Ж., Максут уулу Э., Калыбеков Т.А., Балтабаев А.И., Жолдошбеков Е.Ж.** Профилактика воспалительных осложнений после эхинококкэктомии печени 74
- Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж.** Инфракрасное лазерное излучение в профилактике осложнений при деструктивном холецистите 78
- Ниязбеков К.И., Макеева М.Н.** Симультантные операции при заболеваниях щитовидной железы и желчнокаменной болезни 81
- Оморов Р.А., Айтикеев А.У., Кубатбеков Р.К.** Комплексный подход в снижении болевого синдрома после видеолапароскопической холецистэктомии 86
- Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т., Ибраимов Б.А., Чапыев М.Б., Самаков А.А., Бигишиев М.М., Ломанов Н., Келгенбаев Д.** Хирургический сепсис. Современное состояние проблемы, клиническая диагностика и лечение. Обзор литературы 90

Ташибеков Ж.Т. Результаты хирургического лечения позвоночно-спинномозговой травмы	94
Тойгонбеков А.К., Уметов М.З., Харитонов М.Ю., Туманбаев А.М. Особенности возникновения эзофагитов в зависимости от реконструкции пищеводно-кишечного анастомозов после гастрэктомии у больных раком желудка	101
Ырысов К.Б., Сейдельдаев А.Ж. Способ хирургического лечения хронических субдуральных гематом	104
ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Исаков Э. О., Бекбосунова А.Б. Ортодонтическое лечение в комплексной терапии заболеваний тканей пародонта	109
Нурбаев А.Ж., Эркинбеков И.Б. Практика новых методов протезирования на имплантатах	115
АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ	
Бообекова А. А., Калканбаева Ч. К., Исаева Э.К. Течение беременности у женщин с хроническим пиелонефритом	120
Насирдинова Ж.М. Проблемы диагностики туберкулёза у беременных женщин в Кыргызской Республике	123
Орозова Ч.А., Калканбаева Ч.К., Бообекова А.А. Частота развития и факторы риска акушерских кровотечений у женщин с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы	128
ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ	
Асанбекова Ж.А., Бектурсунов Т.М., Абдылдаева З.Э., Ишаева Э.Ш., Урматова Б.К. Факторы риска развития внутриутробной инфекции у новорожденных	132
Кочкорова Ф.А., Эсенаманова М.К., Эрбаев А.Т. Пищевое поведение и здоровье школьников	137
Кадырова А.Ш., Кушубеков Д.К. Особенности черепно-мозговой травмы у детей с синдромом жестокого обращения	145
Сулайманов У., Беделбаев М., Ерушкевич Д.С., Карамурзаева Г.А., Жообаев Н., Кадырова Р.М. Эффективность применения препарата «Лактиале малыш» для лечения секреторной диареи у детей	149
ВОПРОСЫ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ	
Мамадыев Б.М., Мукашев М.Ш. Судебно-медицинская характеристика смертности трудоспособного населения в структуре ненасильственной смерти	153
Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Ибраева О.Д., Ясанова С.В. Объем и структурная характеристика судебно-медицинских экспертиз, проведенных в отделе комиссионных и комплексных экспертиз РЦСМЭ МЗ Кыргызской Республики за 2013-2014 годы	157
Мукашев М.Ш., Ясанова С.В., Будайчиев М.Б. Анализ судебно-медицинских экспертиз профессиональных правонарушений медицинских работников за 2013-2014 годы (по материалам РЦСМЭ МЗ Кыргызской Республики)	164
Токонов Т., Айтмырзаев Б.Н., Мукашев М.Ш. Структура и частота встречаемости смертельных огнестрельных ранений и взрывных травм по данным РЦСМЭ МЗ КР за 2012-2016 гг.	169
Токтосун у Б., Пак Е.А., Айтмырзаев Б.Н. Анализ частоты и структуры смертельных дорожно-транспортных происшествий по данным РЦСМЭ МЗ КР за 2014-2016 гг.	173
Токтосун у.Б., Пак Е.А., Мукашев М.Ш., Асанов Б.А. Структурная характеристика смертельного автомобильного травматизма (за 2000 и 2007-2010 годы по материалам РЦСМЭ МЗ КР)	177

ВОПРОСЫ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ

Мураталиева А.Д., Конурбаева Ж.Т., Кулжабаева Г.С., Исмаилова Д.Н., Ташиева Н.А.
Концепция интеграции народной и современной медицины в Кыргызской Республике 182

Мураталиева А.Д., Исмаилова Д.Н., Капаров Б.М., Акынбекова М.А. Особенности развития
кыргызской эмпирической медицины, роль лекарственных растений в лечебной практике 187

ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНЕ

Абдырасулова Э.К. Некоторые лексические проблемы по проведению уроков кыргызского языка
для студентов-медиков 193

Дуйшеналиева Ж.А. Особенности в обучении медицинских эвфемизмов 197

НЕГИЗГИ МЕДИЦИНА

Садыбакасова Г.К., Умуралиева А.М. Бишкек шаарында жашаган балдардын, бир жашка чейин жана 15 жашка чейинки цитомегало-вирустук оорунун клиникалык өзгөчөлүктөрү	11
Сатаркулова А.М. Чет элдик студенттердин жылдык окуу процесс учурунда жүрөк ыргагынын динамикасынын өзгөрүүсү	14
Сейдахметова Р.Б., Арыстан Л.И., Адеkenов С.М., Табриз Н.С. Өпкө кургак учук менен оорутан бейтаптардын "Экдифит" дарысынын анаболикалык каражаттарына клиникалык натыйжалуулугуна баа берүү	20
Тургунов Е.М., Мадияров А.Е., Золотарёв Д.В., Арыстан Л.И., Сейдахметова Р.Б., Адеkenов С.М. "Аяфрол, 3% май" дарысынын жарааттарды айыктыруу коопсуздугунун клиникалык изилдөөсү	25

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Бримкулов Н.Н., Сыдыкова С.Ж., Жайлообаева А.Т., Кубанычбек к. М., Шаповалова А., Ботбаева Э., Нурдинов Б., Ошбаева А., Кожокулова Н., Осмонканова Н., Запар к. З. Үй-бүлөлүк дарыгерлер – ден-соолукту чыңдоо жолундагы лидерлер (19-май бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлер күнүнө карата)	31
Кожанов А.С., Усубалиев М.Б., Кадырова А.И., Ибраимова А.Д., Шабданбекова А.Ш. Кеңири таралган жөнөкөй кабырчыктуу чакалай оорусунун дарылоо ыкмасын оптималдаштыруу	37
Курманалиева З.Б., Кулболдуева Б.Ч. Бейтаптарга паллиативдик жардам көрсөтүүдө медайымдардын ролу	41
Токтогонова А.А., Курманова Н.К., Азыкова А.Б., Токторгазиева К.А., Ахметова Р.Х., Омуралиева Г.О. Көп даарыларга туруктуу туберкулезду даарылоодо көрсөтүлгөн мотивациялык жардам	45
Усубалиев М.Б., Койбагарова А.А., Ибраимова А.Д., Нурмаматова Б.Н. Бейтаптардын иммундук статусун эске алып баштын инфилтративдик-ириндүү трихофития илдетин дарылоо	49

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Абитова А.А., Сайдахметова Ч.Т., Сайдахметов Т. Б., Черных А.В., Гайдамак В.В. Баштапкы жана кайталанма птеригиумдун морфофункционалдык өзгөрүүлөр	53
Жолборсов А.А., Ниязов А.А., Жумагулов Н.Н. Көндөй ичиндеги операцияларда кездешүүчү тромбозмболикалык кабылдоолор	57
Маматов Э.А., Алимбеков Ж.А. Курч жана онокот холецистит менен оруган орулуулардын кыска убакытта ооруканада дарылоонун негиздемеси	61
Мирзоев Х.Х. Омуртка бөлүгүнүн бел-куймулчагындагы омуртка аралык дискинин чуркусун оперативдүү жана консервативдүү дарылоону оптималдаштыруу	65
Мусаев А.И., Алиев М.Ж., Максут уулу Э., Калыбеков Т.А., Балтабаев А.И., Жолдошбеков Е.Ж. Боордун эхинококкэктомиясынын кийин өөрчүшү кабылдоолордун алдын алуусу	74
Мусаев У.С., Толоров Ж.Ж. Холециститтин өтүшүп кеткен деструктивдүү түрүнүн сезгенүүсүнүн алдын алууда инфракызыл лазердик нурлануусу	78
Ниязбеков К.И., Макеева М.Н. Калкан безинин ооруларына жана өтүн таш ооруларына симультанттуу операцияларды жасоо	81
Оморов Р.А., Айтикеев А.У., Кубатбеков Р.К. Видеолапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромун төмөндөтүү үчүн комплекстүү мамиле	86
Сыдыгалиев К.С., Тойгонбаев А.Т., Ибраимов Б.А., Чапыев М.Б., Самаков А.А., Бигишиев М.М., Ломанов Н., Келгенбаев Д. Хирургиялык сепсис. Азыркы абалы, көйгөйү клиникалык аныктоосу жана дарылоосу	90
Ташибеков Ж.Т. Омуртка-жүлүн жаракатын хирургиялык даарылоонун жыйынтыктары	94
Тойгонбеков А.К., Уметов М.З., Харитонов М.Ю., Туманбаев А.М. Апказандын залал пишиги менен оорутан бейтаптардын гастрэктомиядан кийин реконструкциясына жараша пайда болгон эзофагиттердин өзгөчөлүктөрү	101
Ырысов К.Б., Сейдельдаев А.Ж. Хроникалык субдуралдык гематомаларды хирургиялык дарылоонун ыкмасы	104

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Исаков Э. О., Бекбосунова. А. Б.** Пародонт ткандарын комплекстүү дарылоодогу ортодонтиялык ыкма 109
- Нурбаев А.Ж. Эркинбеков И.Б.** Импланттардын жардамы менен тиш салуунун жаңы ыкмаларын колдонуу практикасы 115

АКУШЕРДИК ЖАНА ГИНЕКОЛОГИЯ

- Бообекова А. А., Калканбаева Ч. К., Исаева Э.К.** Өнөкөт күчөш аялдардын кош бойлуулук учурунда 120
- Насирдинова Ж.М.** Кыргыз Республикасында кургак учук менен жабыркаган кош бойлуу аялдардын илдетин аныктоодогу кыйынчылыктары 123
- Орозова Ч.А., Калканбаева Ч.К., Бообекова А.А.** Көбөйүү системасынын сезгенүү оорулары бар аялдар менен акушердик кан жана тобокелдиктерди эске оорусунун 128

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Асанбекова Ж.А., Бектурсунов Т.М., Абдылдаева З.Э., Ишаева Э.Ш., Урматова Б.К.** Ымыркайлардын жатындагы инфекциясына алып келе турган кооптуу факторлор 132
- Кочкорова Ф.А., Эсенаманова М.К., Эрбаев А.Т.** Окуучулардын тамактануу адаты жана ден-соолугу 137
- Кадырова А.Ш., Күшубеков Д.К.** Катаал мамиле жасоонун кесепетинен балдардын баш сөөк-мээсинин жабырканышынын өзгөчөлүктөрү 145
- Сулайманов У., Беделбаев М., Ерушкевич Д.С., Карамурзаева Г.А., Жообаев Н., Кадырова Р.М.** Балдардын суу аралаш ич өткөгүндө «Лактиале» дармегинин эффективдүүлүгү 149

СОТТУК МЕДИЦИНАНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

- Мамадыев Б.М., Мукашев М.Ш.** Жумушка жарамдуу калктын өлүмүнүн күч колдонбогон өлүмдүн арасындагы орду 153
- Мукашев М.Ш., Матсаков Т.Т., Ибраева О.Д., Яксанова С.В.** 2013-2014-жылдары Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык сот-медициналык экспертиза борборунун комиссиялык жана комплекстик экспертизалар бөлүмүндө өткөн экспертизалардын көлөмү жана өзөктүк мүнөздөмөсү 157
- Мукашев М.Ш., Яксанова С.В., Будайчиев М.Б.** 2013-2014-жылдары медицина кызматкерлеринин кесиптик укук бузушун соттук медициналык талдоо (Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Республикалык сот-медициналык экспертиза борборунун материалдары боюнча) 164
- Токонов Т., Айтмырзаев Б.Н., Мукашев М.Ш.** Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин РСМЭБнун каттоосуна алынган 2012-2016-ж. ок атуучу куралдын таасиринен келип чыккан өлүмдөрдүн структурасы жана анализи 169
- Токтосун у.Б., Пак Е.А., Айтмырзаев Б.Н.** 2014-2016 ж. Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин РСМЭБнун каттоосуна алынган жол кырсыктарынын кесепетинен келип чыккан өлүмдөрдүн структуралары жана анализи 173
- Токтосун у.Б., Пак Е.А., Мукашев М.Ш., Асанов Б.А.** Автожаракаттан каза болуунун тутумдук мүнөздөмөсү (КР ССМ Республикалык сот-медициналык борборунун 2000 жана 2007-2010-жылдагы материалы боюнча) 177

САЛТТЫК МЕДИЦИНАНЫН МАСЕЛЕЛЕРИ

- Мураталиева А.Д., Конурбаева Ж.Т., Кулжабаева Г.С., Исмаилова Д.Н., Ташиева Н.А.** Кыргыз Республикасындагы элдик жана заманбап медицинасынын жуурулушу концепциясы 182
- Мураталиева А.Д., Исмаилова Д.Н., Капаров Б.М., Акынбекова М.А.** Кыргыз эмпирикалык медицинасынын өнүгүү өзгөчөлүгү жана дары өсүмдүктөрүнүн дарылоодогу ролу 187

МЕДИЦИНАДА ТИЛ АСПЕКТИЛЕРИ

- Абдырасулова Э.К.** Студент-медиктерге кыргыз тили өтүүдөгү лексикалык кээ бир маселелер 193
- Дүйшеналиева Ж.А.** Медициналык эвфемизмдерди окутуунун өзгөчөлүктөрү 197

FUNDAMENTAL MEDICINE

- Sadybakasova G.K., Umuraliyeva A.M.** Clinical features of cytomegalovirus infection in children up to the first year of life and up to 15 years in Bishkek 11
- Satarkulova A.M.** Dynamics of changes of heart rhythm in foreign students in the process of an annual training cycle 14
- Seidakhmetova R.B., Arystan L.I., Adekenov S.M., Tabriz N.S.** Evaluation of the clinical effectiveness of "Ecdifit" preparation as anabolic means in patients with lung tuberculosis 20
- Turgunov E.M., Madiyarov A.E., Zolotaryov D.V., Arystan L.I., Seidakhmetova R.B., Adekenov S.M.** Clinical studies of the safety of the wound-healing preparation "Ayaafrol, ointment 3%" 25

INTERNAL MEDICINE

- Brimkulov N.N., Sydykova S.J., Jailoobaeva A.T., Kubanychbek k. M., Shapovalova A., Bothaeva E., Nurdinov B., Oshbaeva A., Kojokulova N., Osmonkanova N., Zapar k. Z.** Family doctors – leading the way to better health (Dedicated to the World Family Doctor Day – May 19) 31
- Kozhanov A.S., Usubaliev M.B., Kadyrova A.I., Ibraimova A.D., Shabdanbekova A.Sh.** Optimization of the treatment of common psoriasis vulgaris 37
- Kurmanalieva Z.B., Kulboldueva B.Ch.** The role of nursing specialists in providing palliative care to patients 41
- Toktogonova A.A., Kurmanova N.K., Azykova A.B., Toktorgazieva K.A., Akhmetova R.H., Omuralieva G.O.** Motivational support in the conduct of cases with multidrug-resistant tuberculosis 45
- Usubaliev M.B., Koybagarova A.A., Ibraimova A.D., Kadyrova A.I., Nurmamatova B.N.** Complex treatment of patients with infiltrative-suppurative trichophytosis scalp based on immune status 49

QUESTIONS OF SURGERY

- Abitova A.A., Saidahmetova C. T., Saidahmetov T.B., Chernykh A.V., Gaydamak V.V.** Morphological and functional changes in primary and secondary pterygium 53
- Djolborsov A.A., Niyazov A.A., Djumagulov N.N.** Prevention of tromboembolic complications in cavity operations 57
- Mamatov E.A., Alimbekov Zh.A.** Substantiation of short –term stay of patients in a hospital with acute and chronic cholecystitis 61
- Mirzoev H.H.** Optimization of operative and conservative treatment of herniated intervertebral discs lumbosacral spine 65
- Musaev A.I., Aliev M.J., Maksut uulu E., Kalibekov T.A., Baltabaev A.I., Zholdoshbekov E.Zh.** Prevention of inflammatory complications after echinococcectomy of the liver 74
- Musaev U.S., Tolorov J.J.** Infrared laser exposure in prophylaxis of complications of destructive cholecystitis 78
- Niyazbekov K.I., Makeeva M.N.** Simultaneous operations in diseases of the thyroid gland and gallstone disease 81
- Omorov R.A., Aitikeev A.U., Kubatbekov R.K.** Complex approach in reducing the pain syndrome after videolaparoscopic cholecystectomy 86
- Sydygaliev K.S., Toigonbaev A.T., Ibraimov B.A., Chapyev M.B., Samakov A.A., Bigishiev M.M., Lomanov N., Kelgenbaev D.** Surgical sepsis. Current state of problem, clinical diagnostics and treatment. Literature review 90
- Tashibekov J.T.** Surgical management results in spinal cord injury 94
- Toigonbekov A.K., Umetov M.Z., Kharitonov M.Y., Tumanbaev A.M.** Features of the appearance of esophagitis depending on the reconstruction of esophageal-intestinal anastomosis after gastrectomy in patients with gastric cancer 101
- Yrysov K., Seideldaev A.** Method of surgery for chronic subdural haematomas 104

QUESTIONS OF DENTISTRY

- Isakov E. O., Bekbosunova A.B.** Orthodontic treatment in complex therapy of diseases of periodontal tissues 109
- Nurbaev A.G., Erkinbekov I.B.** Practice of applying new methods of prosthetics on implants 115

OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

- Boobekova A.A., Kalkanbaeva Ch.K., Isaeva E.K.** Pregnancy course in women with chronic pyelonephritis 120
- Nasirdinova J.M.** The problems of diagnostics of the tuberculosis in pregnant women in the Kyrgyz Republic 123
- Orozova Ch.A., Kalkanbaeva Ch.K., Boobekova A.A.** The frequency of development and risk factors of obstetric hemorrhage in women with inflammatory diseases of the reproductive system 128

PROBLEMS OF PEDIATRICS

- Asanbekova Zh.A., Bektursunov T.M., Abdylidaeva Z.E., Ishaeva E.Sh., Urmatova B.K.** Risk factors for intrauterine infection in newborns 132
- Kochkorova F. A., Esenamanova M.K., Erbaev A.T.** Food behavior and health of school children 137
- Kadyrov A.Sh., Kushubekov D.K.** Peculiarities of the children craniocerebral trauma at a child abuse syndrome 145
- Sulaimanov U., Bedelbaev M., Erushkevich D., Karamurzaeva G., Zhoobaev N., Kadyrova R.M.** Efficiency of application of "Lactiale " preparation for treatment of secretarial diarrhea in children 149

QUESTIONS OF FORENSIC MEDICINE

- Mamadyev B.M., Mukashev M.Sh.** Forensic-medical characteristics of mortality of the working population in the structure of non-violent death 153
- Mukashev M.Sh., Matsakov T.T., Ibraeva O.D., Yksanova S.V.** The volume and structural characteristics of the forensic medical examinations conducted in the department of commission and complex examinations of the RCFME MH of the Kyrgyz Republic for 2013-2014 years 157
- Mukashev M.SH., Yksanova S.V., Budaichiev M.B.** Analysis of forensic medical examinations of professional offenses of medical workers for 2013-2014 (based on the materials of the RCFME MH of the Kyrgyz Republic) 164
- Tokonov T., Aitmyrzaev A.N., Mukashev M.Sh.** The structure and frequency of fatal and blast injuriens to the data the RBFME MH KR for the period of 2012-2016 y. 169
- Toktosun u B., Pak E.A., Aitmyrzaev B.N.** The analysis of frequency and structure of deadly road traffic accidents according to the RCFME MH KR for the period of 2014-2016 y. 173
- Toktosun u B., Pak E.A., Mukashev M.Sh., Asanov B.A.** Structural characteristic of death road traumatism (for 2000 and 2007-2010, the materials of the RCFME MH KR) 177

QUESTIONS OF TRADITIONAL MEDICINE

- Muratalieva A.D., Konurbaeva J.T., Kuljabaeva G.S., Ismailova D.N., Tashieva N.A.** Concept integration of folk and modern medicine in the Kyrgyz Republic 182
- Muratalieva A.D., Ismailova D.N., Kaparov B.M., Akinbekova M.A.** Features of the development of kyrgyz empirical medicine, the role of medicinal plants in medical practice 187

LINGUISTIC ASPECTS IN MEDICINE

- Abdyrasulova E.K.** Some lexical problems in conducting lessons of the kyrgyz language for medical students 193
- Duishenalieva J.A.** Feature of teaching of medical euphemisms 197

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ
У ДЕТЕЙ ДО ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ И ДО 15 ЛЕТ В ГОРОДЕ БИШКЕК**

Г.К. Садыбакасова¹, А.М. Умуралиева²

¹ Кыргызско-Российский Славянский Университет им. Б.Н. Ельцина,

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. Работа посвящена изучению клинических особенностей цитомегаловирусной инфекции у детей до первого года жизни и до 15 лет. Выявлены клинические проявления при наличии конъюгационной желтухи, гепатоспленомегалии, анемии, гипотрофии, гипертензионно-гидроцефального синдрома, бронхита, пневмонии, геморрагического синдрома, недоношенности, кальцификата головного мозга, тромбоцитопении и внутриутробной атрезии желчевыводящих путей.

Инфицированность ЦМВИ имели положительные результаты более половины обследованных детей до 3-х месяцев.

Ключевые слова: цитомегаловирусная инфекция, новорожденные и дети, внутриутробная инфекция, клинические признаки, ИФА.

**БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН БАЛДАРДЫН, БИР ЖАШКА ЧЕЙИН
ЖАНА 15 ЖАШКА ЧЕЙИНКИ ЦИТОМЕГАЛО-ВИРУСТУК ООРУНУН
КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Г.К. Садыбакасова¹, А.М. Умуралиева²

¹ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян Университети,

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бир жашка чейинки жана бир жаштан 15 жашка чейинки балдардын цитомегаловирустук инфекциясынын клиникалык өзгөчөлүктөрүн изилдөөгө негизделген иш жүргүзүү. Бул оорулардын клиникалык көрүнүштөрү конъюгациялык сарыкта (желтуха), гепатоспленомегалияда, анемияда, гипотрофияда, гипертензионно-гидроцефалдык синдромдо, баш мээнин кальцификатында убактысына жетпей төрөлгөндө (недоношенности) тромбоцитопенияда, курсактагы түйүлдүктүн от чыгаруу жолдорунун атрезиясында байкалган. ЦМВИ чалдыгуусу 3 айга чейинки изилденген балдардын жарымынан көбүрөөгүндө он жооптуу болуп табылган.

Негизги сөздөр: цитомегаловирустук инфекция, жаны төрөлгөн жана балдар, түйүлдүктөгү инфекция, клиникалык белгилери, ИФА.

**CLINICAL FEATURES OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION
IN CHILDREN UP TO THE FIRST YEAR OF LIFE AND UP TO 15 YEARS IN BISHKEK**

G.K. Sadybakasova¹, A.M. Umuraliyeva²

¹ Kyrgyz-Russian Slavic University n.a. B.N. Yeltcin

² Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The work is devoted to the study of clinical features of CMV infection in children up to the first year of life and up to 15 years. Clinical manifestations with conjugation jaundice, hepatosplenomegaly, anemia, malnutrition, hypertension-hydrocephalic syndrome, bronchitis, pneumonia, hemorrhagic syndrome, prematurity, cerebral calcifications thrombocytopenia fetal biliary atresia were found. More than half of infants under 3 months were CMV positive.

Key words: cytomegalovirus infection, newborns and children, intrauterine infection, clinical signs, EIA.

Цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) – это заболевание, протекающее в острой, латентной или хронической формах, характеризующееся разнообразными клиническими проявлениями с преимущественным политропным нарушением

органов и систем, особенно поражением гематопозитической системы. У ЦМВИ нет «собственного клинического лица», что затрудняет своевременную диагностику заболевания [1].

Особую актуальность заболевание цитомегаловирусной инфекцией (ЦМВИ) имеет в детском

возрасте в связи с высоким уровнем инфицированности, возможностью развития тяжелых клинических форм и прогностических неблагоприятных последствий в отдаленном будущем, даже при субклинических вариантах течения [2].

В настоящее время во многих странах мира наблюдается рост заболеваемости цитомегаловирусной инфекцией. Цитомегаловирус – высоко патогенный инфекционный агент, обладающий выраженной, полигистiotропностью и вызывающий поражения различных органов человека, включая тератогенный эффект [3]. По данным ВОЗ ЦМВ по тератогенной значимости занимает 2 место после вируса краснухи [3].

Наблюдается при острой ЦМВИ внутриутробное инфицирование у 30-40% новорожденных, из них умирают 20-30%, из выживших детей примерно 90% инвалидизируются, а выздоравливают всего 10% детей [4].

Материалы и методы

Нами проведено клинико-лабораторное обследование 2137 детей, в том числе 1611 (75,4%) новорожденных и детей до 15 лет, находившихся на амбулаторном лечении в частном Медицинском Центре «Экология» в 2007-2009 годах и 526 (24,6%) новорожденных и детей до 6 месяцев, находившихся на стационарном лечении в детской клинической больнице (ГКДБ СМП) в 2010-2012 годах в г. Бишкек.

Материалом для исследования служила периферическая кровь пациентов. В настоящее время наиболее точным и чувствительным методом определения антител является твердофазный иммуноферментный анализ (ИФА), обеспечивающий выявление антител классов IgM, IgG.

Исследование проводили непрямым твердофазным иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов реактивов фирмы «Вектор-Бест», г. Новосибирск, на базе лаборатории МЦ «Экология» г. Бишкек.

Полученные результаты и их обсуждение

Возрастная структура 2137 новорожденных и детей до 15 лет характеризовалась следующим образом: новорожденные от рождения до 1-го месяца – 430 (20,1%), от 1 месяца до 3-х – 532 (24,9%), от 3х до 6 месяцев – 290 (13,6%), от 6 месяцев до 1-го года – 254 (11,9%), от 1-го месяца до 1-го года 1076 (50,4±1,0). Здесь выявлено большинство в возрасте от 1-го до 3 месяцев. Из 430 новорожденных, обследованных на ЦМВИ, в 2007 году было обследовано 56 (13,0±1,6), в 2008 г. – 54 (12,6±1,3), в 2009 г. – 60 (14,0±1,7), в 2010 г. – 53 (12,3±1,6), в 2011 г. – 72 (16,7±1,8), в 2012 г. – 135 (31,4±2,3). В 2012 году уровень заболеваемости в этом возрасте по сравнению с 2006 годом вырос в 24,1 раз.

Сравнительный анализ показывает, что число детей, находившихся на амбулаторном лечении, более чем в два раза превышает количество детей, прошедших стационарное лечение (1611 детей). Причем, количество детей, прошедших амбулаторное лечение по годам несколько снижается, а число детей, находящихся на стационарном лечении из года в год возрастает.

ЦМВИ у новорожденных и детей до 6 месяцев в стационаре проявлялась следующими клиническими симптомами с момента рождения – пупочное кровотечение у 15 (2,6±0,6) новорожденных, гепатоспленомегалия – 57,5±2,1%, анемия – 24,2±1,8%, кальцификаты преимущественно в перивентрикулярных зонах головного мозга – 6,5±1,0%, тромбоцитопения 3,0±0,7%, 55,9±2,1% новорожденных и детей с конъюгационной желтухой. Желтушность у новорожденных появлялась сразу после родов, а иногда на 3-и или 5-е сутки после рождения и держалась в течение 1,5-2 месяцев. У большинства больных детей отмечалась желтушность кожных покровов и склер, которая сочеталась с увеличением печени, выступающей на 2-3,5 см из-под реберной дуги, беспокойством, слабостью, вялостью, отказом от еды, вздутием живота, срыгиванием – 56,7±2,1%. Конъюгационная желтуха цитомегаловирусной этиологии: при этом новорожденных до 1-го месяца было 38,3±7,0%, от 1-го до 3 месяцев – 55,3±7,2%, от 3 до 6 месяцев – 6,4±3,5%. Данный синдром чаще всего встречается при сочетании ЦМВ и ВПГ (50,1±2,9%), реже – ЦМВ+МП (2,7±1,0%), ЦМВ+хламидия (1,6±0,7%), относительно редко – ЦМВ+ВПГ+хламидия (5,9±1,4%) и ЦМВ+ВПГ+микоплазма+хламидия (2,7±1,0%).

У большинства наблюдаемых детей конъюгационная желтуха сочеталась с наличием вируса простого герпеса – 159 (54,1±2,9). При этом из общего числа инфицированных детей 86 (54,1±3,9) ($p<0,001$) были до 1-го месяца, 68 (42,8±3,9) ($p<0,001$) от 1-го до 3х месяцев и от 3х до 6 месяцев – 5 (3,1±1,3).

Отмечались случаи судорожного синдрома при внутриутробной цитомегаловирусной инфекции у 14 (2,7±0,7) детей, а также других вирус-вирусных и вирус-бактериальных ассоциаций, из них у 6 (1,1±0,4) детей – ВУЦМВ этиологией, причем по 3 (1,2±0,6) до 1го месяца и до 3-х месяцев детей.

Мы обнаружили у 33 (6,3±1,0) новорожденных и детей внутриутробную пневмонию, которая характеризовалась мучительным, длительным, коклюшеподобным кашлем и одышкой, цианозом, вздутием грудной клетки. У двоих (6,1±4,1) внутриутробная пневмония ЦМВ этиологии обнару-

жена до 1-го месяца, у 19 детей ($57,6 \pm 8,6$) внутриутробная пневмония ЦМВ сочеталась с инфицированием вирусом простого герпеса, из них до 1-го месяца – 6 ($31,6 \pm 10,6$) детей, а от 1 мес. до 3 месяцев – у 13 ($68,4 \pm 10,6$) ($p < 0,001$). У 5 детей ($15,2 \pm 6,2$) с внутриутробной пневмонией ЦМВ сочеталась с вирусом простого герпеса и микоплазменной инфекцией, из них до 1-го месяца были 2 ($40,0 \pm 21,9$), а от 1 мес. до 3 месяцев – 3 ($60,0 \pm 21,9$) детей. У одного ребенка от 1-го до 3х месяцев пневмония сопровождалась выделением ЦМВ+ВПГ+МП+Хл. У 6 детей ($15,2 \pm 6,2$) отмечена внутриутробная пневмония не уточненной этиологии, из них по 3 ($50,0 \pm 20,4$) до 1-го месяца и от 1 до 3 месяцев. У этих детей при аускультации выявлялись сухие и влажные хрипы и при рентгенологическом исследовании изменения сосудистого рисунка. Течение болезни было длительным, затяжное. У 4 ($0,8 \pm 0,3$) детей до 1-го месяца установлена внутриутробная конъюгационная желтуха и ВПС, в том числе у одного ребенка внутриутробная конъюгационная желтуха, ВПС+болезнь Дауна. У 9 детей ($1,7 \pm 0,5$) обнаружена внутриутробная атрезия желчевыводящих путей (ЖВП), из них у 6 ($66,7 \pm 15,7$) до 1-го месяца и у 3 ($33,3 \pm 15,7$) детей от 1-го до 3-х месяцев. У 6 детей ($66,7 \pm 15,7$) установлена внутриутробная цитомегаловирусная атрезия ЖВП, в том числе до 1-го месяца у 4 ($1,5 \pm 0,7$) и от 1-го до 3х месяцев – у 2 ($0,8 \pm 0,5$) детей. Атрезия желчевыводящих путей (ЖВП) чаще встречается при ЦМВ ($66,7 \pm 15,7\%$) без сочетания с другими инфекциями.

Таким образом, из 294 детей только у 47 отмечена конъюгационная желтуха изолированной ЦМВ этиологии ($p < 0,001$), в остальных случаях она имела неоднородную причину. Чаще всего встречается сочетание ЦМВ и ВПГ, реже – ЦМВ+МП, ЦМВ+хламидия, относительно редко – ЦМВ+ВПГ+хламидия и ЦМВ+ВПГ+микоплазма+хламидия, промежуточное место занимает ВУИ не уточненной этиологии. А также, су-

дорожный синдром отмечен только при изолированной ЦМВИ и при сочетании ее с ВПГ. В остальных случаях он отсутствует. Одним из грозных проявлений ЦМВИ является внутриутробная пневмония ($6,3 \pm 1,0\%$), которая характеризовалась мучительным, длительным, коклюшеподобным кашлем и одышкой, цианозом, вздутием грудной клетки. Встречается как при изолированной ЦМВ ($26,1 \pm 4,1$) так и при сочетании ее с ВПГ ($37,6 \pm 8,6$), с ВПГ+МП ($15,2 \pm 6,2$), с ВПГ+МП+хламидия ($3,0 \pm 2,9\%$). Атрезия желчевыводящих путей встречается при ЦМВ без сочетания с другими инфекциями. Также наблюдалась частичная атрезия внутрипеченочных желчных путей. Среди новорожденных и детей у одного ребенка ($0,2 \pm 0,1\%$) в возрасте до 1-го месяца обнаружена внутриутробная цитомегаловирусная инфекция с удвоением почек, у второго ($0,2 \pm 0,1\%$) – внутриутробная ЦМВ+ВПГ с гипоплазией щитовидной железы, у третьего ($0,2 \pm 0,1\%$) внутриутробная ЦМВ+ВПГ с атрезией прямой кишки. Отмечена недоношенность III степени при ЦМВ и сочетании ее с ВПГ, ВПГ и МП, а также при инфекции не уточненной этиологии.

Литература

1. Садыбакасова, Г.К. Диагностические аспекты CMV-инфекции у детей от 1-го года до 14 лет в г. Бишкек [Текст] / Г.К. Садыбакасова // Медицина Кыргызстана. – 2013. – № 3. – С. 97-100.
2. Клинико-лабораторные аспекты цитомегаловирусной инфекции у детей раннего возраста [Текст] / [Т.Н. Долгих и др.] // Педиатрия. – 2001. – №5. – С. 43-46.
3. Садыбакасова, Г.К. Эпидемиология цитомегаловирусной инфекции у беременных и детей, меры профилактики: дисс... докт. мед. наук / Г.К. Садыбакасова. – Бишкек, 2015. – 234 с.
4. Griffiths, P.D. Cytomegalovirus [Text] / P.D. Griffiths, S. Walter // Curr. Opin. Infect. Dis. – 2005. – Vol. 18, N3. – P. 241-245.

УДК 612.15(575.2)

**ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ
В ПРОЦЕССЕ ГОДИЧНОГО ЦИКЛА ОБУЧЕНИЯ**

А.М. Сатаркулова

Институт горной физиологии и медицины НАН КР

(и.о. директора – д.м.н. Джунусова Г.С.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

В статье представлены результаты динамического контроля за функциональным состоянием иностранных студентов с использованием математического анализа вариабельности сердечного ритма на различных этапах учебной деятельности – осенний и весенний семестр, в зимнюю и летнюю экзаменационные сессии. Усиление влияния парасимпатического отдела вегетативной нервной системы выявлено в межсессионный период – осеннее и весеннее время учебного года. В зимнюю экзаменационную сессию отмечено повышение вклада симпатического спектра в регуляцию сердечного ритма, в летнюю сессию ещё большее смещение вегетативного равновесия в сторону симпатического звена ВНС и увеличение степени централизации сердечного ритма, что свидетельствует об эмоциональном напряжении и функциональном дисбалансе сердечно-сосудистой системы студентов.

Ключевые слова: иностранные студенты, вариабельность сердечного ритма, вегетативная нервная система, учебный год, экзаменационная сессия.

**ЧЕТ ЭЛДИК СТУДЕНТТЕРДИН ЖЫЛДЫК ОКУУ ПРОЦЕСС УЧУРУНДА
ЖҮРӨК ЫРГАГЫНЫН ДИНАМИКАСЫНЫН ӨЗГӨРҮҮСҮ**

А.М. Сатаркулова

КР УИАнын Тоо физиологиясы жана медицина институту

(у.м.а. директор – м.и.д. Джунусова Г.С.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Макалада чет элдик студенттердин окуу жылынын ар түрдүү мезгилинде – күзгү жана жазгы семестрлеринде, кышкы жана жайкы сынак учурунда функционалдык абалынын динамикалык контролунун натыйжаларын математикалык анализди колдонуу менен жүрөк ыргагынын өзгөрүүсү көрсөтүлгөн. Вегетативдүү нерв системасынын парасимпатикалык бөлүмүнүн өсүү таасири окуу жылынын күзгү жана жазгы семестрлеринде байкалган. Кышкы сынак учурунда симпатикалык байланышынын жүрөк ыргагынын жөнгө салуусуна салымы чоң экени аныкталган, ал эми жайкы сынак учурунда дагы көбүрөөк вегетативдүү тең салмактуулук ВНСтин симпатикалык бөлүмүнө карай жылуусу багытталган жана жүрөктүн ыргагынын борборлоштуруусунун даражасы жогорулаган, бул студенттердин толкундануу чыңалуунусун жана жүрөк-кан тамыр системасынын функционалдуу жасалмасын далилдейт.

Негизги сөздөр: чет элдик студенттер, жүрөк ыргагынын өзгөрүүсү, вегетативдүү нерв системасы, окуу жылы, сынак мезгил.

**DYNAMICS OF CHANGES OF HEART RHYTHM IN FOREIGN STUDENTS IN THE PROCESS
OF AN ANNUAL TRAINING CYCLE**

A.M. Satarkulova

Institute of mountain physiology and medicine of the NAS KR

(acting director – doctor of medical sciences Junusova G.S.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

The article presents the results of dynamic monitoring of the functional status of foreign students by using mathematical analysis of heart rate variability at various stages of academic year – autumn and spring educational semesters, winter and summer examinations. Strengthening the influence of the parasympathetic department of the autonomic nervous system was revealed during the intersessional period – the autumn and spring time of the academic year. In the winter examination session, the contribution of the sympathetic spectrum to the regulation of the heart rhythm was noted, in the summer session, an even greater shift in vegetative balance

towards the sympathetic link of the VNS and an increase in the degree of centralization of the heart rhythm, indicating emotional stress and a functional imbalance in the cardiovascular system of students.

Key words: foreign students, heart rate variability, autonomic nervous system, academic year, examination session.

Введение. К настоящему времени в научной литературе накоплено большое количество работ по адаптации иностранных студентов к иноязычной социокультурной среде, в том числе и учебной деятельности. Во многих из них подчеркивается, что процесс обучения и требования высшей школы, а также установление взаимоотношений в новой среде вызывают функциональное напряжение сердечно-сосудистой системы, а в отдельных случаях возникновение предпатологических состояний [1, 2]. В связи с этим, важнейшей задачей является донозологическая оценка состояния студентов, особенно первокурсников, на разных этапах учебного процесса с последующей разработкой практических предложений по оптимизации их здоровья. Действенным способом контроля за функциональным состоянием студентов является математический анализ ритма сердца, поэтому целью исследования стало изучение влияния учебной годичной нагрузки на его вариабельность.

Материалы и методы

В исследовании вариабельности сердечного ритма приняли участие студенты (50 человек) в возрасте $19,7 \pm 1,5$ лет, практически здоровые на момент обследования, обучающиеся на 1 курсе Международной Высшей Школы Медицины. Характеристики вариабельности сердечного ритма определяли на программно-аппаратном комплексе УПФТ – 1/30 – «ПСИХОФИЗИОЛОГ» фирмы Медиком МТД (Россия), в соответствии с международным стандартом, предложенным Североамериканским обществом электрофизиологов и Европейским обществом кардиологов в 1996 году [3]. Оценке подвергались временные и частотные параметры ритма сердца: SDNN – среднеквадратичное отклонение динамического ряда R-R интервалов; Mo – наиболее часто встречающееся значение длительности кардиоинтервалов; AMo – амплитуда моды, число значений интервалов, равных Mo в процентах к общему числу зарегистрированных кардиоциклов; MxDMn – разница наибольшего и наименьшего значений динамического ряда R-R-интервалов, вариационный размах; SI – индекс напряжения

регуляторных систем (Stress index); TP – суммарная мощность спектра на всех частотных диапазонах; HF – мощность спектра высокочастотного компонента вариабельности сердечного ритма (BCP); LF – мощность спектра низкочастотного компонента BCP; VLF – мощность спектра сверхнизкочастотного компонента BCP; HF% – мощность спектра высокочастотного компонента BCP в процентах от суммарной мощности спектра; LF% – мощность спектра низкочастотного компонента BCP в процентах от суммарной мощности спектра; VLF% – мощность спектра сверхнизкочастотного компонента BCP в процентах от суммарной мощности спектра; LF/HF – отношение низкочастотной части спектра к высокочастотной, усл.ед.; IC=(VLF+LF)/HF – индекс централизации, усл.ед.. Исследование проводилось 4 раза в год – осенний семестр (октябрь), в период зимней экзаменационной сессии (январь), весенний семестр (май), в период летней экзаменационной сессии (июнь).

Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием программы SPSS 16 версии с учетом нормальности распределения признака. Нормальность распределения измеренных переменных проверяли при помощи теста Колмогорова-Смирнова. Сравнение выборок проводили при нормальном распределении данных признака с помощью параметрического теста t-критерия Стьюдента с вычислением средней величины (M), стандартного отклонения (SD) ($M \pm SD$). При распределении, отличном от нормального, использовали непараметрический критерий Манна-Уитни. Результаты непараметрических методов обработки данных представлялись в виде медианы (Me), первого (Q_1), и третьего (Q_3) квартилей (Me (Q_1 ; Q_3)). Критический уровень значимости (p) в работе принимался равным 0,05.

Результаты и их обсуждение

Результаты изменений временных параметров вариабельности сердечного ритма (BCP) у иностранных студентов в процессе учебной деятельности представлены в таблице 1.

Таблица 1

Динамика изменений временных параметров ВСР у иностранных студентов
в различные периоды учебного года

Показатели	осень	зима	весна	лето	Р
HR, уд/мин	85,52±11,50	87,68±11,34	87,42±10,27	90,88±10,04	P _{о/л} =0,002
					P _{в/л} =0,010
SDNN, мс	50,64±19,08	43,12±15,22	44,72±18,14	40,12±16,63	P _{о/з} =0,005
					P _{о/в} =0,039
					P _{о/л} =0,001
					P _{в/л} =0,046
Mo, мс	712,0±96,80	697,0±97,50	695,0±94,76	660,0±81,60	P _{о/л} =0,000
					P _{з/л} =0,013
					P _{в/л} =0,007
AMo, %	39,68±12,05	44,14±14,41	43,50±12,33	46,76±13,26	P _{о/з} =0,031
					P _{о/в} =0,035
					P _{о/л} =0,000
MxDMn, мс	230,88±76,81	201,76±67,97	206,44±75,87	185,94±68,45	P _{о/з} =0,009
					P _{о/в} =0,034
					P _{о/л} =0,000
					P _{в/л} =0,040
SI, усл. ед.	157,78±123,18	213,54±169,23	200,18±146,74	240,54±154,79	P _{о/л} =0,000
					P _{в/л} =0,032

Полученные результаты показали, что показатель стандартного отклонения всех кардиоинтервалов R-R (SDNN), характеризующий суммарный эффект влияния на синусовый узел симпатического и парасимпатического отделов автономной нервной системы, имел максимальные значения в начале учебного года (50,64±19,08 мс). В зимний период (к первой экзаменационной сессии) происходило значительное и достоверное снижение этого параметра до 43,12±15,22 мс; примерно такие же значения сохранялись в весенний семестр, но уже к летней экзаменационной сессии SDNN достигал своих минимальных значений (40,12±16,63 мс). Уменьшение SDNN к концу учебного года скорее всего связано с увеличением учебной нагрузки, а такое изменение можно расценивать как реакцию напряжения регуляторных систем с включением в процесс регуляции высших уровней управления и подавлением автономного контура [4].

Сформулированный на основе изучения SDNN вывод подтверждается изменениями значений моды (Mo), отражающей активность парасимпатического звена регуляции, поскольку для этого параметра также характерно смещение вегетативного баланса в сторону симпатического звена регуляции. В частности, если в осенний период значения Mo были максимальны (712,0±96,8 мс), то уже к зимней сессии происходило некоторое

снижение этого показателя (697,0±97,5 мс), который сохранялся на таком уровне до весны; в период летней сессии наблюдалось существенное снижение Mo до 660,0±81,6 мс. Напротив, AMo – условный показатель активности симпатического звена регуляции имел обратную тенденцию, постепенно возрастая от начала до конца учебного года. Так, например, если осенью величина AMo составляла 39,68±12,0%, зимой – 44,14±14,4%, то летом увеличивалась до 46,76±13,26% (p=0,000), что указывало на динамическое повышение тонуса симпатических нервных центров.

Со стороны вариационного размаха (MxDMn), как характеристики степени влияния парасимпатической нервной системы на кардиоритм, изменения не были столь значительны и понизились от 230 мс в начале учебы до 201 мс в зимнюю сессию; в летнюю сессию изменение MxDMn составило 185 мс. Выявленные сдвиги также являются доказательством умеренного превалирования симпатических влияний ВНС к концу учебной деятельности. На это же указывают и данные частоты сердечных сокращений (HR), которые соответствуя в осенний период верхней границе нормальных значений для данной возрастно-половой группы (85,5±11,50 уд/мин), затем увеличивались до 90,8±10,04 уд/мин к летней сессии. Эти результаты свидетельствуют о существенном

снижении активности парасимпатического и пре-
валировании симпатического отдела ВНС.

Значения SI, отражающие степень централиза-
ции управления сердечным ритмом, изменялись
волнообразно, увеличиваясь от $157,7 \pm 123,1$ усл.
ед. в начале учебного года до $213,5 \pm 169,2$ усл. ед.
к зимней экзаменационной сессии; второй
подъем данного показателя отмечался в летнюю
сессию, когда индекс напряжения возрастал до
 $240,54 \pm 154,79$ усл.ед. по сравнению с весенними
результатами ($200,18 \pm 146,74$ усл. ед.). Аналогич-
ная картина наблюдалась также в предыдущих
наших исследованиях [5], где выявлены повы-
шенные значения SI в период экзаменационной

сессии, обусловленные состоянием эмоциональ-
ного напряжения студентов. Состояния напря-
женности с высокими показателями SI, возника-
ющие в период экзаменационного стресса, опи-
сываются и в работах других исследователей
[6,7,8].

При аналитической оценке спектральных ха-
рактеристик установлено, что общая мощность
спектра (TP), характеризующая суммарный эф-
фект воздействия на сердечный ритм всех уров-
ней регуляции [9], во все периоды учебы имела
направленность на снижение: с 2800 мс^2 вначале
учебной деятельности до 2094 мс^2 к концу 1 курса
(табл. 2).

Таблица 2

Спектральные характеристики ВСР у иностранных студентов в различные периоды учебного года

Показатели	осень	зима	весна	лето	Р
TP, мс^2	2800 (2019;7931)	2800 (1370;4673)	2302 (1217;4986)	2094 (1121;3578)	$P_{o/s}=0,008$
					$P_{o/b}=0,004$
					$P_{o/l}=0,001$
VLF, мс^2	954 (633;2330)	916 (441;1690)	858 (421;1592)	731 (300;1131)	$P_{o/b}=0,029$
					$P_{o/l}=0,014$
					$P_{b/l}=0,027$
LF, мс^2	1428 (824;2450)	870 (544;1522)	929 (557;1850)	771 (550;1584)	$P_{o/s}=0,001$
					$P_{o/b}=0,012$
					$P_{o/l}=0,006$
HF, мс^2	868 (461;1799)	620 (346;1330)	532 (278;1048)	380 (223;922)	$P_{o/b}=0,007$
					$P_{o/l}=0,000$
					$P_{s/l}=0,037$
VLF%,	33 (27;40)	35 (27;40)	36 (27;42)	35 (25;42)	
LF%	40 (32;48)	36 (29;44)	39 (33;47)	44 (34;50)	$P_{s/l}=0,033$
HF%	24 (19;34)	27 (19;36)	23 (19;31)	20 (16;27)	$P_{o/l}=0,045$
					$P_{s/l}=0,005$
LF/HF, усл. ед.	1,6 (1,1;2,1)	1,4 (0,9;2,6)	1,8 (1,1;2,3)	2,3 (1,5;3,0)	$P_{o/l}=0,006$
					$P_{s/l}=0,000$
					$P_{b/l}=0,017$
IC, усл. ед.	3,1 (1,9;4,2)	2,7 (1,8;4,4)	3,4 (2,2;4,2)	3,9 (2,7;5,4)	$P_{o/l}=0,006$
					$P_{s/l}=0,006$

Характер изменений мощности сверхнизкоча-
стотных (VLF) и высокочастотных (HF) волн в пе-
риоды исследований были такие же как у суммар-
ной мощности (TP), причем максимальные их зна-
чения зафиксированы в осенний период 954 мс^2 и
 868 мс^2 , а минимальные – в летнюю сессию 731 мс^2
и 380 мс^2 соответственно. Значение мощности
спектра низкочастотных (LF) волн, отражая актив-
ность симпатических центров продолговатого
мозга (кардиостимулирующего и вазоконстрик-
торного), составило $142,8 \text{ мс}^2$ в осенний семестр,
что, возможно, связано с приспособлением сту-
дентов к новой социокультурной среде, к Вузу и к

учебной деятельности. В последующие периоды
величина LF менялась волнообразно, уменьшаясь
в зимнюю (870 мс^2) и летнюю сессии (771 мс^2).

Нельзя также не отметить тот факт, что в дина-
мике каждого учебного периода доля VLF в об-
щей сумме спектра была высока и колебалась в
пределах 33-36% и это по И.В. Бабунцу признак
психоэмоционального напряжения и энергонедефи-
цитного состояния организма студентов [9]. Уве-
личение доли LF, как считает А.П. Спидин, указы-
вает на рост модулирующих влияний симпатиче-
ского отдела ВНС на ритм сердца [10].

Величина вагосимпатического индекса (LF/HF) достоверно увеличивалась в процессе учебной деятельности и составила в среднем к концу года 2,3 усл. ед. При этом тип вегетативной регуляции

сердечного ритма студентов, определяемый с помощью вышеуказанного индекса [5], показал следующее процентное распределение в различные периоды учебного года (рис. 1).

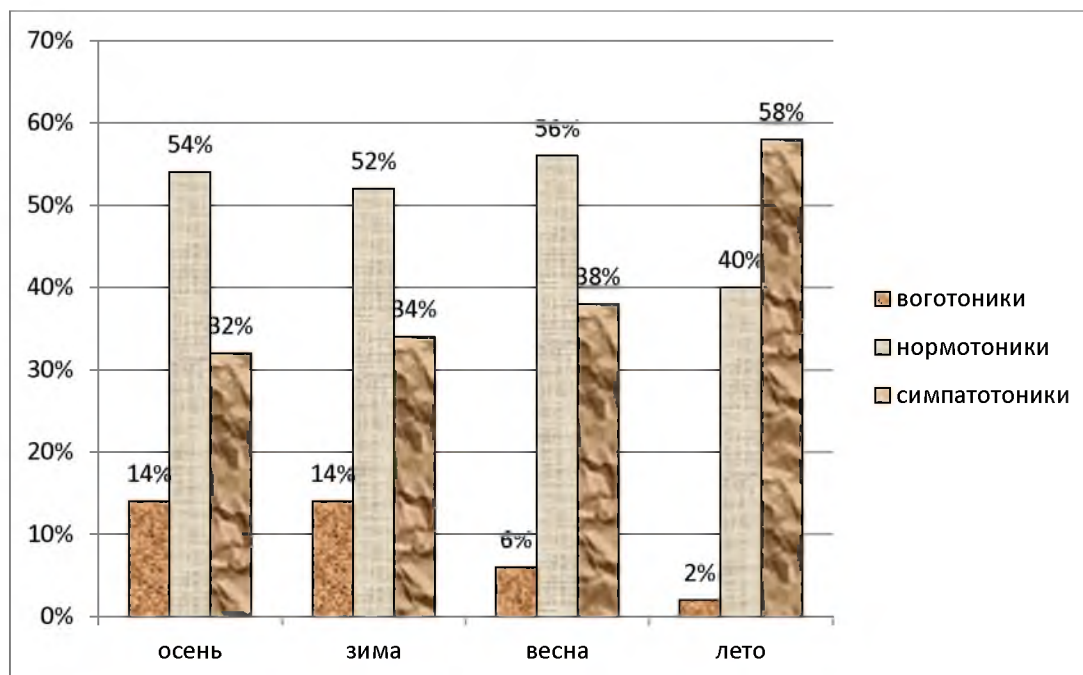


Рис. 1 Распределение по типам вегетативной регуляции в различные периоды учебного года.

Как видно из рисунка, если осенью и весной количество нормотоников в выборочной группе составило 54% и 56%, симпатотоников – 32% и 38%, а ваготоников – 14% и 6%, то в летний период число ваготоников уменьшилось до 2%, а число симпатотоников возросло до 58%. Повышение активности центрального контура и функциональное напряжение регуляторных механизмов сердечно-сосудистой системы, вероятно, повлияло на рост индекса централизации, величина которого в это время составила 3,9 усл. ед.

Таким образом, данные по оценке и анализу вариабельности сердечного ритма у иностранных студентов в различные периоды учебного года свидетельствуют о том, что исследуемом контингенте на этапе текущего образовательного процесса в осенне-весенний периоды более 50% составляют лица с нормотоническим типом регуляции, для которых характерно преобладание парасимпатической составляющей в общем спектре регуляции. В период экзаменационных сессий происходит перестройка ритма сердца, которая проявляется увеличением степени централизации сердечного ритма и смещением вегетативного равновесия в сторону симпатического звена ВНС. Так, в период зимней сессии – первой в жизни студентов – наблюдается значительное

снижение показателей $MxDMn$ и $SDNN$, характеризующих парасимпатическую активность, и повышение параметров AMo и SI , отражающих реакцию симпатического звена вегетативной регуляции. Одновременно в эти сроки отмечается преобладание активности VLF над уровнем вазомоторного центра LF. В летнюю экзаменационную сессию симпатические влияния на организм студентов усиливаются, на что явно указывает падение мощности частот в высокочастотном диапазоне и косвенно – общая мощность спектра. В этот период, как отмечалось выше, меняется тип регуляции и процентное соотношение испытуемых по вагосимпатическому индексу: количество симпатотоников возрастает, а число ваготоников резко уменьшается. При этом высокие значения индекса централизации и стресс-индекса могут свидетельствовать об эмоциональном напряжении и функциональном дисбалансе сердечно-сосудистой системы студентов.

Литература

1. Зеновко, А.Е. Анализ вариабельности сердечного ритма у студентов МПГУ в зависимости от возраста (IV-V курс) /А.Е. Зеновко //Альманах современной науки и образования. -2011. - №12. - С. 85-86.
2. Яворовская, Л.Н. Проблема адаптации студентов-первокурсников к процессу обучения в вузе

- /Л.Н. Яворовская // Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні проблеми безперервної освіти»: Тези доповідей. - Харьков, 2003. - С. 106-107.
3. Malik, M. Heart rate variability: Standards of measurement, physiological interpretation, and clinical use / M.Malik, J.T. Bigger, A.J.Camm, R.E. Kleiger et al. // *European Heart Journal*. - 1996. - № 17. - P. 354-381.
4. Шлык, Н.И. Сердечный ритм и тип регуляции у детей, подростков и спортсменов/ Н.И. Шлык. - Ижевск, 2009. - 255 с.
5. Сатаркулова, А.М. Вариабельность сердечного ритма у иностранных студентов в процессе учебной деятельности / А.М. Сатаркулова, А.С. Шаназаров // *Известия вузов*. - 2017. - №8. - С. 14-17.
6. Алексеева, Э.А. Оценка функционального состояния студентов в период экзаменационного стресса / [Э.А. Алексеева, Л.Н. Шантанова и др.] // *Вестник Бурятского Госуниверситета*. - 2010. - №12. - С.108-113.
7. Сафонова, В.Р. Параметры variability сердечного ритма студенток северного медицинского вуза при экзаменационном стрессе / В.Р. Сафонова, Е.Ю. Шаламова // *Экология человека*. - 2013. - №8. - С. 11-16.
8. Карпенко, Д.Ю. Особенности функционального состояния организма студентов в условиях экзаменационного стресса / Д.Ю. Карпенко // *Гигиена и санитария*. - 2010. - №1. - С. 78-80.
9. Бабунц, И.В. Азбука анализа variability сердечного ритма/ И.В. Бабунц, Э.М. Миладжян, Ю.А. Машаех. - Ставрополь: Принтмастер, 2002. - 112 с.
10. Спицин, А.П. Особенности структуры сердечного ритма у лиц молодого возраста в зависимости от доминирующего типа вегетативной нервной системы / А.П. Спицин // *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. - 2017. - №3. - С. 113-117.

УДК 615.32:615.23

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ЭКДИФИТ»
В КАЧЕСТВЕ АНАБОЛИЧЕСКОГО СРЕДСТВА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Р.Б. Сейдахметова¹, Л.И. Арыстан¹, С.М. Адекенов¹, Н.С. Табриз²

¹ АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия»
(президент правления – академик НАН РК, д.х.н., проф. Адекенов С.М.)

² Карагандинский государственный медицинский университет
(ректор – д.м.н., проф. Досмагамбетова Р.С.)
г. Караганда, Республика Казахстан

Проведена оценка безопасности и клинической эффективности препарата «Экдифит» в качестве адаптогенного и анаболического средства у больных легочным туберкулезом.

В исследование включены 200 больных обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет с верифицированным диагнозом: диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез легких и экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.

Применение препарата «Экдифит» не вызывает ухудшения состояния и самочувствия, обусловленного побочным действием препарата.

Установлено, что включение препарата «Экдифит» в качестве анаболического и адаптогенного средства в комплексное лечение туберкулеза легких повышает эффективность лечения.

Ключевые слова: препарат «Экдифит», адаптогенное и анаболическое средство, лечение туберкулеза легких.

**ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFICACY OF DRUG ECDYPHYT
AS AN ANABOLIC AGENT IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS**

R.B. Seydakhmetova¹, L.I. Arystan¹, S.M. Adekenov¹, N.S. Tabriz²

¹ JSC International Research and Production Holding “Phytochemistry”
(Chairman of the Board – Academician of NAS RK, Doctor of Chemical Sciences, Prof. S.M. Adekenov)

² Karaganda State Medical University
(Rector – Doctor of Medical Sciences, Professor R.S. Dosmagambetova)
Karaganda, the Republic of Kazakhstan

Evaluation of the clinical efficacy and safety of the drug Ecdyphyt as an adaptogenic and anabolic agent was carried out in patients with pulmonary tuberculosis.

The research included 200 patients of both sexes aged from 18 up to 60 with the verified diagnosis of a disseminated, focal, infiltrative pulmonary tuberculosis and an exudative pleurisy of the tubercular etiology.

Administration of the drug Ecdyphyt does not aggravate the condition or state of health caused by side effects of the drug.

It was determined that using Ecdyphyt as an anabolic and adaptogenic agent in a complex therapy of the pulmonary tuberculosis increases the treatment efficiency.

Keywords: drug Ecdyphyt, adaptogenic and anabolic agent, treatment of pulmonary tuberculosis.

Введение. До открытия специфических противотуберкулезных препаратов патогенетическая и симптоматическая терапия являлась основным и почти единственным методом лечения больных туберкулезом. Однако в настоящее время, когда основное место в терапии больных туберкулезом принадлежит антибактериальным препаратам, неспецифические средства воздействия на организм больного не потеряли своего значения [1].

Антибактериальная терапия не всегда оказывается достаточно эффективной, сроки ее применения составляют многие месяцы и даже годы. Кроме того, в период длительной химиотерапии

специфический противовоспалительный эффект может сопровождаться побочными действиями препарата. В связи с этим наряду с использованием этиотропных препаратов часто возникает необходимость в применении средств, направленно воздействующих на восстановление функции и морфологии пораженного органа и на поддержание общего гомеостаза организма больного.

Анаболические стероидные препараты рекомендуется назначать больным туберкулезом при гипотрофии, анорексии, астении для стимуляции

синтеза белка в организме, нормализации энергетического обмена. При этом по сравнению с традиционными синтетическими средствами анаболического действия препараты растительного происхождения обладают низкой токсичностью, отсутствием фазы отрицательного последствия и привыкания даже при длительном применении [2].

К категории перспективных источников актопротекторных препаратов относится серпуха венценосная (*Serratula coronata* L.) [3, 4]. На основе экстракта серпухи венценосной в АО «МНПХ «Фитохимия»» создан лекарственный препарат «Экдифит», обладающий анаболическим, адаптогенным и тонизирующим свойством [5].

В экспериментальных условиях было проведено изучение токсичности препарата, исследованы его местно-раздражающие свойства, аллергенность и иммунотоксичность, а также изучена анаболическая и адаптогенная активность [6].

Курсовое 2 недельное введение экстракта *Serratula coronata* в дозе 40 мг/кг обеспечивало 2-х кратное увеличение веса экспериментальных животных, ускоряло интенсивность белково-синтетических процессов, активизировало состояние «рабочей» гипертрофии изолированных мышц.

Целью настоящего исследования являлась оценка безопасности и клинической эффективности препарата «Экдифит» в качестве адаптогенного и анаболического средства у больных легочным туберкулезом.

Материалы и методы

Объектом клинического исследования служил препарат «Экдифит», содержащий в качестве действующего вещества экстракт серпухи венценосной 0,24 г.

В исследование включены 200 больных обоего пола в возрасте от 18 до 60 лет с верифицированным диагнозом диссеминированный, очаговый, инфильтративный туберкулез легких и экссудативный плеврит туберкулезной этиологии.

Включенные в исследование пациенты были рандомизированы на 2 группы. В 1-ой группе больные получали этиотропное лечение и препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день. В группе сравнения больные получали этиотропное лечение без «Экдифита».

Критериями показателей эффективности служило повышение аппетита, увеличение массы тела, улучшение общего состояния, данных клинико-лабораторных и биохимических тестов. Безопасность препарата «Экдифит» оценивалась по клиническим и лабораторным параметрам.

Проверку выборок на соответствие нормальному распределению проводили методом Шапиро-Уилка и Колмогорова-Смирнова. Рассчитывали среднее значение (М), стандартное отклонение (SD) и ошибку среднего в случае, когда параметры подчинялись закону нормального распределения. Для сравнения групп больных до и после лечения использовали методы параметрической статистики – метод Стьюдента для связанных групп. Различия считали доказанными при статистически значимом уровне $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

Сравниваемые группы были практически идентичны по полу, возрасту, клиническим формам, распространенности процесса, частоте бактериовыделения и характеру лекарственной устойчивости, что позволило объективно оценить и сравнить эффективность лечения у данных больных.

Распределение больных по полу и возрасту представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1

Распределение больных по половому составу

Группы	Основная		Контрольная	
	абс	%	абс	%
Мужчины	67	67±4,7	65	65±4,8
Женщины	33	33±4,7	35	35±4,8
Всего	100	100	100	100

Таблица 2

Возрастной состав больных

Группы	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61 и старше	Всего
Основная	8±2,7%	26±4,4%	22±4,1%	22±4,1%	18±3,8%	4±2,0%	100
Контрольная	8±2,7%	25±4,3%	22±4,1%	24±4,3%	19±3,9%	2±1,4%	100

Среди клинических форм преобладал инфильтративный туберкулез легких в основной группе – $80 \pm 4,0$ и в контрольной группе – $82 \pm 3,8$ больных.

У 91 ($91 \pm 2,9\%$) больного основной группы и у 90 ($90 \pm 3,0\%$) пациентов контрольной группы были выявлены различные симптомы туберкулезной интоксикации (таблица 3).

Таблица 3

Частота клинических симптомов заболевания

Симптомы заболевания	Основная		Контрольная	
	абс	%	абс	%
Кашель	91	$91 \pm 2,9$	90	$90 \pm 3,0$
Выделение мокроты	84	$84 \pm 3,7$	80	$80 \pm 4,0$
Боли в груди	41	$41 \pm 4,9$	42	$42 \pm 4,9$
Одышка	52	$52 \pm 5,0$	49	$49 \pm 5,0$
Повышение температуры	55	$55 \pm 5,0$	60	$60 \pm 4,9$
Похудания	78	$24 \pm 4,3$	76	$76 \pm 4,3$
Слабость	76	$78 \pm 4,1$	72	$72 \pm 4,5$
Снижение аппетита	49	$49 \pm 5,0$	52	$52 \pm 5,0$
Плохой сон	18	$18 \pm 3,8$	17	$17 \pm 3,8$
Потливость	32	$32 \pm 4,7$	30	$30 \pm 4,6$
Хрипы	42	$42 \pm 4,9$	40	$40 \pm 4,9$
Всего	100	100	100	100

После приема препарата «Экдифит», у больных отмечалось улучшение общего состояния.

Динамика основных симптомов представлена в таблице 4.

Таблица 4

Динамика симптомов заболевания после лечения препаратом «Экдифит» и через 1 месяц наблюдения

Симптомы заболевания	Основная			Контрольная		
	До лечения	После лечения	Через 1 месяц	До лечения	После лечения	Через 1 месяц
Кашель	91	62	31	90	74	46
Выделение мокроты	84	49	25	80	62	41
Боли в груди	41	14	3	42	22	13
Одышка	52	24	11	49	37	20
Повышение температуры	55	5	1	60	16	5
Слабость	76	22	13	72	38	16
Снижение аппетита	49	6	1	52	12	5
Плохой сон	18	3	1	17	8	5
Потливость	32	3	1	30	9	4
Хрипы	42	11	8	40	20	3
Всего	91	62	31	90	74	46

Симптомы заболевания сохранились после завершения лечения у 62 ($68,1 \pm 4,9\%$) больных основной группы и у 74 ($82,2 \pm 4,0\%$) пациентов контрольной группы, $p < 0,05$. Через месяц наблюдения симптомы заболевания сохранились в основной и контрольной группе у 31 ($34,1 \pm 5,0\%$) и у 46 ($51,1 \pm 5,3\%$) пациентов, соответственно ($p < 0,05$) (таблица 5).

Прибавка в весе выявлена в основной группе после завершения лечения у 85 ($85 \pm 3,6$) и через 1 месяц наблюдения у 87 ($87 \pm 3,4\%$) больных, при

этом у 37 ($37 \pm 4,8\%$) больных после лечения и у 57 ($57 \pm 5,0\%$) через 1 месяц наблюдения прибавка составила более 3 кг (таблица 5).

В контрольной группе прибавка в весе установлена после лечения у 57 ($57 \pm 5,0\%$), через 1 месяц наблюдения у 67 ($67 \pm 4,7\%$) больных, прибавка более 3 кг после лечения выявлена у 25 ($25 \pm 4,3\%$), через 1 месяц наблюдения у 31 ($31 \pm 4,6\%$) больного. Разница параметров между группами была достоверной.

Таблица 5

Прибавка в весе больными после лечения препаратом «Экдифит» и через 1 месяц наблюдения

Прибавка в весе (кг)	Основная, %				Контрольная, %			
	После лечения		Через 1 месяц наблюдения		После лечения		Через 1 месяц наблюдения	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Нет	15***	15±3,6	13**	13±3,4	43	43±5,0	33	33±4,7
1	24	24±4,3	15	15±3,6	16	16±3,7	10	10±3,0
2	24	24±4,3	15	15±3,6	16	16±3,7	16	16±3,7
3	14	14±3,5	13	13±3,4	8	8±2,7	12	12±3,2
4	9	9±2,9	14	14±3,5	5	5±2,2	9	9±2,9
5	3	3±1,7	11	11±3,1	2	2±1,4	6	6±2,4
Более 5	11	11±3,1	19	19±3,9	10	10±3,0	14	14±3,5
Всего	100	100	100	100	100	100	100	100

Примечание: ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – достоверность различий параметров между группами

В ходе клинических исследований у больных проводилось исследование гемограммы до приема препарата «Экдифит», а также после лечения и через 1 месяц наблюдения. После завершения лечения патологические изменения сохранялись у 62 (83,8±4,3%) из 74 больных основной группы с патологическими изменениями в периферической крови, в контрольной группе у 64

(88,9±3,5%) из 72 пациентов. Через 1 месяц наблюдения патологические изменения в крови выявлялись у 42 (56,8±5,7%) больных основной группы и у 50 (69,4±5,4%) пациентов контрольной группы. Разница параметров между группами была не достоверной (таблица 6).

Таблица 6

Динамика показателей периферической крови после лечения препаратом «Экдифит»

Показатели периферической крови	Основная			Контрольная		
	До лечения	После лечения	Через 1 месяц	До лечения	Через 2 недели	Через 1 месяц
Эритроциты	61	51	28	59	49	36
Гемоглобин	68	60	40	66	62	48
СОЭ	68	48	38	67	58	52
Лейкоциты	32	19	13	30	17	17
П/я нейтрофилы	3	1	1	2	0	0
Лимфоциты	21	8	2	20	6	6
Моноциты	10	1	0	8	0	0
Всего	74	62	42	72	64	50

При изучении биохимических показателей установлено, что использование препарата «Экдифит» у больных способствовало нарастанию концентрации белка в крови. При этом у больных основной группы уровень белка к

началу лечения составил 68,4%, содержание белка к концу лечения достигало 71,0%, а спустя месяц наблюдения 73,3%, что было достоверным ($P < 0,001$) и не отмечалось в контрольной группе (таблица 7).

Таблица 7

Изменения биохимических показателей на протяжении лечения

Показатели	Группы		
	Этапы лечения	Основная	Контрольная
Белок, г/л	В начале	68,4±0,8	72,0±0,9
	В конце	71,0±0,8*	73,4±0,8
	спустя месяц	73,3±0,9***	73,1±0,9
АЛАТ, нмоль/(с.л)	В начале	29,4±2,2	30,2±2,9
	В конце	28,1±2,5	28,5±2,1
	спустя месяц	28,1±3,0	28,0±1,4

АСАТ, нмоль/(с.л)	В начале	40,4±2,5	39,1±1,7
	В конце	39,9±3,3	42,1±4,0
	спустя месяц	36,5±2,1	34,9±1,6
Билирубин общий, мкмоль/л	В начале	11,8±0,3	12,2±0,3
	В конце	11,7±0,5	12,0±0,4
	спустя месяц	10,9±0,2**	11,0±0,3*
Билирубин прямой, мкмоль/л	В начале	3,2±0,1	3,4±0,2
	В конце	2,8±0,1	3,4±0,3
	спустя месяц	2,7±0,1***	3,0±0,2
Креатинин, мкмоль/л	В начале	73,1±1,4	75,8±1,5
	В конце	76,5±1,3	75,8±1,5
	спустя месяц	78,6±1,5**	75,7±1,5
Мочевина, моль/л	В начале	4,2±0,1	4,2±0,1
	В конце	4,4±0,1	4,2±0,1
	спустя месяц	4,7±0,1*	4,2±0,1
Примечания: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$ – достоверность различий параметров между группами			

Выводы.

1. Во время проведения клинического исследования препарата «Экдифит» у больных туберкулезом легких побочного действия не выявлено.
2. Наибольшая прибавка массы тела отмечалась в группе больных, принимавших препарат «Экдифит» по 1 таблетке 2 раза в день.
3. Отмечалось стимулирующее влияние препарата на синтез белка в печени. В основной группе после приема «Экдифита» содержание общего белка в сыворотке повысилось на 7%, в контрольной – на 1,5%.

Таким образом, применение препарата «Экдифит» не вызывает ухудшения состояния и самочувствия, обусловленного побочным действием препарата.

Установлено, что включение препарата «Экдифит» в качестве анаболического и адаптогенного

средства в комплексное лечение туберкулеза легких повышает эффективность лечения.

Литература

1. Чуканов, В.И. Проблема излечения больных туберкулезом органов дыхания / В.И. Чуканов // *Consilium Medicum*. - 2001. - Т. 9, №21. – С. 30-34.
2. Ахрем, А.А. Экдистероиды: химия и биологическая активность / А.А. Ахрем, Н.В. Ковчанко. - Минск, 1989. – 250 с.
3. Кусаинова, Д.Д. Актопротектор «Экдифит» и его фармацевтические показатели / Д.Д. Кусаинова, И. Карилхан // *Фармация Казахстана. Специальный выпуск*. - 2005. - С. 41-42.
4. Адаптогенные свойства экстракта серпухи венценосной / [И. Карилхан и др.] // *Человек и лекарство: X Российский национальный конгресс*. - Москва, 2003. - С. 719-720.
5. Рахимов, К.Д. Отчет по доклиническому изучению экстракта серпухи венценосной / К.Д. Рахимов, Р.Н. Пак. - Караганда, 2003. - 50 с.

УДК 615.262

**КЛИНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ
РАНОЗАЖИВЛЯЮЩЕГО ПРЕПАРАТА «АЯФРОЛ, МАЗЬ 3%»**

**Е.М. Тургунов¹, А.Е.Мадияров², Д.В. Золотарёв¹, Л.И. Арыстан²,
Р.Б. Сейдахметова², С.М. Адекен²**

¹ Карагандинский государственный медицинский университет

² АО «Международный научно-производственный холдинг «Фитохимия»,
г. Караганда, Республика Казахстан

Одно из перспективных направлений в местном лечении хирургической инфекции является использование мазей на основе эфирных масел лекарственных растений, преимущества которых перед синтетическими неоспоримы: они обладают хорошей переносимостью, низкой частотой побочных реакций, возможностью длительного применения, незначительным числом противопоказаний. Таким образом, клиническое исследование разработанного нового фитопрепарата «Аяфрол, мазь 3%» является актуальным в решении проблемы лечения раневой инфекции. В данной статье представлены данные 1 фазы клинического испытания препарата «Аяфрол».

Ключевые слова: ранозаживляющее средство, Аяфрол, *Ajania fruticulosa* (Ledeb.) Poljak, местное лечение гнойных ран.

CLINICAL RESEARCH OF THE VULNERARY MEDICINE AYAFROL, 3% OINTMENT

**E.M. Turgunov¹, A.E. Madiyarov², D.V. Zolotaryov¹, L.I. Arystan,
R.B. Seydakhmetova², S.M. Adekenov²**

¹ Karaganda State Medical University

² JSC International Research and Production Holding "Phytochemistry",
Karaganda, the Republic of Kazakhstan

Abstract: One of the prospective directions in a local treatment of surgical infection is the use of ointments based on herbal essential oils which advantages are indisputable in comparison with synthetic analogues, and are as follows: good tolerance, few side effects, a possibility of prolonged use, a low number of contraindications. Thus, clinical research of the developed new plant medicine Ayafrol, 3% Ointment is relevant in treatment of a wound infection. In the given article, data on 1 phase of clinical trials of Ayafrol are presented.

Keywords: vulnerary agent, Ayafrol, *Ajania fruticulosa* (Ledeb.) Poljak, local treatment of purulent wounds.

Введение. В настоящее время существует значительное количество запатентованных ранозаживляющих препаратов для местного лечения гнойных ран и трофических язв. Между тем, желаемая степень ранозаживляющего эффекта не достигнута, так как существующие препараты не оказывают универсального ранозаживляющего действия на каждую из фаз раневого процесса. Поэтому, разработка новых ранозаживляющих препаратов растительного происхождения, обладающих противомикробными свойствами и способностью стимулировать репарацию, является перспективной задачей на сегодняшний день [1, 2].

Для Республики Казахстан, испытывающей большой дефицит в отечественных лечебных препаратах, очень важны изыскания, разработка и производство на базе местных природных источников, собственных эффективных импортозамещающих лекарственных препаратов, в частности, обладающих ранозаживляющим и противовоспалительным действиями.

В Международном научно-производственном холдинге «Фитохимия» разработан новый лекарственный препарат «Аяфрол, мазь 3%» на основе эфирного масла растения аяния кустарничковая - *Ajania fruticulosa* (Ledeb.) Poljak, обладающий противовоспалительной, ранозаживляющей и антибактериальной активностью.

Цель проведенных клинических испытаний – изучить переносимость и безопасность применения нового ранозаживляющего фитопрепарата «Аяфрол, мазь 3%» у здоровых добровольцев.

Материалы и методы

Проведено простое открытое клиническое исследование у 40 здоровых добровольцев в возрасте от 18 до 40 лет на базе Медицинского Центра Карагандинского государственного медицинского университета. Всем 40 здоровым добровольцам фитопрепарат «Аяфрол, мазь 3%» назначался в виде 3% мази, которая наносилась наружно, на внутреннюю поверхность предплечья.

чья по пластиковому шаблону в виде прямоугольника площадью 12 см², из расчета 160

мг/см², тонким слоем один раз в сутки, в течение 14 дней (Рис. 1, 2).



Рисунок 1. Использование пластикового шаблона для стандартизации площади нанесения мази.



Рисунок 2. Процедура нанесения фитопрепарата «Аяфрол, мазь 3%» на ограниченный участок кожи внутренней поверхности предплечья.

Сопутствующее лечение какими, либо другими средствами не проводилось. Всем испытуемым врачом-исследователем проводился общий осмотр по стандартной методике с фиксацией наличия или отсутствия следующих признаков: наличие жалоб, заболеваний внутренних органов в анамнезе, наличие признаков патологии кожного покрова, костно-суставной системы, увеличенных лимфатических узлов, повышенной температуры тела, отёков, изменения со стороны системы органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, изменения со стороны неврологического статуса, локальные изменения, аллергические реакции. Также фиксировались данные в случае наличия предшествующей терапии

наружными средствами (мази, растворы), наличие беременности или грудного вскармливания, диспансерный учет у каких-либо специалистов, участие в других клинических исследованиях. Лабораторное исследование включало – общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови с определением показателей функционального состояния печени и почек, показателей свертывающей системы крови.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст пациентов составил $27,45 \pm 0,89$ лет, мужчин – 13 (32,5%), женщин – 27 (67,5%). Распределение волонтеров по полу представлено на рисунке 3.

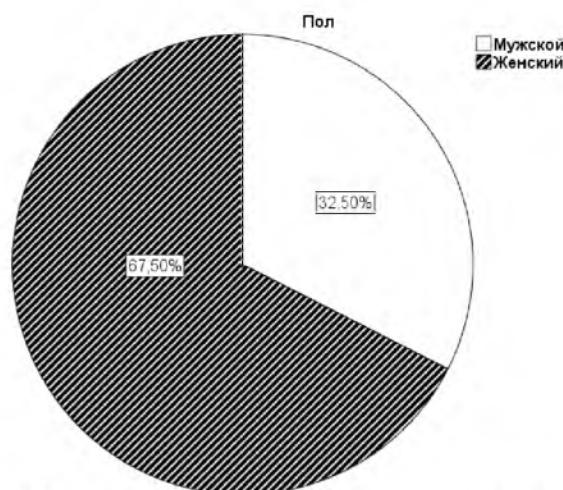


Рисунок 3. Распределение пациентов по полу.

Для всех количественных переменных, таких как: количественные показатели общего анализа крови и мочи, биохимического анализа (АЛТ, АСТ, ЩФ, сахар крови, общий белок, билирубин, тимоловая проба, креатинин, мочеви́на, время свертываемости крови, фибриноген) до и после применения препарата определяли объем выборки (N), среднее значение (M), средняя ошибка среднего значения (m), дисперсия среднего значения (δ^2), стандартное отклонение (SD); нижняя и верхняя границы 95% доверительного интервала ($\pm CI$); проведена проверка на нормальность распределения с построением гистограмм, выявлением наличия и выраженности асимметрии и эксцесса. Поскольку число наблюдений менее 60, в качестве критерия нормальности распределений выбран критерий Шапиро-Уилк (Shapiro-Wilk Normality Test).

Значимость различий количественных переменных в парных выборках (группы «до» и «после») определяли в случае нормальных распределений с помощью Т-критерия Стьюдента для парных выборок, а в случае распределения отличного от нормального непараметрическими методами путем сравнения с гипотетическими данными с помощью парного критерия знаковых рангов Wilcoxon и критерия знаков для зависимых выборок (уровень принятой статистической значимости различий гипотетических данных в группах «до» и «после» $p = 0,05$; доверительный интервал – 95%).

Уровень значимости различий в группах «до» и «после», принимали при значении $p < 0,05$.

Статистические результаты по влиянию применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на показатели лабораторных методов исследования представлены в таблицах (табл. 1-4).

Таблица 1

Влияние применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на показатели гемограммы (общего анализа крови)

Показатели	N	M	m	SD	δ^2	A_s	m_A	E_x	m_E	95% CI		z	p
										-	+		
гемоглобин до (г/л)	40	129,38	2,71	17,12	293,22	0,66	0,37	-0,59	0,73	123,90	134,85	-1,793 ^a	0,073
гемоглобин после (г/л)	40	130,43	2,45	15,52	240,76	0,52	0,37	-0,80	0,73	125,46	135,39		
эритроциты до ($\times 10^{12}/л$)	40	4,35	0,08	0,52	0,27	1,03	0,37	-0,17	0,73	4,19	4,52	-0,771 ^a	0,441
эритроциты после ($\times 10^{12}/л$)	40	4,37	0,08	0,48	0,23	0,75	0,37	-0,73	0,73	4,21	4,52		
лейкоциты до ($\times 10^9/л$)	40	5,05	0,10	0,66	0,44	1,22	0,37	1,22	0,73	4,84	5,26	-0,007 ^b	0,994
лейкоциты после ($\times 10^9/л$)	40	5,09	0,12	0,79	0,62	2,38	0,37	8,24	0,73	4,83	5,34		

тромбоциты до ($\times 10^9/\text{л}$)	40	235,23	4,48	28,31	801,31	-0,28	0,37	1,41	0,73	226,17	244,28	-0,077 ^a	0,939
тромбоциты после ($\times 10^9/\text{л}$)	40	235,38	4,67	29,55	873,11	-0,36	0,37	0,19	0,73	225,92	244,82		
СОЭ до (мм/ч)	40	5,95	0,66	4,27	18,25	1,16	0,37	0,51	0,73	4,58	7,32	-0,770 ^a	0,442
СОЭ после (мм/ч)	40	6,33	0,69	4,38	19,20	1,28	0,37	0,85	0,73	4,92	7,72		
базофилы до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,03	0,03	0,16	0,03	5,66	0,37	33,28	0,73	-0,02	0,08	-0,272 ^b	0,79
базофилы после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,03	0,03	0,16	0,03	6,32	0,37	40,00	0,73	-0,03	0,08		
эозинофилы до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,54	0,15	0,94	0,89	2,05	0,37	4,32	0,73	0,23	0,84	-0,434 ^a	0,66
эозинофилы после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,65	0,15	0,95	0,90	1,54	0,37	2,43	0,73	0,35	0,95		
п/ядерные нейтрофилы до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,05	0,05	0,32	0,10	6,33	0,37	40,00	0,73	-0,05	0,15	-1,179 ^a	0,24
п/ядерные нейтрофилы после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	0,18	0,08	0,50	0,25	2,94	0,37	7,99	0,73	0,01	0,34		
с/ядерные нейтрофилы до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	66,71	0,41	2,59	6,72	0,05	0,37	-0,04	0,73	65,88	67,53	-0,132 ^b	0,895
с/ядерные нейтрофилы после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	66,28	0,68	4,33	18,72	-0,67	0,37	0,22	0,73	64,89	67,66		
лимфоциты до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	30,13	0,48	3,03	9,19	-3,22	0,37	-0,40	0,73	29,16	31,09	-0,064 ^b	0,523
лимфоциты после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	29,80	0,63	3,98	15,85	0,31	0,37	-0,44	0,73	28,53	31,07		
моноциты до ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	2,90	0,16	1,01	1,02	0,53	0,37	-0,53	0,73	2,58	3,22	-1,034 ^a	0,30
моноциты после ($\% \times 10^9/\text{л}$)	40	3,10	0,21	1,32	1,73	0,23	0,37	-0,06	0,73	2,68	3,52		

Примечания: z – статистика знакового критерия Вилкоксона; a – Используются отрицательные ранги; b – Используются положительные ранги, p – уровень значимости.

Средние значения уровня гемоглобина до и после применения составили $129,38 \pm 2,71$ и $130,43 \pm 2,45$ г/л соответственно, различия в группах статистически и клинически не значимы ($p > 0,05$). Средние значения эритроцитов в крови до и после применения составили $4,35 \pm 0,08 \times 10^{12}/\text{л}$ и $4,37 \pm 0,08 \times 10^{12}/\text{л}$ соответственно, различия в группах статистически и клинически не значимы ($p = 0,44$).

Разница средних значений содержания лейкоцитов в крови до и после применения ($5,05 \pm 0,10 \times 10^9/\text{л}$ и $5,09 \pm 0,12 \times 10^9/\text{л}$, соответственно) статистически не значима ($p = 0,99$). В субпопуляции лейкоцитов также не выявлена статистически значимая разница ($p > 0,05$): уровень базофилов до и после применения препарата вообще не претерпел никаких изменений – $0,03 \pm 0,03 \times 10^9/\text{л}$; уровни содержания

эозинофилов, палочкоядерных нейтрофилов и моноцитов незначительно увеличились на $0,11 \times 10^9/\text{л}$; $0,13 \times 10^9/\text{л}$ и $0,2 \times 10^9/\text{л}$, соответственно, тогда как уровни сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов несущественно повысились на $0,43 \times 10^9/\text{л}$ и $0,33 \times 10^9/\text{л}$, соответственно. Также не наблюдается различий в содержании тромбоцитов до и после применения препарата – $235,23 \pm 4,48 \times 10^9/\text{л}$ и $235,38 \pm 4,67 \times 10^9/\text{л}$ соответственно ($p = 0,94$). Показатель скорости оседания эритроцитов также практически не изменился – $5,95 \pm 0,66$ мм/ч до применения и $6,33 \pm 0,69$ мм/ч – после применения ($p = 0,44$).

Таким образом, проведенный статистический анализ показал, что в показателях общего анализа крови достоверных различий до и после применения препарата «Аяфрод, мазь 3%» не выявлено.

Таблица 2

Влияние применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на биохимические показатели

Показатели	N	M	m	SD	δ^2	A _s	m _A	E _x	m _E	95% CI		z	p
										-	+		
АЛТ до (мккат/л)	40	0,43	0,02	0,10	0,01	-0,99	0,37	1,04	0,73	0,40	0,46	-0,844 ^b	0,40
АЛТ после (мккат/л)	40	0,41	0,01	0,08	0,01	-1,60	0,37	2,49	0,73	0,39	0,44		
АСТ до (мккат/л)	40	1,62	1,19	7,52	56,57	6,32	0,37	39,99	0,73	0,41	0,46	-1,481 ^b	0,14
АСТ после (мккат/л)	40	0,42	0,01	0,08	0,01	-1,59	0,37	2,52	0,73	0,39	0,44		
ЩФ до (мккат/л)	40	1,70	0,13	0,85	0,73	2,55	0,37	6,90	0,73	1,42	1,97	-0,294 ^a	0,77
ЩФ после (мккат/л)	40	1,59	0,07	0,47	0,22	1,97	0,37	6,15	0,73	1,44	1,74		
Общий белок до (г/л)	40	71,71	1,00	6,34	40,18	-1,17	0,37	4,22	0,73	69,69	73,74	-1,157 ^b	0,25
Общий белок после (г/л)	40	70,93	0,56	3,56	12,69	0,43	0,37	-0,36	0,73	69,79	72,06		
Билирубин общий до (мкмоль/л)	40	14,24	0,63	3,97	15,73	1,65	0,37	6,05	0,73	12,97	15,51	-1,537 ^a	0,12
Билирубин общий после (мкмоль/л)	40	15,40	0,61	3,86	14,93	2,50	0,37	8,33	0,73	14,16	16,63		
Тимолова проба до (ед.)	40	4,40	0,38	2,38	5,67	1,15	0,37	1,77	0,73	3,64	5,16	-1,989 ^b	0,05
Тимолова проба после (ед.)	40	3,65	0,35	2,22	4,94	1,64	0,37	4,37	0,73	2,94	4,37		
Креатинин до (мкмоль/л)	40	88,40	1,24	7,87	61,94	-0,55	0,37	-0,13	0,73	85,88	90,92	-0,987 ^b	0,32
Креатинин после (мкмоль/л)	40	86,55	1,64	10,36	107,23	-1,19	0,37	1,66	0,73	83,24	89,86		
Мочевина до (ммоль/л)	40	4,80	0,17	1,08	1,16	-0,28	0,37	0,49	0,73	4,46	5,14	-0,230 ^b	0,82
Мочевина после (ммоль/л)	40	4,73	0,15	0,96	0,92	0,26	0,37	0,72	0,73	4,42	5,04		
t-свертываемости крови до (мин)	40	3,64	0,07	0,46	0,21	0,88	0,37	0,14	0,73	3,49	3,78	-0,363 ^b	0,72
t-свертываемости крови после (мин)	40	3,62	0,08	0,50	0,25	0,94	0,37	0,53	0,73	3,46	3,78		
Фибриноген до (г/л)	40	3,68	0,12	0,73	0,53	-0,29	0,37	1,01	0,73	3,45	3,91	-0,684 ^a	0,49
Фибриноген после (г/л)	40	3,82	0,10	0,64	0,41	0,25	0,37	-0,34	0,73	3,61	4,02		
Сахар крови до (ммоль/л)	40	5,02	0,09	0,57	0,32	0,61	0,37	0,07	0,73	4,84	5,20	-0,639 ^a	0,52
Сахар крови после (ммоль/л)	40	5,12	0,09	0,59	0,35	1,62	0,37	5,33	0,73	4,93	5,31		

Примечания: z – статистика знакового критерия Вилкоксона; a – Используются отрицательные ранги; b – Используются положительные ранги, p – уровень значимости.

По данным итоговой таблицы 2, отражающей динамику биохимических показателей, не выявлено достоверной разницы ни в одном показателе до и после применения препарата «Аяфрол, мазь 3%».

Показатели уровня ферментов трансаминаз (АЛТ и АСТ) и щелочной фосфатазы имеют незначительную тенденцию к снижению с $0,43 \pm 0,02$ до $0,41 \pm 0,01$ ($p=0,40$); с $1,62 \pm 1,19$ до $0,42 \pm 0,01$ ($p=0,14$) и с $1,70 \pm 0,13$ до $1,59 \pm 0,07$ мккат/л соответственно.

Единственный биохимический показатель, который статистически значимо снизился после применения препарата – уровень тимоловой пробы с $4,40 \pm 0,38$ до $3,65 \pm 0,35$ ($p=0,05$) ед, однако, такое незначительное колебание в пределах границ нормальных величин не имеет клинической значимости.

Колебания в сторону снижения среднего значения содержания общего белка на $0,78$ г/л и повышения уровня билирубина на $1,16$ мкмоль/л также находится в пределах границ нормальных значений и не является клинически и статистически значимыми ($p=0,25$ и $p=0,12$ соответственно).

Влияние применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на показатели функции почек представлено в таблице 2. Статистический анализ не выявил значимых изменений креатинина и мочевины до и после применения препарата, хотя некоторая тенденция к снижению уровня обоих этих показателей имеется – на $1,85$ и $0,07$ ммоль/л соответственно ($p=0,32$ и $p=0,82$).

Таким образом, проведенный статистический анализ показал, что применение препарата «Аяфрол, мазь

3%» у здоровых лиц значимо не влияет на показатели функционального состояния гепатобилиарной и мочевыделительной систем. Протеинурии выше 0,01 не выявлено ни в одном наблюдении, ни до, ни после испытаний. Следы белка в моче (0,003 г/л) выявлены у

1 (2,5%) человека до испытаний и у 2 (5,0%) после испытаний, данные различия находятся в пределах погрешности измерений, клинически и статистически не значимы (точный критерий Фишера=0,62; критерий χ^2 с поправкой на правдоподобие=0,35 ($p>>0,05$)).

Таблица 3

Влияние применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на количественные показатели общего анализа мочи

Показатели	N	M	m	SD	δ^2	A _s	m _A	E _x	m _E	95% CI		z	p
										-	+		
отн. плотность мочи до (г/л)	40	1018,5	0,92	5,80	33,8	-0,20	0,37	-1,15	0,73	1016,6	1020,3	-1,486 ^a	0,14
отн. плотность мочи после (г/л)	40	1020,3	0,76	4,82	23,2	-0,97	0,37	0,76	0,73	1018,7	1021,8		
лейкоцитурия до (в поле зрения)	40	1,68	0,15	0,92	0,84	1,34	0,37	1,06	0,73	1,38	1,97	-0,182 ^a	0,86
лейкоцитурия после (в поле зрения)	40	1,65	0,18	1,12	1,26	1,78	0,37	2,94	0,73	1,29	2,01		

Примечания: z – статистика знакового критерия Вилкоксона; a – Используются отрицательные ранги; b – Используются положительные ранги, p – уровень значимости.

Единичные эритроциты (1-2 в поле зрения) выявлены у 2 испытуемых до и у 2 испытуемых после применения препарата, причем не у одних и тех же. Различия данного показателя в группах также статистически не значимы (точный критерий Фишера=1,0; критерий χ^2 с поправкой на правдоподобие=0,00 ($p>>0,05$)).

Соли в моче (ураты, оксалаты) в количестве от ++ выявлены у 4 испытуемых в группе до применения и у 7 испытуемых после применения, что также статистически не значимо (точный критерий Фишера=0,36; критерий χ^2 с поправкой на правдоподобие=0,96 ($p>>0,05$)).

Таблица 4

Влияние применения препарата «Аяфрол, мазь 3%» на показатели свертывающей системы крови

Показатели	N	M	m	SD	δ^2	A _s	m _A	E _x	m _E	95% CI		z	p
										-	+		
t-свертываемости крови до (мин)	40	3,64	0,07	0,46	0,21	0,88	0,37	0,14	0,73	3,49	3,78	-0,363 ^b	0,72
t-свертываемости крови после (мин)	40	3,62	0,08	0,50	0,25	0,94	0,37	0,53	0,73	3,46	3,78		
Фибриноген до (г/л)	40	3,68	0,12	0,73	0,53	-0,29	0,37	1,01	0,73	3,45	3,91	-0,684 ^a	0,49
Фибриноген после (г/л)	40	3,82	0,10	0,64	0,41	0,25	0,37	-0,34	0,73	3,61	4,02		

Примечания: z – статистика знакового критерия Вилкоксона; a – Используются отрицательные ранги; b – Используются положительные ранги, p – уровень значимости.

Незначительные колебания времени свертываемости крови на 0,02 мин ($p=0,72$) и фибриногена на 0,14 г/л ($p=0,49$) свидетельствуют об отсутствии значимых влияний применения препарата на гемостаз у здоровых лиц.

В целом следует также отметить, что средние значения всех изучаемых показателей лабораторных исследований в обеих группах находятся в пределах нормальных (с учетом возраста и пола) значений, установленных лабораторией для данных методов исследования. Наблюдающиеся колебания значений показателей крови и мочи в ту или другую сторону статистически и клинически не значимы.

Выводы

При применении мази «Аяфрол, 3%» в течение 14 суток ни у одного из 40 испытуемых не возникло неприятных или болезненных ощущений, связанных с нанесением мази. Также не отмечено ни одного случая

местного раздражения кожных покровов в зоне нанесения мази. Не зафиксировано ни одного случая токсического или аллергического действия препарата.

Таким образом, исследование по применению новой мази у 40 здоровых добровольцев показало отсутствие каких либо реакций, осложнений, побочных эффектов, связанных с использованием препарата «Аяфрол, мазь 3%».

Литература

- Ордабаева, С.К. Современные представления о применении мазей в терапии гнойных ран / С.К. Ордабаева // Фармация Казахстана. – 2006. – №3. – С. 32-34.
- Mamedov, N. Medicinal plants used in Russia and Central Asia for the treatment of selected skin conditions / N. Mamedov // Journal of Herbs, Spices and Medical Plants. – 2004. – Vol. 11, No 1-2. – P. 191-222.

СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧИ – ЛИДЕРЫ НА ПУТИ К ЛУЧШЕМУ ЗДОРОВЬЮ

К Всемирному дню семейного врача – 19 мая

Н.Н. Бримкулов, С.Ж. Сыдыкова, А.Т. Жайлообаева, Кубанычбек кызы М., А. Шаповалова,
Э. Ботбаева, Б. Нурдинов, А. Ошбаева, Н. Кожокулова, Н. Осмонканова, Запар кызы З.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева,

Общественное объединение «Семейная медицина без границ»

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Начиная с 2010 года ежегодно 19 мая на всем Земном шаре отмечается Всемирный день семейного врача (ВДСВ). Его проведение было предложено Всемирной организацией семейных врачей WONCA. Цель ВДСВ – всемерно продвигать современное понимание роли семейного врача как основного, ведущего представителя всей системы здравоохранения, от деятельности которого зависит эффективность не только первичного, но и вторичного, и третичного ступеней здравоохранения. Освещен опыт проведения ВДСВ в некоторых странах, а также в Кыргызстане.

Ключевые слова: Всемирный день семейного врача, WONCA, семейная медицина в Кыргызстане.

ҮЙ-БҮЛӨЛҮК ДАРЫГЕРЛЕР – ДЕН-СОЛУКТУ ЧЫНДОО ЖОЛУНДАГЫ ЛИДЕРЛЕР

19-май – Бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлер күнүнө карата

Н.Н. Бримкулов, С.Ж. Сыдыкова, А.Т. Жайлообаева, Кубанычбек кызы М., А. Шаповалова,
Э. Ботбаева, Б. Нурдинов, А. Ошбаева, Н. Кожокулова, Н. Осмонканова, Запар кызы З.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

«Чексиз үй-бүлөлүк медицина» коомдук бирикмеси

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Корутунду: 2010-жылдан баштап, бүткүл дүйнө жүзүндө жыл сайын 19-майда Бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлер күнү белгиленип турат (БДҮБДК). Мындай иш-чараны өткөрүп туруу сунушун Бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлер уюму киргизген (WONCA). Үй-бүлөлүк дарыгерлер бүткүл саламаттыкты сактоо системасынын алдыңкы жана негизги өкүлдөрү катары милдет аткарышары жана саламаттык сактоо түзүмүнүн баштапкы гана эмес, экинчи жана үчүнчү баскычтарынын натыйжалуулугу да дал ушул үй-бүлөлүк дарыгерлердин мына ушундай ролунзаманбап коом тарабынан түшүнүлүүсүнө ар тараптуу түрткү берүү – мына ушундай жыл сайын өткөрүлүп туруучу иш-чаранын максаты болуп саналат. Мындай иш-чараларды бир нече өлкөдө жана Кыргызстанда өткөрүү тажрыйбасы тууралуу да маалымат берилди.

Негизги сөздөр: Бүткүл дүйнөлүк үй-бүлөлүк дарыгерлер күнү, WONCA, Кыргызстандагы үй-бүлөлүк медицина.

FAMILY DOCTORS – LEADING THE WAY TO BETTER HEALTH

Dedicated to the World Family Doctor Day – May 19

N.N. Brimkulov, S.J. Sydykova, A.T. Jailloobaeva, Kubanychbek k.M., A. Shapovalova,
E. Botbaeva, B. Nurdinov, A. Oshbaeva, N. Kojokulova, N. Osmonkanova, Zapar k. Z.

Kyrgyz State medical academy n.a. I.K. Akhunbaev,

Public association “Family medicine without borders”

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Starting from 2010 every year on May 19 the whole world celebrates the World Family Doctor Day. This event was firstly announced as a World Day by the WONCA, the World organization of family doctors. The aim of the World Day is to promote comprehensively the modern understanding of the role of family doctor as a leading specialist of the whole healthcare system. Effectiveness of the primary, secondary and tertiary level depends on the work of family doctor. The article describes experience of conducting World Family Doctor Day in various countries including Kyrgyzstan.

Key words: World Family Doctor Day, WONCA, family medicine in Kyrgyzstan.

Всемирный день семейного врача (ВДСВ) проводится ежегодно 19 мая по инициативе Всемирной организации семейных врачей – WONCA,

начиная с 2010 г. [1]. Учреждая этот праздничный день, WONCA на международном уровне

подчеркнула особую важность именно этой специальности в современном ее понимании. Цель этого дня – на уровне всего общества и государства всемерно продвигать понимание центральной роли семейного врача в предоставлении личной, всесторонней и непрерывной медицинской помощи для всех пациентов, как основного, ведущего представителя всей системы здравоохранения, от деятельности которого зависит эффективность не только первичного, но и, как доказано многими исследованиями, вторичного, и третичного уровней здравоохранения. Не случайно в 2018 году девиз ВДСВ звучит как «СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧИ – ЛИДЕРЫ НА ПУТИ К ЛУЧШЕМУ ЗДОРОВЬЮ».

Между тем, в Кыргызстане в настоящее время термины «семейная медицина» и «семейный врач» воспринимаются совсем неоднозначно. К сожалению, среди части общества, включая медицинскую общественность, распространены негативные мнения, вызванные отсутствием доказательной информации. В определенной степени этот негативизм связан также с тем, что поддержка развития семейной медицины в Кыргызстане во многом была декларативной, так как ни семейная медицина, ни первичный уровень здравоохранения так и не получили необходимого политического внимания, достаточного финансирования, материально-технического обеспечения, поддержки местных органов власти и общественности [2, 3].

Цель данной статьи – осветить современные подходы к дефиниции специальности, ее принципиальные особенности, а также представить в помощь практическим врачам и организаторам здравоохранения материалы о деятельности WONCA и проведении ВДСВ в разных странах и в Кыргызстане.

Дефиниция специальности семейный врач / врач общей практики.

Кто же такой семейный врач? Европейское отделение WONCA сформулировало в 2002 году наиболее полное определение, каждое слово которого наполнено особым смыслом [4]:

Врачи общей практики / семейные врачи – это врачи, прошедшие подготовку по дисциплине семейная медицина. Они являются личными врачами, и несут ответственность главным образом за обеспечение всеобъемлющей и непрерывной медицинской помощи каждому обратившемуся за ней пациенту, независимо от его возраста и пола, а также характера его заболевания. Они осуществляют медицинскую помощь пациентам с учетом особенностей их семьи, их

сообщества, культуры, во всех случаях обеспечивая соблюдение принципа самостоятельности пациента. Кроме того, они понимают, что они ответственны перед обслуживаемым ими населением. При обсуждении с пациентом плана лечения они учитывают физические, психологические, социальные, культурные и жизненные факторы, используя информацию и доверительные отношения, сложившиеся в ходе предыдущих контактов с пациентом. Врачи общей практики/семейные врачи осуществляют свою профессиональную деятельность путем улучшения состояния здоровья, профилактики заболеваний, лечения заболеваний или предоставления паллиативной помощи, и способствуют расширению возможностей пациента и самостоятельному контролю над своим состоянием. Эти мероприятия осуществляются врачами лично или с помощью других, в соответствии с потребностями пациентов и имеющимися ресурсами, при этом пациенту оказывается помощь в получении доступа к этим ресурсам здравоохранения. Врачи должны принять на себя ответственность за профессиональное совершенствование и поддержание уровня своей клинической квалификации, личностных качеств и ценностей, являющихся основой эффективной и безопасной медицинской помощи.

Многогранность специальности «Семейный врач» графически отображена «деревом WONCA» (рис. 1), которое наглядно изображает основные компетенции и характеристики, присущие семейному врачу, а также ключевые принципы его работы. Оно также отражает цели и задачи, поставленные перед семейным врачом в системе здравоохранения. Модель первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) представлена в виде большого дерева, имеющего мощные корни. Многочисленные ветви отражают множество ключевых компетенций и характеристик работы семейного врача, демонстрируя особую сложность и многогранность его деятельности [4].

Конечно, семейным врачам надо знать дерево WONCA, чтобы четко представлять характеристики и компетенции своей специальности, и прилагать все усилия, чтобы соответствовать этому портрету семейного врача. Однако, очень важно, чтобы все остальные работники здравоохранения также знали дерево WONCA, чтобы четко понимать обширную «территорию работы» семейного врача и прилагать все усилия для того, чтобы эффективно сотрудничать с семейным врачом и способствовать тому, чтобы семейный врач успешно реализовывал свои функции.

Правительству, всей общественности страны также надо знать «дерево WONCA», чтобы осознавать важность и сложность специальности «семейный врач», и прилагать все усилия, чтобы поддерживать семейных врачей, и адекватно «питать корни дерева». Особо следует сказать об адекватном позитивном отношении к специальности (Отношение) и создании благоприятных

условий для функционирования и развития семейной медицины (Контекст). Это подразумевает, в первую очередь, первоочередное финансирование и материально-техническое снабжение первичного уровня здравоохранения, адекватную заработную плату и социальные гарантии медработникам ПМСП, в первую очередь семейным врачам.



Рис. 1. Дерево WONCA (см. объяснения в тексте).

Еще одной важной основой – корнем «дерева WONCA» – является наука. Как одна из сложнейших и многогранных дисциплин семейная медицина/общая врачебная практика нуждается в интенсивных научных изысканиях. В связи с этим, представляется чрезвычайно актуальным учреждение соответствующей научной специальности и в Кыргызстане.

Между тем, в мире есть много серьезных научных исследований, подтверждающих исключительную роль семейного врача в системе здравоохранения. Так, Shi L. с соавт. (2003) при мультивариантном анализе показателей смертности и распределения врачей различных специальностей по всем 50 штатам США за 15 лет обнаружили, что увеличение на 1 врача ПМСП на каждые 10 000 жителей уменьшает смертность в среднем на 40 человек на каждые 100 000 населения, а если увеличение кадрового потенциала ПМСП происходит именно за счет семейного врача, то смертность снижается уже на 70 человек (на 100 000 населения). Напротив, увеличение сверх оптимального количества на 1 узкого

специалиста на каждые 10 000 популяции приводит к увеличению смертности на 16 человек на каждые 100 000 населения, то есть, излишняя специализация и фрагментация медицинской помощи обходятся обществу и государству исключительно дорого и являются губительными в прямом смысле слова. Авторы приходят к выводу, что усиление первичной медико-санитарной помощи, особенно семейной медицины, даже в государствах с высоким уровнем неравенства в доходах, может привести к снижению смертности от всех причин в этих государствах [5].

Многочисленные исследования свидетельствуют, что около 80-90% всех проблем, связанных со здоровьем, в развитых странах мира сегодня решаются на этапе первичного звена здравоохранения. Эффективная работа семейных врачей позволяет более прицельно использовать консультации узких специалистов, способствует повышению качества и снижению стоимости медицинской помощи населению. Международный опыт показывает, что в странах, где есть развитая

семейная медицина, состояние здоровья населения лучше, а затраты на здравоохранение ниже [6].

Что такое WONCA?

Аббревиатура WONCA происходит от полного названия World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, или WONCA – Всемирная организация семейных врачей [7]. Эта организация была основана в 1972 году и в настоящее время насчитывает 118 организаций-членов, представляющих около 500 000 семейных врачей в более чем 130 странах и территориях по всему миру.

Главной миссией WONCA является улучшение качества жизни людей во всем мире через определение и продвижение их ценностей, оказание поддержки высоким стандартам медицинской помощи в общеврачебной практике/семейной медицине. Эта миссия достигается путем оказания индивидуальной, всесторонней медицинской помощи каждому человеку в контексте семьи и общества. С другой стороны, эта миссия достигается с помощью поддержки развитию учебных заведений по подготовке врачей общей практики/семейных врачей, путем проведения конференций по обмену знаниями и информацией между организациями-членами, объединяющими врачей общей практики/семейных врачей, предоставляя им учебную, научно-исследовательскую практику [7].

Именно с целью привлечения внимания общественности и правительств к семейной медицине WONCA учредила проведение ВДСВ. К сожалению, не во всех странах семейной медицине уделяют достаточно внимания. Как писал в своем обращении по случаю праздника ВДСВ-2016 экс-президент WONCA Майкл Кидд (Австралия): «...Многие семейные врачи работают в очень тяжелых условиях, часто без достаточных средств, необходимых, чтобы делать нашу работу. Мы работаем долгие часы не жалея своего времени. Наша стойкость проверяется регулярно, и многие из нас чувствуют себя недооцененными. И мы не часто слышим слова благодарности...» [8].

О проведении ВДСВ в мире

Важно, чтобы современные представления о роли семейного врача понимали, разделяли и поддерживали не только врачи других специальностей, но и общество в целом, а также правительства и парламенты всех стран. Поэтому проведение этого праздника дает уникальную возможность донести современную информацию о

семейных врачах всему обществу. Во многих странах накоплен большой опыт проведения этого дня [9].

Каждый год ВДСВ посвящается какой-нибудь теме. Так, в 2017 году День семейного врача был посвящен депрессии, как одному из самых частых болезненных состояний современного человека [10]. Проводились традиционные образовательные мероприятия самого разного формата (конференции, семинары, мастер-классы и другие), как для медресов, так и для различных групп населения. Для широких слоев населения более интересны массовые культурные мероприятия, посвященные ВДСВ, которые тем не менее должны нести доказательную научную информацию. Это концерты, спортивные состязания, уличные выступления и шествия, выступления в средствах массовой информации, по телевидению и многое другое. Популярны различные конкурсы – плакатов, рисунков, фотографий, публикаций, освещающих благородную деятельность семейного врача (рис. 2, 3). В Китае был выпущен уникальный почтовый блок из 12 марок, посвященный ВДСВ-2017 [9]. Более подробно о проведении Всемирного дня семейного врача в разных странах можно ознакомиться на сайте WONCA [11].

О проведении ВДСВ в Кыргызстане.

В Кыргызстане институт семейной медицины [12] был внедрен в 1996 году и включает сегодня 64 Центра семейной медицины, 28 центров общеврачебной практики, в которых функционируют 709 групп семейных врачей и 1030 ФАПов и трудятся 1640 семейных врачей и 4328 медсестер. Однако устаревшее понимание роли семейного врача, неудовлетворительные условия труда, недостаточное финансирование, не позволяющее обеспечить достойный уровень заработной платы, и другие факторы, упомянутые выше, привели к значительному снижению имиджа семейного врача и оттоку кадров [2, 3, 13, 14]. Карьера семейного врача стала непривлекательной для молодежи. В этих условиях, наряду с решением организационных, финансовых и других проблем важное значение приобретает разъяснение современного понимания ведущей роли семейного врача, переосмысление вклада семейной медицины в систему здравоохранения, изменение отношения всего общества, а также государственных структур.



Рис. 2. Эмблема (логотип) Всемирного дня семейного врача, предложенная WONCA в 2015 году.

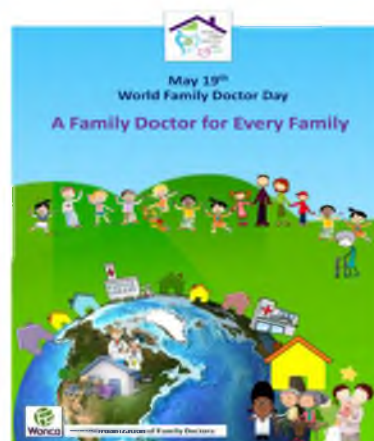


Рис. 3. Один из плакатов WONCA к ВДСВ-2015.

Активное проведение Всемирного дня семейного врача может внести определенный вклад в решение этих вопросов. Поэтому, начиная с 2016 года мы также начали проводить мероприятия, посвященные ВДСВ (рис.4).

Так, 18-19 мая 2017 года в г. Ош проведен 2-й съезд врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, в работе которого приняли участие семейные врачи из всех регионов страны, а также

известные специалисты и эксперты из стран СНГ, Швейцарии, Норвегии. На съезде обсуждались самые проблемные вопросы деятельности семейных врачей [15]. На заседании молодежного клуба состоялась встреча студентов медицинского факультета Ошского госуниверситета с президентом WONCA-Европа Анной Ставдаль (Осло, Норвегия).



Рис. 4. Эмблема ВДСВ-2017 в Кыргызстане.

Специальная конференция, посвященная ВДСВ-2017, состоялась 19 мая 2017 года и в г.Бишкеке, в Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. В ней приняли участие преподаватели и студенты. В средствах массовой информации были опубликованы, озвучены или показаны материалы о мероприятиях ВДСВ-2017. Однако пока эти мероприятия охватывают преимущественно медицинских работников и студентов медицинских ВУЗов. В связи с этим представляется перспективным и не-

обходимым повышение эффективности проведения ВДСВ в будущем с учетом международного опыта.

В 2018 году сам девиз ВДСВ – «СЕМЕЙНЫЕ ВРАЧИ – ЛИДЕРЫ НА ПУТИ К ЛУЧШЕМУ ЗДОРОВЬЮ» – подчеркивает лидирующую роль семейных врачей в достижении более полного здоровья для каждого члена общества. Наша задача донести эту мысль всему нашему обществу, органам местной и центральной власти.

Во Всемирный день семейного врача 2018 года мы хотим поздравить всех семейных врачей/вра-

чей общей практики Кыргызстана с профессиональным праздником и пожелать отменного здоровья и благополучия в их семьях! Пусть Всемирный день семейного врача принесет признание всем семейным врачам/врачам общей практики нашей страны, привлечет внимание к их проблемам, к проблемам той важной работы, которую они делают в своих населенных пунктах, селах и городах, по всей нашей прекрасной стране!

Литература

1. World Family Doctor Day [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/member/ForMemberOrganizations/WorldFamilyDoctorDay> (дата обращения: 10.01.2018).
2. Дуйшеналиев, Б.Д. Реалии сельского семейного врача сегодня: материалы II-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана (г.Ош, 18-19 мая 2017 г.) / Б.Д. Дуйшеналиев // Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева. – 2017. - №2, Приложение 1. – С. 54-55.
3. Шамшиев, А.А. Как нам преодолеть «стеклянный потолок»? – Проблемы ПМСП г.Ош и Ошской области: материалы II-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана (г.Ош, 18-19 мая 2017 г.) / А.А. Шамшиев // Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева. – 2017. - №2, Приложение 1. – С.69-71.
4. The European Definition of GP/FM [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://woncaeurope.org/gp-definitions> (дата обращения: 10.01.2018).
5. The Relationship Between Primary Care, Income Inequality, and Mortality in US States, 1980–1995 / Shi L. [et al.] // J. Am. Board Fam. Pract. – 2003. – Vol. 16. – P.412-422.
6. Первичная медико-санитарная помощь – Сегодня актуальнее, чем когда-либо: Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2008 г. - Женева: ВОЗ, 2008. – 152 с.
7. WONCA in brief [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx> (дата обращения: 10.01.2018).
8. WONCA President's message on World Family Doctor Day [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/News/WONCAPresidentsmessageonWorldFamilyDoctorDay1.aspx> (дата обращения: 10.01.2018).
9. World Family Doctor Day 2017 celebrated worldwide [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/News/WorldFamilyDoctorDay2017celebratedworldwide.aspx> (дата обращения: 10.01.2018).
10. Mental Health Matters - World Family Doctor Day 2017: Highlighting Depression [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/News/MentalHealthMatters-WorldFamilyDoctorDay2017HighlightingDep.aspx> (дата обращения: 10.01.2018).
11. Member Organization - FDD 2017 reports [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Events/FDD2017/Member%20Organization%20reports%202017.pdf> (дата обращения: 10.01.2018).
12. Смит, Б.Е. Семейная медицина - правильный ли выбор для Кыргызстана? / Б.Е. Смит // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2011. - № 3. - С.62-70.
13. Мукеева, С.Т. Проблемы семейной медицины в Кыргызстане / С.Т. Мукеева // Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева. – 2017. - №2, Приложение 1. – С.135-143.
14. Бримкулов, Н.Н. Прошлое, настоящее и будущее семейной медицины в Кыргызстане (по материалам I-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29-30 октября 2015 года) / Н.Н. Бримкулов // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. – 2015. - №3. – С. 115-118.
15. Материалы II-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана (г.Ош, 18-19 мая 2017 г.) // Вестник КГМА имени И.К.Ахунбаева. – 2017. - №2, Приложение 1. – 80 с.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ВУЛЬГАРНОГО ПСОРИАЗА

А.С. Кожанов, М.Б. Усубалиев, А.И. Кадырова, А.Д. Ибраимова, А.Ш. Шабданбекова

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

Резюме: в статье представлены результаты комплексного лечения 62 пациентов распространенным вульгарным псориазом, которые были распределены по методу лечения на 2 группы: контрольная (n=30) и основная (n=32). Наряду с традиционной терапией, больные основной группы получали Тимоцин, L-карнитин и Афобазол, что привело к нормализации Т-клеточного звена иммунной системы и иммуноглобулинов класса А и G, снижению уровня тревоги и нормализации показателей депрессии. Индекс PASI снизился от исходного показателя равной $34,1 \pm 2,4$ до $6,7 \pm 0,7$, что говорит о хорошем клиническом эффекте данной терапии.

Ключевые слова: вульгарный псориаз, Тимоцин, L-карнитин, лечение.

**КЕЦИРИ ТАРАЛГАН ЖӨНӨКӨЙ КАБЫРЧЫКТУУ ЧАКАЛАЙ ООРУСУНУН
ДАРЫЛОО ЫКМАСЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ**

А.С. Кожанов, М.Б. Усубалиев, А.И. Кадырова, А.Д. Ибраимова, А.Ш. Шабданбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
тери жана венерология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: макалада кецири таралган кабырчыктуу чакалай илдети даргына чалдыккан оорулуулардын комплекстүү дарылоосу берилген. Оорукчандар контролдук (n=30) жана негизги (n=32) эки топко бөлүнгөн. Негизги топтогу бейтаптарды Тимоцин, L-карнитин и Афобазол менен дарылоо Т-клеткалык звенодогу иммундук системасынын жана А, G иммуноглобулиндеринин нормага келишине, тынчсызданууну жана депрессиянын азаюусуна алып келген. PASI индексинин $34,1 \pm 2,4$ төн $6,7 \pm 0,7$ ге чейин түшүшү бул дарылоо ыкмасынын жакшы клиникалык эффективдүүлүгүн көрсөтөт.

Негизги сөздөр: жөнөкөй кабырчыктуу чакалай, Тимоцин, L-карнитин, дарылоо.

OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF COMMON PSORIASIS VULGARIS

A.S. Kozhanov, M.B. Usubaliev, A.I. Kadyrova, A.D. Ibraimova, A.Sh. Shabdanbekova

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

Resume: the article presents the results of treatment of 62 patients common psoriasis vulgaris, which were distributed by the method of treatment in 2 groups: control (n = 30) and primary (n = 32). Along with conventional therapy, the patients received basic group Timotsin, L-carnitine and Afobazol that resulted in normalization of T-cell immune system and immunoglobulin A and G, and reduce levels of anxiety normalization of depression. PASI scores decreased from baseline equal to $34,1 \pm 2,4$ to $6,7 \pm 0,7$, which indicates a good clinical effect of this therapy.

Keywords: psoriasis vulgaris, Timotsin, L-carnitine, treatment.

Введение. Псориаз является одной из актуальных проблем современной медицины, что обусловлено широкой распространенностью, неуклонным ростом заболеваемости, системным характером клинических проявлений, увеличением числа тяжелых форм заболевания и несовершенством методов существующей терапии [1,2,3].

Несмотря на наличие множественных методов наружной и системной терапии псориаза из-за неясности этиологии и патогенеза, лечение заболевания остается трудной и не до конца решенной задачей современной дерматологии [4,5,6].

Существуют топические, системные, физиотерапевтические методы и комбинированное лечение псориаза, которые направлены на подавление повышенной пролиферации и нарушения дифференцировки эпидермальных клеток, снятие воспаления и симптомов заболевания.

Учитывая дороговизну биологических системных препаратов, для лечения псориаза актуальным является поиск доступных средств.

Цель исследования: на основе психоэмоциональных, иммунологических и биохимических исследований больных вульгарным псориазом оптимизировать терапию заболевания.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находились 62 пациента, страдающих вульгарным псориазом в прогрессирующей стадии в возрасте от 20 до 64 лет, со средним возрастом $46,8 \pm 3,7$ лет. Мужчин было 37, женщин – 25. Продолжительность заболевания у 24 больных не превышала 5 лет, у остальных 34х больных составила 5-10 лет и у 4 была больше 10 лет. У всех пациентов кожный патологический процесс был распространенным, локализовался на коже волосистой части головы, разгибательных и сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, а также на коже туловища.

Для оценки тяжести псориаза и эффективности проводимой терапии использовали индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index).

Психоземotionalный статус исследован до начала и в процессе лечения (на второй и четвертой неделе). Использованы клинические шкалы депрессии и тревоги Гамильтона.

Биохимические исследования крови с определением печеночных тестов: трансаминаз (АЛТ, АСТ), щелочной фосфатазы, билирубина, тимоловой пробы; сахара крови натощак; липидного обмена (концентрации холестерина, ЛПВП, ЛПНП) проводились по общепринятой методике.

Комплекс иммунологических методов включал исследование Т и В-лимфоцитов (Т-хелперов, Т-супрессоров, киллеров/супрессоров и НК-лимфоцитов человека) методом иммунофлуоресценции, количество IgA, М, G в сыворотках крови человека методом радиальной диффузии в геле по Манчини.

Результаты и их обсуждение

Пациенты распределены на две группы: основная ($n=32$) и контрольная ($n=30$).

Уровень тревоги при поступлении по шкале тревоги Гамильтона в основной группе составил $25,8 \pm 1,8$ балла, в контрольной – $26,5 \pm 1,46$, что соответствовало симптоматической тревоге. Уровень депрессии также был высоким, и составили в основной $18,8 \pm 1,44$, в контрольной – $19,2 \pm 1,2$ балла, соответствуя депрессивному расстройству тяжелой степени по клинической шкале депрессии Гамильтона.

При исследовании Т-клеточного иммунитета наблюдались существенные изменения. По сравнению со здоровыми лицами у больных вульгарным псориазом отмечалась относительная лимфопения: уменьшение общего количества CD3+клеток как в основной ($p<0,02$), так и в контрольной группах ($p<0,05$). Количество CD8+клеток также снижалось в обеих группах по сравнению с показателями здоровых людей

($p<0,001$). Однако, наблюдалось повышение активности CD4+ клеток в основной ($38,0 \pm 1,06\%$) и контрольной группе пациентов ($37,55 \pm 1,2\%$) по сравнению с нормой ($31,3 \pm 2,8\%$) ($p<0,001$).

Вследствие дисбаланса между CD4+ и CD8+ клетками показатели ИРИ (CD4+/CD8+) были повышены в обеих группах ($p<0,001$), в то же время отмечалось снижение натуральных киллеров – CD16+ клеток ($p<0,02$).

Оценивая состояние В-системы иммунитета, следует отметить повышенный уровень CD19+ клеток по сравнению со здоровыми лицами ($22,2 \pm 2,1\%$): основная группа – $28,45 \pm 1,0\%$ ($p<0,02$), контрольная группа – $29,0 \pm 1,14\%$ ($p<0,01$).

Функциональная активность В-лимфоцитов при вульгарном псориазе характеризовалась и достоверным увеличением уровня в крови иммуноглобулинов А и G в обеих группах больных ($p<0,001$), иммуноглобулины класса М оставались в пределах нормы ($p>0,01$).

Среднее содержание билирубина, ферментов печеночного профиля (АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы), холестерина, ЛПНП и ЛПВП как в основной, так и в контрольной группе достоверно были выше, чем у здоровых людей ($p<0,05$), однако не выходили за уровни референтных значений.

Тимоловая проба была достоверно выше в обеих группах по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,05$), а также был выше нормы (0-4 Ед), составляя в основной $5,95 \pm 0,46$ Ед, в контрольной – $5,60 \pm 0,30$ Ед.

Пациенты с вульгарным распространенным псориазом по методу лечения были разделены на две группы. Первая группа (контрольная, $n=30$) получала стандартную терапию, включающая гипоаллергенную диету; хлоропирамина гидрохлорид 2%-1,0 x 2 раза в день, в/м, 10 дней; тиосульфат натрия 30%-10,0, в/в, медленно, струйно 10 дней; «Комповитал» (комплекс витаминов группы В) 2,0, в/м, 10 дней; «Аевит» 0,2 по 1 капсуле 2 раза в день 15 дней. Наружно: утром смазывали очаги поражения 2% салициловой мазью, вечером наносили крем Унны с синафланом.

Во второй группе больных (основной, $n=32$), наряду со стандартной терапией, учитывая показатели иммунного и психоземotionalного статуса, биохимических показателей, мы включили в комплекс лечения иммуномодулятор «Тимозин» (Изолейцин триптофан+ионы цинка) 2,0, в/м, 10 дней; «Левонарктин» (L-карнитин) по 0,75 г (1/2 мерной ложки или 2,5 мл) в течение двух недель; анксиолитик «Афобазол» (Фабомотизол) по 10 мг 3 раза в день.

Таблица 1

Состояние иммунного статуса у больных распространенным вульгарным псориазом до и после лечения

Показатели	Показатели здоровых людей $M_1 \pm m_1$	Контрольная (n=30)		Основная (n=32)	
		до лечения $M_2 \pm m_2$	после лечения $M_3 \pm m_3$	до лечения $M_4 \pm m_4$	после лечения $M_5 \pm m_5$
CD3+, %	40,4±3,20	32,75±1,08	33,25±1,30	32,68±0,83	42,14±1,50
<i>P</i>		$M_1-M_3 < 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 < 0,001$			
CD4+, %	31,3±2,80	37,55±1,20	32,85±1,30	38,0±1,06	28,55±0,9
<i>P</i>		$M_1-M_3 > 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 < 0,01$			
CD8+, %	16,2±1,45	8,15±0,60	9,10±0,53	9,0±0,60	15,54±1,0
<i>P</i>		$M_1-M_3 < 0,001$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 < 0,001$			
CD19+, %	22,2±2,10	29,0±1,14	24,0±1,07	28,45±1,00	22,80±1,11
<i>P</i>		$M_1-M_3 > 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 > 0,05$			
CD16+, %	16,5±2,0	11,10±0,60	15,9±0,90	11,36±0,83	17,70±0,90
<i>P</i>		$M_1-M_3 > 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 > 0,02$			
ИРИ (CD4+/CD8+)	1,63±0,59	4,90±0,16	3,86±0,28	4,60±0,20	1,99±0,14
<i>P</i>		$M_1-M_3 < 0,001$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 < 0,001$			
Ig A, мг/мл	1,82±0,02	2,90±0,20	1,88±0,10	2,76±0,20	1,84±0,09
<i>P</i>		$M_1-M_3 > 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 > 0,05$			
Ig M, мг/мл	1,34±0,16	1,64±0,12	1,46±0,09	1,70±0,12	1,30±0,07
<i>P</i>		$M_1-M_3 > 0,05$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 > 0,01$			
Ig G, мг/мл	11,4±0,16	16,30±0,77	15,20±0,53	16,95±0,68	10,57±0,80
<i>P</i>		$M_1-M_3 < 0,001$ $M_1-M_5 > 0,05$ $M_3-M_5 < 0,001$			

Показатели CD3+ клеток в контрольной группе оставались сниженными ($p < 0,05$), тогда как в основной группе больных достоверно не отличались от показателей здоровых людей ($p > 0,05$). В свою очередь CD4+ клетки нормализовались в обеих группах больных ($p < 0,05$), однако показатели пациентов основной группы были ниже, чем у контрольной группы пациентов ($p < 0,01$).

В контрольной группе больных уровень CD8+ клеток оставался сниженным, тогда как в основной группе наблюдалась нормализация Т-лимфоцитов супрессоров.

Показатели CD19+ и CD16+ клеток в конце лечения не отличались от показателей здоровых людей ($p < 0,05$).

У больных основной группы отметили нормализацию ИРИ ($p < 0,05$), а контрольной группе этот показатель оставался повышенным ($p > 0,001$).

При анализе показателей гуморального звена иммунитета в контрольной группе к концу лечения наблюдалось повышенное содержание иммуноглобулинов класса G. У больных основной группы повышенное содержание иммуноглобулинов A и G нормализовались и достоверно не отличались от показателей здоровых лиц.

При исследовании биохимических показателей сыворотки крови после лечения отмечено, что все показатели в контрольной группе больных,

получавших традиционное лечение, были в пределах нормальных референтных значений, но оставались повышенными по отношению к здоровым лицам, не страдающих псориазом ($p < 0,05$). Тогда как в основной группе пациентов биохимические показатели снизились и достоверно не отличались от показателей нормальных людей ($p > 0,05$). Следует отметить, что после терапии в исследуемых группах уровни тимоловой пробы, холестерина, ЛНПН и ЛПВП статистически не были значимы ($p > 0,05$).

В ходе исследования была проведена оценка динамики параметров оценочной шкалы Гамильтона до и в процессе лечения (на второй и четвертой неделе от момента начала лечения).

Уже к концу 2-й недели была отмечена редукция симптомов тревоги и депрессии на фоне применения комплексного лечения с применением селективного анксиолитика афобазола. К моменту окончания курса терапии у всех больных основной группы зафиксировано статистически значимое ($p < 0,05$) улучшение, выражающееся в уменьшении депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона с $18,8 \pm 1,44$ до $8,3 \pm 1,12$ балла и уровня тревоги с $25,8 \pm 1,80$ до $13,1 \pm 1,2$ к концу 4-й недели лечения.

В контрольной группе больных при традиционной терапии также отмечался регресс симптомов тревоги и депрессии, однако достоверно меньше

по сравнению с основной группой пациентов. К концу лечения уровень депрессии был равен $13,15 \pm 1,16$ баллам, что соответствует депрессивному расстройству средней степени, а уровень тревоги – $17,54 \pm 1,42$ баллам, что говорит о сохранении тревоги у пациентов контрольной группы.

До лечения в обеих исследуемых группах больных показатели индекса PASI достоверно не отличались составляя в контрольной группе $32,8 \pm 1,6$, в основной – $34,1 \pm 2,4$ ($p > 0,05$). В большинстве случаев отчетливый клинический эффект наблюдали на 5-8 день после начала комплексного лечения. К этому моменту, как пра-

вило, значительно уменьшалось шелушение, папулы и бляшки заметно бледнели, к 15-18 суткам после начала лечения значительное просветление в центре крупных бляшек дополнялось формированием псевдоатрофического ободка Воронова, а к 22-25 суткам мелкие и средние папулы разрешались вторичной депигментацией.

На 21-сутки от момента начала лечения индекс PASI снизился в обеих группах больных, однако снижение в основной группе пациентов составило $6,7 \pm 0,7$, тогда как в контрольной – $14,2 \pm 1,1$ ($p < 0,01$) (табл. 2).

Таблица 2

Индекс PASI больных распространенным вульгарным псориазом до и на 21-сутки лечения

Показатель	1-группа – контрольная (n=20)		2-группа – основная (n=22)	
	до лечения $M_1 \pm m_1$	после лечения (на 21-е сутки) $M_2 \pm m_2$	до лечения $M_3 \pm m_3$	после лечения (на 21-е сутки) $M_4 \pm m_4$
Индекс PASI	$32,8 \pm 1,6$	$14,2 \pm 1,1$	$34,1 \pm 2,4$	$6,7 \pm 0,7$
P	$M_1 - M_3 > 0,05$ $M_1 - M_2 < 0,01$ $M_3 - M_4 < 0,01$ $M_2 - M_4 < 0,01$			

Заключение

Таким образом, комплексное лечение больных вульгарным псориазом с применением Тимоцина, L-карнитина и Афобазола по сравнению контрольной группой больных привело к более раннему разрешению клинических проявлений, что подтверждено снижением индекса PASI, нормализации нарушенных показателей иммунного и психоэмоционального статуса.

Литература

1. Балтабаев, М.К. Псориаз (патогенетические аспекты и терапия). – Б.: Издательство КРСУ, 2005. – 262 с.
2. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации [Текст] / [Л.Ф. Знаменская, Л.Е. Мелехина, Е.В. Богданова и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – №5. – С. 20-29.

3. Nickoloff, B.J. Recent insights into the immunopathogenesis of psoriasis provide new therapeutic opportunities [Text] / B.J. Nickoloff, F.O. Nestle // J. Clin. Invest. – 2004. – Vol.113, N 12. – P. 1664-1675.
4. Ильина, С.А. Анализ эффективности лечения псориаза и поиск новых мишеней для фармакотерапии [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Ильина. – Москва, 2011. – 23 с.
5. Кунгуров, Н.В. Псориатическая болезнь [Текст] / Н.В. Кунгуров, Н.Н. Филимонкова, И.А. Тузанкина // Махачкала: Изд-во Уральского университета, 2002. – 193 с.
6. Lowes, M.A. Pathogenesis and therapy of psoriasis [Text] / M.A. Lowes, A.M. Bowcock, J.G. Krueger // Nature. – 2007. – Vol.445, N 7130. – P. 866-873.

**РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА
ПРИ ОКАЗАНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ**

З.Б. Курманалиева, Б.Ч. Кулболдуева

Кыргызская Государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева

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

Кафедра сестринского дела (зав. кафедрой, д.м.н., и.о. проф. Бейшенбиева Г.Дж.)

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью изучения уровня информированности специалистов сестринского дела об основах паллиативной помощи и степени удовлетворенности пациентов, оказываемым им сестринским уходом было опрошено 48 медсестер, работающих в Национальном центре онкологии г. Бишкек и 50 пациентов. Установлен недостаточный уровень профессиональной подготовки и мотивации медсестер по уходу за инкурабельными пациентами. Выявлено, что подавляющее большинство пациентов удовлетворено сестринской помощью. Определена важность профессиональной подготовки на всех уровнях медицинского образования по вопросам организации паллиативной помощи.

Ключевые слова: паллиативная помощь, онкология, медицинская сестра, инкурабельный пациент, сестринский уход.

БЕЙТАПТАРГА ПАЛЛИАТИВДИК ЖАРДАМ КӨРСӨТҮҮДӨ МЕДАЙЫМДАРДЫН РОЛУ

З.Б. Курманалиева, Б.Ч. Кулболдуева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

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

Мээрмандык иш кафедрасы (каф. башчысы, д.м.н., и.о. проф. Бейшенбиева Г.Дж.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул макалада медайымдардын паллиативдик жардамдын негиздери боюнча билими жана бейтаптардын алардын жардамына канааттануу даражасы тууралуу талдоо жүргүзүлөт. Изилдөө Бишкек шаарындагы Улуттук онкология борборунда атайын иштелип чыккан анкетанын негизинде жүргүзүлгөн. Сурамжылоодо 48 медайым жана 50 бейтап катышты. Изилдөөнүн негизинде медайымдардын паллиативдик жардамдын негизги аспектери боюнча билими канаттандырылгыч эместиги аныкталды. Ошондой эле бейтаптардын көбүнчөсү медайымдардын жардамы менен канааттандырылганы аныкталды. Паллиативдик жардам боюнча баардык медицина билим берүү деңгээлдеринде профессионалдык даярдоонун керектиги аныкталды.

Негизги сөздөр: паллиативдик жардам, онкология, медайым, айыкпас оорулуу, медайымдык жардам.

THE ROLE OF NURSING SPECIALISTS IN PROVIDING PALLIATIVE CARE TO PATIENTS

Z.B. Kurmanalieva, B.Ch. Kulboldueva

I.K. Ahunbaev Kyrgyz state medical academy

(rector – d.m.s., prof. Kudaybergenova I.O.)

Department of nursing (head of dep., d.m.s., a.i. prof. Beyshenbieva G.Dj.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. To study the level of awareness of nursing specialists, 48 nurses working in the National Oncology Center in Bishkek and 50 patients were interviewed about the basics of palliative care and the degree of patient satisfaction with nursing care. The inadequate level of professional training and motivation of nurses to care for incurable patients is established. It was revealed that the overwhelming majority of patients were satisfied with nursing care. The importance of training at all levels of medical education in the organization of palliative care has been determined.

Key words: palliative care, oncology, nurse, incurable patient, nursing care.

Введение. Как известно, современная паллиативная медицина – это область здравоохранения, призванная улучшить качество жизни инкурабельного пациента, в ситуации, когда возможно-

сти радикального лечения ограничены или исчерпаны. В то же время, она является одной из наименее изученных отраслей медицины. В виду этого, в настоящее время, в условиях неуклонно

растущего числа лиц, нуждающихся в специализированной паллиативной помощи, актуальность изучения проблем данной области медицины, не вызывает сомнения [1,2,3].

Для оказания высококвалифицированной и эффективной паллиативной помощи требуется комплексная работа целой бригады специалистов, прежде всего, совместная работа врача и медицинской сестры, которые имеют специальную подготовку в этой области. Важнейшая роль при этом отводится специалистам сестринского дела, так как именно они тесно контактируют с больными, осуществляя мероприятия по уходу и помогая в реализации основных физиологических потребностей пациента. Поэтому необходимым условием для оказания эффективной паллиативной помощи является тщательный подбор сестринского персонала и его постоянное обучение [4,5,6].

В настоящее время паллиативная медицина в Кыргызстане находится в стадии развития - происходят изменения организационных основ оказания паллиативной помощи населению. Впервые на законодательном уровне было введено и выделено в отдельную статью понятие паллиативной помощи. Основным законом, регламентирующим деятельность учреждений, оказывающих паллиативную помощь, является приказ МЗ КР №449 от 09.06.2016 г. (Статья 1 указанного закона КР о внесении изменений в Закон КР «Об охране здоровья граждан в КР») [7,8,9].

Цель работы – изучить уровень знаний специалистов сестринского дела об организации паллиативной помощи и степень удовлетворенности пациентов оказываемой сестринской помощью.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе Национального центра онкологии г. Бишкек методом опроса по специально разработанной анкете. На основании информированного согласия опросом было охвачено 50 пациентов, находящихся на стационарном лечении в отделении паллиативной помощи, и 48 медицинских сестер, из них 18 работающих в отделении паллиативной помощи и 30 в других отделениях.

Результаты исследования и их интерпретация

Анализ полученных данных показал, что среди пациентов, находившихся на стационарном лечении в отделении паллиативной помощи, 54% составили женщины и 46% – мужчины. Средний возраст пациентов составил $65 \pm 18,9$ лет. При этом, возрастная группа больных от 35 до 44 лет составила 4%, от 45 до 54 лет – 14%, от 55 до 64 лет – 24%, от 65 до 74 лет – 34% и больных от 75 до 84 лет – 24%.

Изучение характера питания пациентов показало, что большинство из них находилось на смешанном питании (62%), при этом на самостоятельном питании было 36% пациентов и 2% их них получали питание через гастростому.

Известно, что хроническая боль является одной из основных жалоб пациентов на последнем этапе жизни. Наше исследование показало, что подавляющее большинство пациентов – 76% – испытывают боли различной интенсивности (рис. 1).

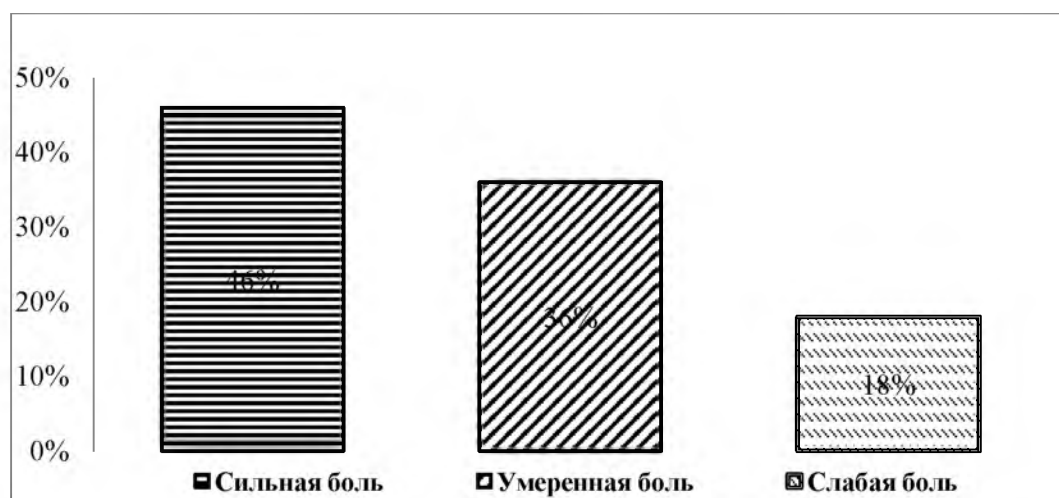


Рис. 1. Интенсивность болевого синдрома у опрошенных онкологических больных, находившихся на стационарном лечении.

Проводимую в стационаре обезболивающую терапию удовлетворительной считали 87% пациентов, остальные 13% отмечали её неэффективность.

Другими, выявленными жалобами пациентов, были: одышка – у 18%, потеря аппетита – у 17%, тошнота – у 14% и запор – у 9%.

Из опроса выяснилось, что в большинстве случаев (76%) медсестры не проводят общие мероприятия по уходу, такие как, профилактика пролежней, уход за различными частями тела. Также, опрошенные нами пациенты отметили недостаток внимания и общения со стороны медсестер – 26% медсестер беседуют с пациентами ежедневно, 60% медсестер беседуют с пациентами раз в неделю и 14% не разговаривают с больными, тем самым, не оказывая больному моральной и психологической поддержки.

Вторым блоком нашего исследования явилось изучение уровня знаний специалистов сестринского дела об организации паллиативной помощи. Большую часть исследуемых (65%) составили медицинские сестры молодого возраста, по

возрасту они распределились следующим образом: от 20 до 29 лет – 25%, от 30 до 39 лет – 40%, от 40 до 49 лет – 23%. И только 12 % опрошенных медсестер были старше 50 лет. Изучение уровня их образования показало, что подавляющее большинство из них – 93% имели среднее профессиональное образование, и только 7% медсестер имели высшее образование.

При опросе выяснилось, что 31% медсестер имели стаж работы более 15 лет, остальные категории: 1-5, 5-10 и 10-15 лет составили по 23% соответственно, таким образом, средний стаж работы респондентов составил 13 лет.

В предложенной анкете 90% медсестер отметили, что довольны выбором и любят свою профессию, 10% опрошенных не нравится занимаемая ими должность и работают они только потому, что «надо» или «вынуждены». Опрашивая медсестер о правовых аспектах паллиативной помощи, мы выяснили, что 69% из них ничего о ней не знают, лишь 11% медсестер знают о приказе МЗ КР о паллиативной помощи.



Рис. 2. Мнение специалистов сестринского дела об основной цели паллиативной помощи (%).

На вопрос, кому оказывается паллиативная помощь 86 % медсестер ответили, что она оказывается только больным с онкопатологией в терминальной стадии, 14% ответили, что паллиативная помощь оказывается также больным с ВИЧ/СПИД и неонкологическими заболеваниями в терминальной стадии.

Наше исследование показало, что более половины медсестер (66%) не владеют методами немедикаментозной терапии болевого синдрома, 9% используют массаж, чтобы облегчить боль, 25% медсестер стараются психологически воздействовать на пациента.

Положительным является то, что изучение морально-этических аспектов работы медсестёр показало, что большинство из них (81%) в своей работе проявляли терпеливое и гуманное отношение к пациентам с соблюдением всех принципов этики и деонтологии. К сожалению, почти каждая 5 медсестра (19%) не всегда придерживалась этих принципов.

Одной из функций деятельности специалистов сестринского дела является обучение пациентов и их родственников приемам ухода и самоухода. Исследование показало, что 75% медицинских сестер информируют и обучают родственников элементам ухода за больными, а 25% из них отметили нехватку времени как причину отказа в

этом виде помощи. Психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников по предупреждению развития стресса и суицидальных мыслей является одной из задач паллиативной помощи. Из числа опрошенных медсестер менее половины (32%) оказывают моральную и психологическую поддержку, 68% медсестер вообще не проводят эту работу.

Выводы:

1. Исследование уровня знаний специалистов сестринского дела по вопросам оказания паллиативной помощи выявило, что более половины опрошенных медицинских сестер НЦО г. Бишкек не знают правовых аспектов паллиативной помощи, недостаточно осведомлены о целях и задачах паллиативной помощи. Большая часть опрошенных медсестер не оказывают психологической поддержки пациентам и их родственникам.
2. Установлен недостаточный уровень профессиональной подготовки медсестер по уходу за инкурабельными пациентами, что обусловлено отсутствием практически на всех уровнях медицинского образования специальной подготовки по организации паллиативной помощи.
3. Несмотря на достаточно стрессовый характер работы, имеющиеся нехватку знаний и времени у медсестер, большая часть пациентов удовлетворены действиями медицинских сестер и благодарны им.

В связи с вышеизложенным, очень важным является обучение медсестер основам

паллиативной помощи на до- и последипломном уровне.

Литература

1. Бахтина, И.С. Паллиативная помощь / И.С. Бахтина // *Сестринское дело*. - 2008. - №7. - С. 42.
2. Всемирная организация здравоохранения. Программа паллиативной помощи [электронный ресурс] / <http://www.who.int/cancer/palliative/definition>
3. Харди, И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными / И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии наук Венгрии, 1988. - 338 с.
4. Вишнякова В.А. Роль медицинской сестры в оказании паллиативной помощи / В.А. Вишнякова, И.И. Володин, Т.В. Дружинина // *Сестринское дело*. - 2007. - №2. - С. 22.
5. Полунина, А.К. Проблемы организации паллиативной помощи населению / А.К. Полунина // *Сестринское дело*. - 2008. - №3. - С. 30.
6. Туркина И.В. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами. Учебное пособие / И.В. Туркина, А.И. Петрова, А.А. Аверин. - М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. - 172 с.
7. Клиническое руководство по оказанию паллиативной помощи для лечебно-профилактических организаций Кыргызской Республики. - Бишкек, 2012.
8. Министерство здравоохранения КР. Приказы и правовые акты [электронный ресурс] / <http://www.med.kg>
9. Общественный фонд «Сорос-Кыргызстан». Программа «общественное здравоохранение» [электронный ресурс] / <http://www.soros.kg>

УДК 616-002.5-08:576.809.55:371.302.3

МОТИВАЦИОННАЯ ПОДДЕРЖКА ПРИ ВЕДЕНИИ СЛУЧАЕВ ТУБЕРКУЛЕЗА С МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТЬЮ ВОЗБУДИТЕЛЯ

А.А. Токтогонова¹, Н.К. Курманова², А.Б. Азыкова³, К.А. Токторгазиева¹,
Р.Х. Ахметова⁴, Г.О. Омуралиева⁴

¹ Национальный центр фтизиатрии при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики,

² Кыргызский государственный медицинский институт повышения квалификации и переподготовки,

³ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н.Ельцина,

⁴ Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье рассматривается результативность оказания мотивационных поддержек больным туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) при лечении препаратами второго ряда в Кыргызской Республике. При сравнительном изучении результативности лечения больных МЛУ ТБ с использованием только лечения противотуберкулезными препаратами с больными, дополнительно получавшими мотивационную поддержку, не было статистически значимых ($P>0,05$) отличий по исходу «успех лечения» (55,3% и 55,0%) и по уровню «отрывы от лечения» (18,6% и 22,3%).

Ключевые слова: мотивационная поддержка, множественный лекарственно-устойчивый туберкулез, приверженность больных к лечению.

КӨП ДААРЫЛАРГА ТУРУКТУУ ТУБЕРКУЛЕЗДУ ДААРЫЛООДО КӨРСӨТҮЛГӨН МОТИВАЦИЯЛЫК ЖАРДАМ

А.А. Токтогонова¹, Н.К. Курманова², А.Б. Азыкова³, К.А. Токторгазиева¹,
Р.Х. Ахметова⁴, Г.О. Омуралиева⁴

¹ Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо Министрлигинин Улуттук фтизиатрия борбору,

² Кыргыз Мамлекеттик билим өркүндөтүү жана кайра даярдоо медициналык институту,

³ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети,

⁴ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иште Кыргыз Республикасындагы көп дарыларга туруктуу туберкулез ооруларын экинчи катардагы дарылар менен дарылоо учурунда көрсөтүлгөн мотивациялык жардамдын натыйжасы көрсөтүлгөн. Көп дарыларга туруктуу туберкулез ооруларды дарылар менен дарылоону кошумча мотивациялык жардам алган оорулардын дарылоосунун жыйынтыгы менен салыштырууда статистикалык айырма «толук айыгуу» (55,3% и 55,0%) жана «дарылоону таштоо» (18,6% и 22,3%) көрсөткүчтөрү боюнча ($P>0,05$) табылган жок.

Негизги сөздөр: мотивациялык жардам, көпдарыларга туруктуу туберкулез, оорунун дарыланууга аракеттенүүсү.

MOTIVATIONAL SUPPORT IN THE CONDUCT OF CASES WITH MULTIDRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

A.A. Toktonogova¹, N.K. Kurmanova², A.B. Azykova³, K.A. Toktorgazieva¹,
R.H. Akhmetova⁴, G.O. Omuralieva⁴

¹ Kyrgyz Republic National TB Centre,

² Kyrgyz State Medical Institute of Postgraduate Education,

³ Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin

⁴ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. This article is considered the effectiveness of motivational support patients MDR TB in the treatment with SLD in Kyrgyzstan. In comparative study of effectiveness of the treatment ($P>0,05$) using only the treatment of tap with patients, in addition treated motivational support, there was no statistically significant differences on the outcome “the success of treatment” (55,3% и 55,0%) and “default” (18,6% и 22,3%).

Key words: motivational support, MDR TB, commitment to the treatment.

Ведение. Изолированный подход в ведении случаев туберкулеза (ТБ), нацеленный исключительно на лечение заболевания, не дает требуемой эффективности. Лечение ТБ невозможно без учета и решения проблем конкретного пациента [1]. Для каждого медицинского, социального или психологического фактора, препятствующего регулярному лечению, специалисты соответствующего профиля предлагают результативное решение. В Кыргызской Республике с 2014 года оказываются мотивационные поддержки больным с множественной лекарственно-устойчивой формой туберкулеза (МЛУ ТБ).

В этой связи, нами был проведен анализ эффективности лечения ТБ при мотивационной поддержке пациентов, который явился **целью** нашего исследования.

Материал и методы

Нами был проведен ретроспективный анализ 211 историй болезней (мужчин в этой группе было 132 (62,5%), а женщин – 79 (37,5%), получавших мотивационную помощь (основная группа) и 188 больных (119 (63,3%) пациентов мужского пола и 69 (36,7%) женского), не получавших мотивационные выплаты (контрольная группа). Мотивационная поддержка оказывалась в виде ежемесячных денежных выплат и возмещения транспортных расходов до медицинского учреждения и обратно. Были определены критерии выплат: при приеме больными всех суточных доз противотуберкулезных препаратов (ППП) производятся выплаты. В случае пропуска приема ППП более 3-5 раз в месяц, выплаты не производятся. Мотивационная поддержка больным МЛУ ТБ на протяжении всего курса лечения осуществлялась при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (ГФСТМ). Материалы исследования подвергались компьютерному анализу по программе SPSS – 16.0.

Результаты и их обсуждение

При анализе полученных данных, основная группа пациентов по социальному статусу была следующей: из малообеспеченных семей – 88 (41,7%) пациентов, из мест лишения свободы – 38 больных (18,0%), БОМЖ – 9 (4,3%), имели алкогольную и наркотическую зависимость – 18 (8,5%) и 26 (12,3%) соответственно, служащие, студенты и пенсионеры составили 15,2% (32 больных). Инфильтративную форму ТБ легких имели более половины больных – 59,7% (126),

фиброзно-кавернозный туберкулез легких (ФКТЛ) – 33,2% (70 больных) и диссеминированный ТБ – 7,1% (15 больных). Средний возраст пациентов составил $32,5 \pm 13$ лет.

В контрольной группе: безработные – 119 (63,3%), бывшие в местах лишения свободы – 11 (5,8%), работающие – 37 (19,7%), пенсионеры – 7 (3,7%), студенты – 2 (1,1%), инвалиды по ТБ – 9 (4,8%) и по другим заболеваниям – 3 (1,6%). Средний возраст составил $37 \pm 14,7$ лет. В клинической структуре заболевания также преобладали инфильтративная форма ТБ легких и ФКТЛ (104 пациентов – 55,3% и 66 – 35,1% соответственно), а диссеминированный, кавернозный и цирротический ТБ легких были диагностированы у небольшого количества больных (13 – 6,9%, 4 – 2,1% и 1 – 0,5% соответственно формам). Таким образом, сравниваемые группы при анализе по клинической структуре МЛУ ТБ достоверно не различались ($P > 0,05$).

В основной группе среди больных с новыми случаями (НС) ТБ были – 85 больных (40,3%), ранее получали лечение препаратами первого ряда (ППР) – 110 больной (52,1%) и получали противотуберкулезные ППР и препараты второго ряда (ПВР) – 16 пациентов (7,6%). Рецидив ТБ диагностирован у 58 пациентов (27,5%), лечение после перерыва (ЛПП) – у 21 (10%) больного, после 1-го курса химиотерапии – 22 (10,4%), а после 2-го курса химиотерапии – 17 (8,1%) больных и другие – 8 (3,8%).

В контрольной группе с НС ТБ было 37 больных (19,7%), лечение ППР получали 126 больных (67%), а химиотерапию ППР и ПВР получали 25 больных (13,3%). Рецидив ТБ определен у 40 пациентов (21,3%), ЛПП – у 14 (7,4%) больных, после 1-го курса химиотерапии – 36 (19,1%) и после 2-го курса химиотерапии – 47 (25,0%) человек, другие (хроники) – 14 (7,4%).

Длительность лечения в основной группе составила $18,0 \pm 7,4$, в контрольной – $18,0 \pm 7,0$ мес.

Успех лечения в группе больных получавших мотивационную помощь составил 55,0%, неблагоприятные исходы определены у 8,5% больных, прервали лечение 22,3%, прогрессирование МЛУ ТБ привело к летальному исходу у 11,8% пациентов (легочно-сердечная недостаточность, легочные кровотечения, широко-лекарственная устойчивость (ШЛУ ТБ) и т.д.) и умерли от других причин – 2,4% (табл.1).

Таблица 1

Результаты лечения больных МЛУ ТБ в сравниваемых группах

Группы	Успех лечения	Отрыв от лечения	Неблагоприятный исход	Умер		Итого
				от ТБ	другие причины	
Основная	116	47	18	25	5	211
%	55,0	22,3	8,5	11,8	2,4	
P ₁₋₂	1,030	0,436	0,293	0,956	0,001	
Контрольная	104	35	23	21	5	188
%	55,3	18,6	12,2	11,2	2,7	
Всего	220	82	41	46	10	399
%	55,1	20,5	10,3	11,5	2,5	100,0

В контрольной группе «успех лечения» равнялся 55,3% (P=1,026), а «неблагоприятные исходы» лечения составили 12,2% (P=0,293). Аналогичный показатель прослеживается по умершим больным (11,8% против 11,2%, P=0,956, среди умерших не от ТБ имеется статистически значимая разница показателей 2,4% против 2,7%, P=0,001). Удельный вес больных, оторвавшихся от лечения составил ниже такого показателя в основной группе (18,6% против 22,3%, P=0,436), однако достоверной разницы нет.

Мы рассмотрели причины отрывов от лечения при оказании мотивационной поддержки больным (табл. 2). Расклад причин среди больных основной группы был таков: отказались от лечения – 38,3% (18 больных), мигрировавшие (внутренние и внешние мигранты) – 48,9% (23 больных), употребляли наркотические вещества и злоупотребляли спиртными напитками – 8,5% (4 пациента) и не имели постоянного места жительства – 4,3% (2 больных).

Таким образом, отсутствие желаемого результата лечения, в основном связано с отказом больных от лечения и миграцией больных.

Таблица 2

Причины отрывов от лечения у больных МЛУ ТБ в сравниваемых группах

группы	причины отрывов от лечения				Всего
	отказ от лечения	мигрант	наркомания, алкоголизм	БОМЖ	
Основная	18	23	4	2	47
	38,3	48,9	8,5	4,3	100,0
P=	0,269	0,451	0,218	0,715	
Контрольная	19	13	0	3	35
	54,3	37,1	0,0	8,6	100,0
Итого	37	36	4	5	82
	45,1	43,9	4,9	6,1	100,0

В контрольной группе основными причинами отрывов от лечения также явились отказ от лечения (54,3%) и внутренняя/внешняя миграция пациентов (37,1%). Между группами по причинам отрывов от лечения достоверной разницы не выявлено (P>0,05).

Противоположные нашим результатам данные получены по другим исследованиям. При оказании социальной поддержки больным туберкулезом в виде выдачи продуктовых и гигиенических наборов, возмещение оплаты проезда дала положительные результаты лечения у 73% больных,

без социальной поддержки – у 56,9% больных [2,3,4]. Количество больных прервавших лечение было в 1,5 раза меньше, а неэффективный курс лечения при поддержке наблюдался только у 7,6% больных, а без поддержки – в 2 раза больше (14,9%).

По данным Богородской Е.М. и соавт. (2011) медицинская эффективность лечения больных, которым оказывалась социальная помощь составила 94,4%, а которым не оказывалась – 68,4%. Коэффициент эффективности дополнительной социальной помощи больным туберкулезом во

время первого курса лечения составляет 7,4, что позволяет сэкономить прямые затраты на химиотерапию за счет сокращения повторных курсов лечения и мотивирует больных к соблюдению режима [5].

Выводы:

1. При сравнительном изучении результативности лечения больных МЛЮ ТБ с использованием только лечения противотуберкулезными препаратами с больными, дополнительно получавшими мотивационную поддержку, не было статистически значимых ($P > 0,05$) отличий по результатам лечения «успех лечения» (55,3% и 55,0% соответственно группам) и по уровню «отрывов от лечения» (18,6% и 22,3%).
2. Основными причинами отрывов от лечения были отказ больных от дальнейшей терапии (54,3% и 38,3%, $P = 0,269$) и внутренняя/внешняя миграция (37,1% и 48,9%, $P = 0,451$).

Заключение

Таким образом, нельзя рассматривать социальную поддержку как единственный инструмент профилактики досрочного прерывания больными лечения ТБ без использования других подходов повышения приверженности терапии: лечение под непосредственным контролем; обучение и консультирование больных по туберкулезу; привлечение общественных помощников; психологическая помощь больному. Поэтому лечение больных МЛЮ ТБ должно быть комплексным с учетом факторов риска развития неблагоприятных исходов (отрывы, осложнения, коморбидные состояния и смерть), результатов теста на лекарственную чувствительность возбудителя (ТЛЧ), побочных реакций на ПТП, а также соци-

ального статуса. Для этого необходимо использование пациент-ориентированного и мультидисциплинарного (команда из психологов, наркологов, фтизиатров, инфекционистов, семейных врачей и общественных помощников, представителей государственной службы миграции) подходов при оказании медицинских услуг больным, которые улучшат их приверженность к длительному лечению ТБ и МЛЮ ТБ.

Литература

1. Русакова, Л.И. Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации / Л.И. Русакова. - М., 2013. - С. 36-46.
2. Даминов, Э.А. Социальная поддержка больных туберкулезом легких / IX Съезд фтизиатров России / Э.А. Даминов, Р.К. Ягафарова, Г.Ш. Мингазова // Туберкулез и болезни легких. - 2011. - №4. - С. 118-119.
3. Arcencio, R.A. Social support for tuberculosis care: evidences from academia research to health services practice / R.A. Arcencio // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30-October. - 3 November, 2013. - Vol. 17. (12). - P.S43-44.
4. Collaborative work of nurses and social workers to support for tuberculosis treatment among homeless in Japan / [Nagata Y. et al.] // Int. J. Tuberc. Lung Dis.: 44th World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union). Abstract book. Paris. France 30 October - 3 November 2013. - Vol. 17. (12). - P.S45.
5. Богородская, Е.М. Организационные аспекты лечения больных туберкулезом в современных социально-экономических условиях / Е.М. Богородская, С.В. Смердин, С.А. Стерликов. - М.: Нью-Терра, 2011. - 216 с.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ С УЧЕТОМ ИММУННОГО СТАТУСА

М.Б. Усубалиев, А.А. Койбагарова, А.Д. Ибраимова, А.И. Кадырова, Б.Н. Нурмаматова

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

Резюме: в статье представлен иммунный статус больных инфильтративно-нагноительной трихофитией до начала и в процессе лечения тимогеном. До лечения наблюдается лейкоцитоз, дисбаланс Т-клеточного иммунитета, повышение Ig M, G в обеих группах пациентов. После лечения процентное соотношение CD4+ - клеток нормализовались в обеих группах. При этом CD3+ не достигали до показателей здоровых лиц, однако в основной группе наблюдалось достоверно высокое содержание их по сравнению с контрольной ($p < 0,05$). Сроки исчезновения клинических проявлений инфильтративно-нагноительной трихофитии в основной группе, где применялся тимоген, наступал на 5 дней раньше по сравнению с группой контроля.

Ключевые слова: трихофития, иммунный статус, лечение, Тимоген.

**БЕЙТАПТАРДЫН ИММУНДУК СТАТУСУН ЭСКЕ АЛЫП
БАШТЫН ИНФИЛЬТРАТИВДИК-ИРИЦДҮҮ ТРИХОФИТИЯ ИЛДЕТИН ДАРЫЛОО**

М.Б. Усубалиев, А.А. Койбагарова, А.Д. Ибраимова, А.И. Кадырова, Б.Н. Нурмаматова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
тери жана венерология кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутундусу: макалада инфильтративдик-ирицдүү трихофития илдетине чалдыккан бейтаптарды тимоген менен дарылоодо иммундук статусу берилген. Дарылоого чейин лейкоцитоз, Т-клеткалык звеносунун балансынын өзгөрүшү, Ig M, G көбөйүшү эки топто тең кездешкен. Дарылоодон кийин CD4+ - клеткалардын нормага келиши эки топто байкалган. CD3+ дени сак адамдардыкына жеткен жок, бирок негизги топтогулардыкы контролдук топтогулардыкына караганда көбүрөөк болгон ($p < 0,05$). Тимоген дарысын колдонулган негизги топто клиникалык көрүнүштөрү салыштырмалуу 5 күнгө эртерээк болгон.

Негизги сөздөр: трихофития, иммундук статус, дарылоо, Тимоген.

**COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH INFILTRATIVE-SUPPURATIVE
TRICHOPHYTOSIS SCALP BASED ON IMMUNE STATUS**

M.B. Usubaliev, A.A. Koybagarova, A.D. Ibraimova, A.I. Kadyrova, B.N. Nurmammatova

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

Summary: The article presents the immune status of patients with infiltrative-suppurative trichophytosis before and during treatment timogen. Before treatment there leukocytosis, imbalance of T cell immunity, increased Ig M, G in both groups of patients. After treatment, the percentage of CD4 + - cells normalized in both groups. Thus CD3 + did not reach to healthy individuals, but in the test group showed significantly higher content of compared to the control ($p < 0.05$). Dates disappearance of clinical manifestations of infiltrative-suppurative trichophytosis in the main group, where timogen applied, advancing by 5 days earlier than the control group.

Keywords: trichophytia, immune status, treatment, Timogen.

Введение. Трихофития является одной из актуальных проблем современной дерматовенерологии, в связи с широкой распространенностью, разнообразием клинических форм, определенными трудностями в лечении и профилактике [1,2,3,4]. В республиках Центральной Азии, в том числе и в Кыргызской Республике, в последние

годы наметилась тенденция к увеличению заболеваемости населения зооантропонозной трихофитией [5,6].

Основными возбудителями зооантропонозной трихофитии являются *Trichophyton verrucosum* и *Trichophyton gypsum*, частота заболеваемости, которые они вызывают, различна как в различных регионах мира, так и внутри отдельных стран [7].

Дерматофитии вызванные зоофильными трихофитами, характеризуются глубоким проникновением возбудителя в кожу и сопровождаются выраженным воспалением, часто носящим деструктивный характер [5].

Несмотря на наличие многочисленных исследований, направленных на изучение патогенеза зооантропонозных трихофитий, вопросы иммунитета и иммунопатологии при данном микозе нуждаются в дальнейшем изучении для разработки адекватной терапии.

Цель исследования: изучить эффективность комплексной терапии инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы с применением тимогена.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находился 61 ребенок, страдающий инфильтративно-нагноительной формой зооантропонозной трихофитии, обусловленной, как бородавчатым, так и гипсовым трихофитом в возрасте от 4 до 12 лет. Среди них 39 мальчиков и 22 девочек. У всех пациентов

отмечались выраженные островоспалительные явления с наличием медовых сот Цельса на волосистой части головы, количество очагов варьировало от двух до пяти, диаметром от 2 до 7 см. Для постановки диагноза всем больным проведена микроскопия и культуральное исследование с посевом патологического материала на среду Сабуро с пенициллином, стрептомицином и циклогексимидом. Комплекс иммунологических методов включал исследование Т и В-лимфоцитов (Т-хелперов, Т-супрессоров, киллеров/супрессоров и НК-лимфоцитов человека) методом иммунофлюоресценции, количество Ig A, M, G в сыворотках крови человека методом радиальной диффузии в геле по Манчини.

Результаты и их обсуждение

Иммунный статус исследован у всех 61 больных, до начала и в процессе лечения (на 14-е сутки от момента начала терапии). Пациенты распределены на две группы: основную (n=31) и контрольную (n=30).

Таблица 1

Показатели иммунного статуса больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы до лечения

Показатели	Показатели здоровых людей (n=30)	1-группа – контрольная (n=30)	2-группа – основная (n=31)
	$M_1 \pm m_1$	$M_2 \pm m_2$	$M_3 \pm m_3$
Абсолютное число лейкоцитов, $10^9/\text{л}$, <i>P</i>	$5,95 \pm 0,35$	$8,12 \pm 0,76$	$10,41 \pm 0,60$
	$M_1 - M_2 < 0,01 \quad M_1 - M_3 < 0,001 \quad M_2 - M_3 < 0,05$		
Сегментоядерные нейтрофилы, % <i>P</i>	$62,0 \pm 2,05$	$61,25 \pm 2,22$	$60,5 \pm 2,57$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
Палочкоядерные нейтрофилы, % <i>P</i>	$3,2 \pm 0,38$	$6,4 \pm 0,70$	$6,25 \pm 0,97$
	$M_1 - M_2 < 0,001 \quad M_1 - M_3 < 0,01 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
Моноциты, % <i>P</i>	$3,04 \pm 0,40$	$3,41 \pm 0,62$	$3,75 \pm 0,53$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
Лимфоциты, % <i>P</i>	$28,7 \pm 1,03$	$26,3 \pm 1,86$	$26,33 \pm 1,63$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
CD3+, % <i>P</i>	$40,4 \pm 1,20$	$33,16 \pm 1,06$	$31,66 \pm 0,97$
	$M_1 - M_2 < 0,001 \quad M_1 - M_3 < 0,001 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
CD4+, % <i>P</i>	$26,4 \pm 0,74$	$23,16 \pm 1,33$	$31,66 \pm 0,97$
	$M_1 - M_2 < 0,05 \quad M_1 - M_3 < 0,001 \quad M_2 - M_3 < 0,001$		
CD8+, % <i>P</i>	$16,2 \pm 0,44$	$14,91 \pm 1,06$	$14,75 \pm 1,06$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
CD19+, % <i>P</i>	$22,2 \pm 2,10$	$24,83 \pm 0,97$	$23,75 \pm 0,97$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
CD16+ (НК клетки), % <i>P</i>	$16,5 \pm 2,02$	$15,83 \pm 1,24$	$17,33 \pm 1,33$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		
ИРИ (CD4+/ CD8+) <i>P</i>	$1,63 \pm 0,59$	$1,7 \pm 0,10$	$1,72 \pm 0,16$
	$M_1 - M_2 > 0,05 \quad M_1 - M_3 > 0,05 \quad M_2 - M_3 > 0,05$		

Ig A, мг/мл		1,65±0,25	1,89±0,07	1,88±0,10
	<i>P</i>	$M_1-M_2>0,05$ $M_1-M_3>0,05$ $M_2-M_3>0,05$		
IgM, мг/мл		1,45±0,88	3,42±0,08	3,41±0,09
	<i>P</i>	$M_1-M_2<0,05$ $M_1-M_3<0,05$ $M_2-M_3>0,05$		
Ig G, мг/мл		11,15±0,70	14,0±0,77	13,13±0,10
	<i>P</i>	$M_1-M_2<0,05$ $M_1-M_3<0,01$ $M_2-M_3>0,05$		

У детей с инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы, как в контрольной, так и в основной группе отмечалось формирование нейтрофильного лейкоцитоза ($p<0,01$ и $p<0,001$ соответственно) за счет повышения палочкоядерных нейтрофилов по сравнению со здоровыми лицами ($p<0,001$ и $p<0,01$ соответственно). Следует отметить, что у больных основной группы нейтрофилы были достоверно выше, чем у больных контрольной группы ($p<0,05$).

Со стороны клеточного иммунитета нами выявлены следующие изменения: в обеих группах отмечалось уменьшение общей популяции Т-лимфоцитов ($p<0,001$) и их субпопуляций: CD4+ ($p<0,05$ и $p<0,001$), уменьшилось количество CD8+ клеток, однако результат был не достоверным ($p>0,05$). В основной группе больных процентное соотношение CD4+ было достоверно ниже, чем в контрольной группе пациентов ($p<0,001$). ИРИ (CD4+/CD8+) был в пределах нормы в обеих группах.

Процентное соотношение CD16+ (NK клеток) не отличалось от показателей здоровых лиц.

Со стороны гуморального иммунитета определялось достоверное повышение его активности ($p<0,05$), за счет увеличения содержания в сыворотке крови иммуноглобулинов М и G, иммуноглобулины класса А в обеих группах не отличались от показателей здоровых детей.

Учитывая показатели иммунного статуса, где наблюдался дисбаланс со стороны Т-популяции лимфоцитов с активацией гуморальной системы иммунитета, больным инфильтративно-нагноительной формой трихофитии мы включили в комплекс лечения препарат тимоген (глутамил-триптофан).

Тимоген назначался 31 больным, страдающим инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы (основная группа). Препарат принимали внутрь в один прием в течение 10 дней, дети от 2 до 3 лет – 10-20 мкг (3-5 капель), от 4 до 6 лет – 20-30 мкг (5-7 капель), от 7 до 14 лет – 50 мкг/сутки.

Пациентам назначался также системный антимикотик тербинафин (тербизил), аскорбиновая

кислота по 0,05×2-3 раза в день в течение 10 дней и проводилась местная терапия. Прием тербинафина проводился по общепринятой схеме в течение 16-28 суток. Для наружной терапии применяли стандартные наружные средства (гипертонические примочки, 10% или 20% ихтиоловая мазь до элиминации гноя и уплощения инфильтрата, затем 2-3% йод, 5% или 10% серно-дегтярные, серно-салициловые мази).

В качестве сравнения взяты 30 пациентов (контрольная группа) инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы, которая получала то же лечение, только без применения тимогена.

Процесс выздоровления контролировался клиническими (разрешение воспалительных признаков в очагах) и микологическими исследованиями (трехкратные отрицательные результаты микроскопии на грибы).

В процессе лечения больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы как в контрольной, так в основной группе с использованием препарата тимоген, отмечено сохранение лейкоцитоза, однако имеется более быстрая тенденция к снижению лейкоцитов в основной группе, по сравнению с контрольной ($p<0,05$). Показатели палочкоядерных нейтрофилов на 14-сутки лечения также оставались повышенными в обеих группах больных.

Процентное соотношение CD4+ - клеток нормализовались в обеих группах больных. При этом общее количество Т-лимфоцитов (CD3+) не достигало показателей здоровых лиц, однако в основной группе наблюдалось достоверно высокое содержание их по сравнению с контрольной группой ($p<0,05$).

Уровень концентрации иммуноглобулина М на 14-сутки лечения сохранялся на высоком уровне, в свою очередь уровень иммуноглобулина А повысился в обеих группах больных. Иммуноглобулин класса G на 14-сутки от момента начала лечения у больных основной группы был в пределах нормы, тогда как в контрольной группе сохранялся на высоком уровне.

Таблица 2

Результаты лечения пациентов инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы

Группы больных	Число больных	Сроки исчезновения клинических проявлений, дни		Длительность лечения до первого отрицательного результата исследования на грибы, дни
		уплощение инфильтрата, очищение от гноя, гнойно-геморрагических корок	полное разрешение кожного процесса	
Контрольная группа $M_1 \pm m_1$	30	$8,1 \pm 0,72$	$29,8 \pm 0,65$	$13,2 \pm 0,34$
Основная группа $M_2 \pm m_2$	31	$4,2 \pm 0,53$	$24,3 \pm 0,47$	$8,2 \pm 0,30$
P	$M_1 - M_2$	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$

Сроки исчезновения клинических проявлений инфильтративно-нагноительной трихофитии волосистой части головы наблюдались достоверно раньше ($p < 0,001$) у пациентов, получавших комплексную терапию с применением тимогена, о чем свидетельствует сокращение сроков получения первого отрицательного результата исследования на грибы на 5 дней ($p < 0,001$) (табл. 2).

Таким образом, комплексное лечение больных инфильтративно-нагноительной трихофитией волосистой части головы с применением тимогена привело к более быстрому разрешению клинических проявлений, микологическому эффекту с нормализацией показателей Т-клеточного и гуморального иммунитета.

Литература

1. Поздняков, А.Л. Факторы, влияющие на качество лабораторной диагностики трихомикозов / А.Л. Поздняков, И.А. Гулинова, М.В. Кузьмина // Материалы первого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2003. – Т. 2. – С. 128-129.
2. Степанова, Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей / Ж.В. Степанова // Успехи медицинской микологии: Материалы первого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М., 2003. – Т. 2. – С. 178-179.
3. Brhel, P. Contagious and parasitic occupational diseases in the Czech Republic / P. Brhel // Pracovní Lékarství. – 2002. – Vol.54, N 2. – P. 59-64.
4. Oyeka, C. Dermatophytoses in Nigeria / C. Oyeka // West Afr. J. Med. – 1990. – Vol.9, N 2. – P. 120-123.
5. Абидова, З.М. Клиническое течение и методы лечения зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией в лобковой области / З.М. Абидова, У.Б. Нурматов // Проблемы медицинской микологии. – 2009. – Том 11, № 2. – С. 31-36.
6. Усубалиев, М.Б. Клинико-эпидемиологические аспекты зооантропонозной трихофитии, обусловленной *Trichophyton verrucosum* / М.Б. Усубалиев, М.Т. Ахмедов, А.Ж. Касымова // Материалы 16-ой межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины» – Абкан, 2013. – №3. – С. 323-330.
7. Касымов, О.И. Заболеваемость дерматомикозами с преимущественным поражением волос в Таджикистане в последнее время / О.И. Касымов, М.Н. Максудова, С.Х. Муниева // Проблемы медицинской микологии. – 2001. – Т. 3, №4. – С. 15-17.

**МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ
ПРИ ПЕРВИЧНОМ И ВТОРИЧНОМ ПТЕРИГИУМАХ**

А.А. Абитова, Ч.Т. Сайдахметова, Т.Б. Сайдахметов, А.В. Черных, В.В. Гайдамак
Кыргызская медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено исследование 36 пациентов с первичным и вторичным птеригиумом для изучения связи морфологических изменений крыловидной плевы и состояния слезопродукции. Выявлена гиперпродукция слезы при первичном птеригиуме и картина васкулита при рецидивирующем птеригиуме.

Ключевые слова: птеригиум, проба Ширмера, гистологическое строение.

**БАШТАПКЫ ЖАНА КАЙТАЛАНМА ПТЕРИГИУМДУН
МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫК ӨЗГӨРҮҮЛӨР**

А.А. Абитова, Ч.Т. Сайдахметова, Т.Б. Сайдахметов, А.В. Черных, В.В. Гайдамак
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Көрүтүндү: Көздүн жаш чыгаруу мүмкүнчүлүгү менен канатчанын морфологиялык өзгөрүүсүнүн байланышын изилдөө үчүн баштапкы жана кайталанма птеригиуму бар 36 пациентке байкоо жүргүзүлгөн. Ашыра көз жаштын баштапкы птеригиумде жана васкулит сүрөтү кайталанма птеригиумде аныкталган.

Негизги сөздөр: птеригиум, Ширмер пробасы, гистологиялык түзүм.

**MORPHOLOGICAL AND FUNCTIONAL CHANGES
IN PRIMARY AND SECONDARY PTERYGIUM**

A.A. Abitova, C.T. Saidahmetova, T.B. Saidahmetov, A.V. Chernykh, V.V. Gaydamak
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. 36 patients with a primary and secondary pterygium were examined for studying the relationship between the morphological changes in the pterygium and the state of tear production. The hyperproduction of tears in the primary pterygium and the picture of vasculitis with a recurring pterygium were revealed.

Key words: pterygium, Schirmer's test, histological structure.

Развитие рецидива птеригиума после оперативного вмешательства является актуальной проблемой офтальмологии, так как процент рецидивов по данным разных авторов колеблется в пределах 30%-70% [1]. Были разработаны различные методики хирургического лечения рецидивов птеригиума, которые позволяют снизить риск рецидива до 3,7% [2], но которые также не исключают повторных случаев птеригиума.

Этиопатогенез птеригиума не ясен, особенно в аспектах дисплазии, органотипических нарушений структуры соединительной ткани и микроциркуляторных расстройств, с вращением волокон измененной ткани до боуеновой оболочки [1,3]. Единственным методом лечения птеригиума на сегодняшний день является оперативное вмешательство. Существует большое количество методов оперативного лечения, но ни один из них не гарантирует безрецидивного послеоперационного периода. Многообразие операций говорит о недостаточной их эффективности. В стремлении

найти более оригинальные способы лечебной коррекции, для исключения рецидивов и удовлетворения косметических требований нами, для характеристики функционального состояния пациентов с рецидивирующим птеригиумом, проанализирована функция продукции слезы и морфологическая структура ткани в группах пациентов с рецидивом и без рецидива птеригиума, для поиска адекватного лечения рецидивирующего птеригиума.

Цель: исследовать морфологические изменения крыловидной плевы и выявить причину нарушения продукции слезы при первичном и вторичном птеригиумах.

Материал и методы

Под наблюдением находилось 36 пациентов в возрасте от 40 до 68 лет, в среднем $54,12 \pm 3,03$ года. Пациенты были распределены на 4 группы: 1 группа – контроля, состоящая из практически здоровых лиц без глазной патологии, одного воз-

раста (9 пациентов), 2 группа – пациенты, прооперированные без рецидива птеригиума (10 пациентов), 3 группа – пациенты с рецидивом птеригиума (7 пациентов), 4 группа – пациенты с

первичным птеригиумом, ранее не оперированные, с высоким титром на вирус простого герпеса 1 и 2 типа (10 пациентов).

Таблица 1

Распределение пациентов по степени птеригиума

Степень птеригиума	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	итог
1		1			1
2		7	2	6	15
3		2	4	3	9
4			1	1	2
5					
итого	9	10	7	10	36 пациентов

В исследованных группах проведена проба Ширмера. О. Ширмер (1905) предложил по степени (длине) намокания фильтровальной бумаги определять функцию слезопродукции.

Технически это выполняли следующим образом: за нижнее веко закладывали полоску фильтровальной бумаги, длиной 3,5 см шириной 5 мм. Загнутый на 5 мм конец бумажки вставляли за нижнее веко в сидячем положении пациента, с височной стороны. При нормальной функции слезной железы увлажнение фильтровальной бумаги в течение 5 минут происходит не менее чем

на 1,5 см. Если увлажнение меньше 1,5 см, то это свидетельствует о гипофункции слезной железы, если больше 2 см – о гиперфункции. Мы в своих исследованиях проводили пробу Ширмера с диагностическими фильтровальными лентами, «TearFlo», производство Индия.

Слезопродукция играет значительную роль для комфортной жизнедеятельности глаза. В норме железы конъюнктивы увлажняют конъюнктивный мешок, продуцируя до 2 мл слезы в сутки. Данные проведенного исследования слезопродукции наглядно даны в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика продукции слезы в группах

Увлажнение фильтровальной бумаги «TearFlo» за 5 мин	1 группа	2 группа	3 группа	4 группа	итого
1 см	2	2	1	2	7 (19,4%)
1,5 см	7	3	1	2	13 (36,1%)
2 см		5	5	6	16 (44,4%)
итог	9	10	7	10	36

Как видно из таблицы 2, снижение слезопродукции в группах отмечается у 7 пациентов (19,4%), что связано, в основном, с возрастными особенностями организма, в виде регресса обновления клеток и тканей. Выраженная слезопродукция отмечалась у 16 (44,4%) пациентов, особенно в 3 и 4 группах и не встречалась в контрольной группе. При этом у пациентов 3 и 4 групп отмечались жалобы на чувство засоренности в глазах, это можно объяснить предположением о быстром разрыве липидного слоя, вследствие нарушения качества слезной пленки роговицы, и развитием синдрома сухого глаза легкой степени, которая выражается гиперпродукцией слезы. У 13 (36,1%) пациентов при проведении пробы Ширмера фильтровальная бумага за 5 минут намокла до 1,5 см, что соответствует норме, причем основная доля приходится на контрольную группу.

Острота зрения пациентов до операции в среднем была $0,7 \pm 0,11$; у 60% отмечался астигматизм, с коррекцией острота зрения достигала 0,8. Острота зрения здоровой группы 1,0. Все пациенты ранее были прооперированы в отделении микрохирургии глаза (МХГ) №1 НГ МЗ КР в различные сроки, от 6 месяцев до 3х лет, в среднем $1,5 \pm 0,2$. В 3 группе с рецидивирующим птеригиумом, пациенты были повторно прооперированы в сроки от 6 месяцев до 20 лет после первой операции.

Нами проведены морфологические исследования ткани конъюнктивы пациентов с первичным (2 глаза) и рецидивирующим птеригиумом (2 глаза). Крыловидная плева, удаленная во время оперативных вмешательств фиксировалась в 10% растворе нейтрального формалина. Обезвожи-

вали в спиртах восходящей концентрации. Заливали в парафин. Срезы толщиной 5-7 мкм окрашивали гематоксилин-эозином, по Ван Гизону и исследовали под световым микроскопом «NikonEslip 85». Гистологическое исследование удаленной крыловидной плевры с первичным

птеригиумом выявило умеренную пролиферацию эпителия слизистой, незначительное сращивание эпителия, более выраженную прозрачность, малое количество новообразованных сосудов (Рисунок 1).

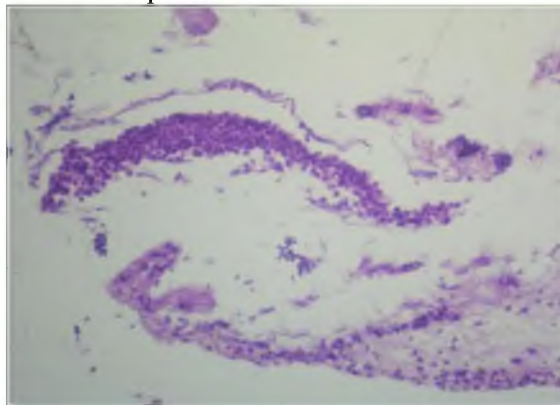


Рис. 1. Срез крыловидной плевры при первичном птеригиуме. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

Гистологическая картина рецидивирующего птеригиума характеризовалась формированием

кист, стенка кисты представлена фиброзной тканью и выстлана многослойным плоским эпителием (Рисунок 2).

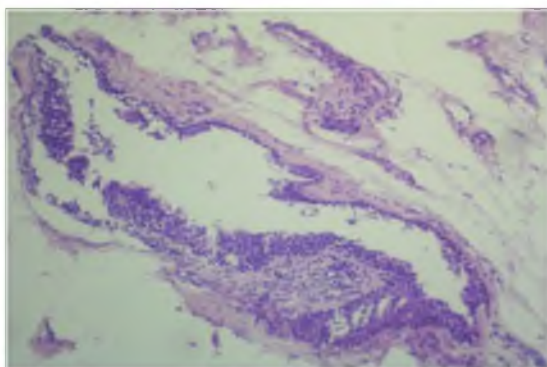


Рис. 2. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

При рецидивирующем птеригиуме также характерна выраженная пролиферация эпителия со скоплением лимфоцитов в слизистой оболочке, с характерной пролиферацией эпителия очагового

характера. В подслизистой оболочке сосуды капиллярного типа (Рисунок 3).

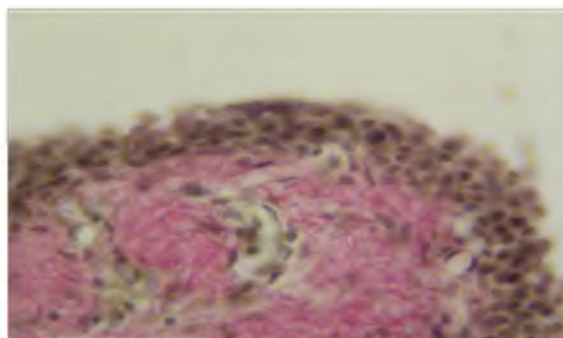


Рис. 3. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска по Ван Гизону. Увеличение $\times 400$.

Во вновь образованных сосудах картина васкулита: стенка капилляра инфильтрирована лимфоцитами и единичными плазматическими клетками (Рисунок 4).

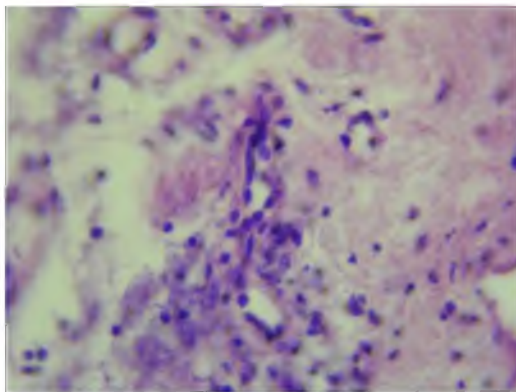


Рис. 4. Микроскопическая картина среза рецидивирующего птеригиума. Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение $\times 200$.

В гистологической картине исследуемого материала более выраженные преобразования с харак-

терными воспалительными изменениями сосудов были при рецидивирующем птеригиуме (Рисунок 5).

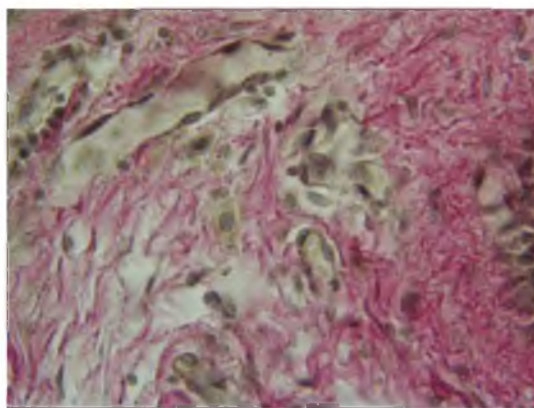


Рис. 5. Срез крыловидной пленки при рецидивирующем птеригиуме. Окраска по Ван Гизону. Увеличение $\times 400$.

Выводы:

1. В морфологических исследованиях выявлена картина васкулита при рецидивирующем птеригиуме.
2. Гиперпродукция слезы способствует усилению дистрофических изменений крыловидной пленки, вследствие возможного реципрокного снижения выработки слезного секрета железами конъюнктивы.

Литература

1. Фокин, В.П. Хирургическое лечение птеригиума по методу аутопластики свободным конъюнктивальным лоскутом / В.П. Фокин // Научно-практический журнал офтальмологии. – 2014. – №2. – С. 131-132.
2. Петраевский, А.В. Тактика лечения первичного птеригиума на разных стадиях его формирования / А.В. Петраевский, К.С. Тришкин // Вестник Волгоградского медицинского университета. – 2014. – № 1(49). – С. 64-66.
3. Золотарев, А.В. Хирургическое лечение рецидивирующего птеригиума с пластикой силиковосушенной амниотической мембраной / А.В. Золотарев, Е.С. Милюдин // Вестник офтальмологии. – 2007. – №1. – С. 39-42.

ТРОМБОЭМБОЛИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОЛОСТНЫХ ОПЕРАЦИЯХ

А.А. Жолборсов, А.А. Ниязов, Н.Н. Жумагулов

КГМА им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Анализированы результаты оперативного лечения 246 больных с патологией брюшной полости. В раннем послеоперационном периоде у больных развился тромбоз вен нижней конечности. Своевременно начатое немедикаментозное и фармакологическое лечение, профилактика тромбоэмболических осложнений при полостных операциях предотвращает развитие ТЭЛА.

Ключевые слова: тромбоз, вены нижней конечности, оперативное лечение.

КӨЦДӨЙ ИЧИНДЕГИ ОПЕРАЦИЯЛАРДА КЕЗДЕШҮҮЧҮ ТРОМБОЭМБОЛИКАЛЫК КАБЫЛДООЛОР

А.А. Жолборсов, А.А. Ниязов, Н.Н. Жумагулов

И.К. Ахунбаев атындагы КММА,

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада ич көцдөйүнүн патологиясы бар 246 бейтапка оперативдик кийлигишүүдөн кийинки жыйынтыктардын талдоосу берилди. Операциядан кийинки алгачкы мезгилде бейтаптардын буттарынын веналарынын тромбозу пайда болгон.

Көцдөй ичине жасалган операцияларда кездешүүчү тромбоэмболикалык кабылдап кетүүлөрдүн алдын алуу учун, өз убагында жүргүзүлүп башталган медикаментоздук эмес жана фармакологиялык дарылоолор тромбоэмболикалык өтүшүп кетүүлөрдөн сактайт.

Негизги сөздөр: тромбоз, буттардын венасы, оперативдик дарылоо.

PREVENTION OF TROMBOEMBOLITIC COMPLICATIONS IN CAVITY OPERATIONS

A.A. Djolborsov, A.A. Niyazov, N.N. Djumagulov

KSMA named after I.K. Akhunbaev,

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: We analyzed results of operative treatment of 246 patients with abdominal pathology. In the early postoperative period developed venous thrombosis of lower extremity.

Timely nonmedical and pharmacological treatment, prevention of thromboembolic complications in abdominal operations prevents pulmonary embolism.

Keywords: thrombosis, venous of lower extremity, operative treatment.

Введение. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) – нередкие и опасные осложнения, которым подвержены многие больные хирургического и травматологического профиля [3,5,12].

В отличие от тромбофлебита поверхностных вен, болезнь обнаруживает себя лишь у одного из восьми больных с верифицированным диагнозом ТГВ [2,8].

Перенесённый ТГВ не проходит бесследно. У большинства пациентов развивается посттромботическая болезнь поражённой конечности. Она может проявиться через 5-15 лет и регистрируется, примерно, у 25% больных, перенёвших распространённый тромбоз вен голени, у 46% пациентов с поражением сосудов голени и бедра и у 90-98% больных после илеофemorального тромбоза [1,5,11].

Треть больных с этим последствием ТГВ вынуждены сменить место работы или перейти на инвалидность [1,4].

У 21-34% лиц, перенесших ТГВ, развивается рецидив заболевания, который в 15% случаев приводит к такому грозному осложнению как тромбоэмболия ветвей и ствола лёгочной артерии, тогда как у больных, не страдавших тромбозом глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА развивается исключительно редко или вообще не встречается [3,6,7].

Большой удельный вес имеет ТГВ нижних конечностей у пациентов, находящихся в послеоперационном и посттравматическом периодах. У больных, перенесших различные оперативные вмешательства на органах грудной клетки или брюшной полости, тромбоз глубоких вен нижних конечностей развивается приблизительно в 30% случаев [1,3].

За последние годы наблюдалось значительное увеличение числа тромбоэмболических осложнений (ТЭО) во всех странах мира. Частота развития ТЭО у больных, перенесшие полостные операции без специфической профилактики, составляет 18-22% [8,11,12].

Развитие послеоперационных ТГВ связано со стазом крови и гипертензией в венах нижних конечностей, состоянием повышенной готовности к тромбообразованию, свойственному организму в условиях «хирургической агрессии» [1,10], угнетением фибринолитической активности как в целом, так и фибринолитической активности самой венозной стенки [1,9].

Число больных с тромбоэмболическими осложнениями основного заболевания растёт с каждым годом. В Германии ежегодно регистрируется 10000, а в США – 50000 и более летальных исходов от ТЭЛА [1].

Наиболее широкое применение для профилактики и лечения ТГВ в настоящее время получили

нефракционированный гепарин, низкомолекулярные (фракционированные) гепарины (Российский Консенсус 2000; Montreal Bosch M. 2006).

В литературе имеются данные о том, что низкомолекулярные гепарины оказывают не только противосвёртывающее действие, но опосредованно обладают профибринолитическим эффектом, повышая активацию плазминогена с помощью тканевого активатора плазминогена [1,6].

Целью данного исследования является анализ послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений у больных, перенесших операции по поводу заболеваний абдоминальной области.

Материал и методы исследования

В клинике имени акад. И.К. Ахунбаева Национального госпиталя Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за период с 2008 по 2015 год под нашим наблюдением находилось 246 больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу патологии брюшной полости.

Распределение больных по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Пол	Всего больных		в том числе по возрасту (в годах):						
	абс. число	%%	До 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 71
Муж.	78	31,7	-	1	3	46	26	1	1
Жен.	168	68,3	1	6	18	67	62	11	3
Всего	246	100,0	1	7	21	113	88	12	4
			0,4	2,9	8,6	45,9	35,8	4,8	1,6

Из приведенной таблицы 1 видно, что мужчин было 78 (31,7%), а женщин 168 (68,3%). Больные были в возрасте от 20 до 76 лет. Основное их количество составили больные молодого, трудоспособного возраста. Средний возраст составил $42,21 \pm 2,4$ лет.

У женщин, по сравнению с мужчинами, частота заболеваемости несколько выше и составила соотношение 2,1:1. Эта тенденция наиболее выражена в трудоспособном возрасте от 40 до 60 лет.

Длительность заболевания составила от нескольких дней до 16 лет. Средняя продолжительность болезни составила $6,6 \pm 1,3$ лет.

У 89 пациентов (36,1%) были сопутствующие заболевания. Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

Для решения поставленной цели и задачи наши больные были разделены на две группы.

В первую группу вошли 126 больных (51,2%), оперированных по поводу заболевания брюшной полости, которым проведение комплекса мероприятий по профилактике тромбоэмболических осложнений было начато в предоперационном периоде и продолжено на всех этапах хирургического лечения, вплоть до дня выписки из стационара (основная группа).

Вторую группу составили 120 больных (48,8%) оперированные по поводу заболевания брюшной полости, которым профилактика ТЭЛА проводилась по традиционной схеме (контрольная группа).

Характеристика больных по заболеваниям даны в таблице 2.

Таблица 2

Характеристика хирургических больных по патологии

Характер патологии	группы			
	Основная		Контрольная	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки	2	1,6	3	2,5
Эхинококкоз печени	4	3,2	3	2,5
Острый калькулезный холецистит	12	9,5	14	11,7
Хронический калькулезный холецистит	95	75,4	83	69,2
Грыжа брюшной полости	3		5	4,2
Заболеваний щитовидной железы	6	4,8	4	3,2
Опухолевые заболевания печени	4	3,2	3	2,5
Острая кишечная непроходимость	-		5	4,2
Всего	126	100	120	100

Все больные были разделены на три группы, в зависимости от степени тромбогенного риска

оперативных вмешательств: низкая, средняя и высокая степень риска (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных по степени тромбогенного риска

Группы	Абс. ч.	Степень тромбогенного риска		
		Низкая	Средняя	Высокая
Основная	126	59	39	28
Контрольная	120	70	31	19
Итого:	246	129 (52,4%)	70 (28,5%)	47 (19,1%)

Объем профилактических мероприятий в каждой из них был различным. При наличии тромбофилических нарушений и дополнительных факторов риска (3 и более) – перевод на прямые антикоагулянты (варфарин) под контролем МНО после выписки.

Безусловно, любое фармакологическое вмешательство для пациента небезопасно. Прежде чем применить какой-либо препарат, необходимо тщательно оценить, как его пользу, так и вред, который он может нанести. В данном случае речь идет об антикоагулянтной терапии, наиболее грозным осложнением которой является кровотечение.

Для каждого пациента необходимо определить, когда от фармакологического вмешательства будет максимальная польза, а риск осложнений будет минимальным.

Немедикаментозные меры профилактики направлены на ускорение венозного кровотока. В зависимости от вида операции мы рекомендуем своим больным раннюю активизацию в послеоперационном периоде.

В основной группе с низкой степенью риска мы назначали эластический массаж. Для этого применяли бинтование эластичным бинтом, ношение эластических чулок и гольфов. Они обеспечивали максимальное сдавление ног на уровне

лодыжек с постепенным его снижением в проксимальном направлении.

Больным со средней и высокой степенью риска назначали при поступлении больных в стационар фармакопрофилактику.

Базисная фармакопрофилактика включала гепарины различной молекулярной массы (нефракционированный гепарин, эноксапарин натрия, надропарин кальция).

За 4 года наблюдений в раннем послеоперационном периоде тромбоз глубоких вен установлен у 6 больных (все из группы высокого тромбогенного риска), у 9 больных выявлен тромбоз поверхностных вен нижних конечностей (больные относились к группе умеренного и высокого риска), у 2 больных илеофemorальный тромбоз сочетался с тромбозом подкожных вен (больные относились к группе умеренного и высокого риска). Средний возраст больных составил 56 лет, из них 7 мужчин и 10 женщин. Диагноз тромбоза глубоких и поверхностных вен подтвержден ультразвуковым сканированием венозной системы.

Таким образом, для улучшения результатов хирургического вмешательства при больших полостных операциях большое значение имеет профилактика ТГВ и ТЭЛА. Своевременно начатое немедикаментозное и фармакологическое лече-

ние, профилактика тромбоэмболических осложнений при полостных операциях предотвращает развитие ТЭЛА. Оперативное лечение тромботических осложнений должно проводиться в отделении сосудистой хирургии, либо сосудистым хирургом с соответствующим уровнем квалификации на местах.

Литература

1. Баешко А.А. Послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения: эпидемиология и профилактика // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2001. - Том 7, № 1. - С. 105-120
2. Воробьева Н.А., Пономарева И.А., Анисимов М.Г. Эпидемиология тромбоэмболии легочной артерии // *Хирургия*. - 2008. - №8. - с. 73-77.
3. Дибиров М.Д. Профилактика и лечение тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей // *Хирургия* - 2005. - №2. - С. 15-19.
4. Евтюхин А.И., Соколовская Н.Е., Леоненков В.В., Утешева М.А. Профилактика тромбоза глубоких вен и тромбоэмболии легочной артерии у онкологических больных // *Современная онкология*. - 2001. - Том 3, №2. - С. 81-84.
5. Иванов А.В., Сахаров Л.Б. Профилактика и лечение флеботромбоза глубоких вен нижних конечностей // *Хирургия*. - 2004. - №1. - С. 4-7.
6. Кириенко Л.И., Леонтьев С.Г., Петухов Е.Б. Оценка эффективности гепаринов различной молекулярной массы и длительности их применения в лечении больных с острым венозным тромбозом // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2004. - Том 10, №1. - С. 18-28.
7. Лазаренко В. А., Мишустин В. И. Тромбоэмболия легочной артерии у больных с травмой // *Ангиология и сосудистая хирургия*. - 2005. - Том 11, №4. - С. 101-104.
8. Маджуга А.В., Симонова О.Р., Елизарова А.Д. О клинической значимости Д-димера в диагностике и лечении тромбоэмболических осложнений и ДВС-синдрома у онкологических больных // *Анестезиология и реаниматология*. - 2005. - №5. - С. 55-57.
9. Agnelli G., Sonaglia F. Prevention of venous thromboembolism // *Vessels*. - 2000. - Vol. 97, Ni. - P. 49-62.
10. Anton N., Massicotte M.R. Venous thromboembolism in pediatrics // *Seminars in vascular Medicine*. - 2001. - N 1. - P111-122.
11. Francis R.M., Brenkel I.J. Survey of use thromboprophylaxis for routine total hip replacement by British orthopaedic surgeons // *J. Hosp. Med*. - 1997. - N57. - P. 427-431.
12. Scurr J.H., Machin S.J., Bailey-King S. Frequency and prevention of symptomless deep-vein thrombosis in long-haul flights: a randomized trial // *Lancet*. - 2001. - N357. - P. 1485-1489.

УДК 616.366-002-036.11-036.12

**ОБОСНОВАНИЕ КРАТКОВРЕМЕННОГО ПРЕБЫВАНИЯ БОЛЬНЫХ
В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА ПРИ ОСТРОМ И ХРОНИЧЕСКОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ**

Э.А. Маматов, Ж.А. Алимбеков

Многопрофильная клиника «КАМЭК», г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: на рассмотрение данной темы представлены результаты оперативного лечения 300 больных с острым и хроническим холециститом. Операции выполнены из мини лапаротомного доступа. При остром холецистите из 130 пациентов у 3 был переход на конверсию, при хроническом холецистите из 170 пациентов у 2. Осложнения при остром холецистите имели место у 11 (8,5%) пациентов и при хроническом у 7 (4,1%) пациентов. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит острый, хронический, минилапаротомный доступ, осложнения, эпидуральная анестезия.

**КУРЧ ЖАНА ӨНӨКӨТ ХОЛЕЦИСТИТ МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫН
КЫСКА УБАКЫТТА ООРУКАНАДА ДАРЫЛООНУН НЕГИЗДЕМЕСИ**

Э.А. Маматов, Ж.А. Алимбеков

Коп тармактуу клиника «КАМЭК», Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: курч жана өнөкөт холецистит менен ооруган 300 бейтаптын операция жолу менен даарылоонун жыйынтыктары берилген, операция минилапаратомдук ыкма менен жасалган.

Курч холецистит менен ооруган 130 бейтаптын ичинен 3-дө конверсияга өтүп кетүү байкалган, өнөкөт холецистит менен ооруган 170 бейтаптын ичинен 2-дө байкалган. Ырбап кетүү курч холециститте 11 (8,5%) бейтапта жана өнөкөт холециститте 7 (4,1%) бейтапта катталган. Каза болуу катталган эмес.

Негизги сөздөр: өт кабыкчасы, курч жана онокот холецистит, минилапаратомдук баруу жолу, ырбап кетүү, эпидуралдык анестезия.

**SUBSTANTIATION OF SHORT –TERM STAY OF PATIENTS IN A HOSPITAL
WITH ACUTE AND CHRONIC CHOLECYSTITIS**

E.A. Mamatov, Zh.A. Alimbekov

Multiprofile clinic KAMEK, Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: given results of operative treatment of 300 patients with acute and chronic cholecystitis, operations were performed from minilaparotomic access. 3 from 130 patients with acute cholecystitis and 2 from 170 patients with chronic cholecystitis had transition to conversion. 11 patients (8.5%) with acute and 7 patients (4.1%) with chronic cholecystitis had complications. There were no fatal cases.

Key words: gallbladder, acute and chronic cholecystitis, minilaparotomic access, complications, epidural anesthesia.

Введение. Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) на сегодняшний день остается распространенной патологией современной плановой и экстренной хирургии. Данной патологией страдают лица как молодого, так и пожилого возраста. Статистика показывает, что подавляющую часть больных составляет женский пол. Многие исследователи отмечают значительный рост больных с осложненными формами [1,2,3]. Лечение больных с ЖКБ должно проводиться исключительно хирургическим методом, так как консервативное лечение дает лишь временное улучшение состояния. Длительное откладывание оперативного лечения часто приводит к осложненным формам ЖКБ [4].

При применении широкого лапаротомного доступа возникает большое количество осложнений в области послеоперационных ран, что является основанием для поиска альтернативных методов оперативного лечения ЖКБ [5].

В последние годы большинство исследователей свои разработки направили на поиск менее травматичных, но в то же время обеспечивающих свободное выполнение всех этапов холецистэктомии и в этом плане была разработана лапароскопическая и минилапаротомная холецистэктомия [6,7]. Многие исследователи, применяющие минилапаротомные доступы, отмечают, что он по своей эффективности не уступает лапароскопическому [2,8,9]. В этом плане идет накопление

клинического материала и совершенствование техники операции.

Цель работы – представить результаты холецистэктомии при остром и хроническом калькулезном холецистите в стационаре с кратковременным пребыванием, с применением исключительно эпидуральной анестезии и совершенствовании этапов операции из минилапаротомного доступа, не нарушая целостности прямой мышцы живота.

Материалы и методы обследования

Под наблюдением находилось 300 больных с острым и хроническим холециститом, оперированных в период с 2014 по 2017 год в многопрофильной клинике «КАМЭК. Из числа поступивших пациентов с острым холециститом было 130 и хроническим – 170, их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n=300)

Пол	Всего		из них в возрасте						
	абс. ч	%	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	Старше 70
Жен.	242	80,7	3	8	37	43	61	59	31
Муж.	58	19,3	1	1	5	18	12	11	10
Итого абс. ч.	300	100,0	4	9	42	61	73	70	41
%		100,0	1,3	3,0	14,0	20,3	24,3	23,3	13,8

Хочется обратить внимание на тот факт, что женщин с этим заболеванием было в 4 раза больше, чем мужчин и большинство поступивших составили больные от 40 до 70 лет, а возраст колебался от 19 до 86 лет. Сроки заболевания при остром холецистите были от 6 часов до 5 суток, а при хроническом от одного года до 8 лет.

Основными жалобами при остром холецистите были боли в правом подреберье, многократная рвота, повышение температуры, а при хроническом больные отмечали боли в правом подреберье, частые приступы печеночной колики, после которых появлялась желтушность склер и кожных покровов, нарастающую слабость.

Обследование больных с хроническим холециститом проходило в амбулаторных условиях, а с острым холециститом – в клинике в день госпитализации. Обращали особое внимание на выявление сопутствующих заболеваний, которые чаще всего были у лиц пожилого и старческого возраста. Наиболее часто (28 чел.) имела место гипертоническая болезнь, общий атеросклероз (19 чел.), бронхолегочные заболевания (21 чел.), а другие заболевания были у единичных пациентов.

Так же при обследовании больных с острым холециститом у 4 выявлены грыжи (пупочная), при хроническом – у 11 (6,4%), что явилось основанием для выполнения симультанных операций.

Обследование больных включало детальное ознакомление с анамнезом заболевания, данные объективного обследования, анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты (билирубин, тимоловая проба, уровень трансаминаз, моче-

вина, креатинин) и основным методом диагностики было ультразвуковое исследование (УЗИ), при котором определяли расположение желчного пузыря, его размеры, характер содержимого, состояние желчных протоков и состояние печени: размеры, структура.

Результаты и их обсуждение

В результате обследования из 300 пациентов с ЖКБ у 130 был выявлен острый холецистит, из них у 19 заболевание было осложнено механической желтухой и у 14 местным перитонитом. При остром холецистите мы придерживались следующей тактики: при выявлении окклюзионного конкрементом холецистита выполняли операцию в первые часы поступления. Выполняли кратковременную предоперационную подготовку (3-6 часов) и оперировали больных. Операции выполняли под эпидуральным обезболиванием. Мы отдаем предпочтение этому обезболиванию, как методу, позволяющему рано активизировать больных, что является профилактикой тромбоэмболических и легочных осложнений. Также это обезбоживание обеспечивает большую стабильность сердечно-сосудистой системы, снижает риск возникновения выраженной гипертензии и сердечных аритмий. Метод способствует восстановлению пассажа по желудочно-кишечному тракту в полном объеме в более ранние сроки, уменьшает кровопотерю во время операции, так как обезбоживание обеспечивает также управляемую гипотензию.

Для выполнения холецистэктомии разрез кожи осуществляли параллельно правой реберной дуге на 1 см ниже угла реберной дуги длиной 4-5 см. Затем в косопоперечном направлении рассекаем

передний листок влагалища прямой мышцы живота и апоневроз наружной косой мышцы живота. Прямую мышцу живота отводили медиально. Поперечную мышцу живота и брюшину рассекали по ходу раны.

При ушивании передней брюшной стенки применяли нити длительного рассасывания. Особое внимание уделялось восстановлению попереч-

ной мышцы живота и брюшины. Эти слои передней брюшной стенки ушивались 2-х рядными швами. Апоневроз наружной косой мышцы живота, передний листок влагалища прямой мышцы живота, подкожная жировая клетчатка и кожа восстанавливались послойно.

У 126 пациентов желчный пузырь удален от шейки и лишь у 4 от дна. Типы операции даны в таблице 2.

Таблица 2

Типы операции при остром холецистите и осложнения после операции (n-130)

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения:				всего
	абс. ч.	%	серома	гематома	нагноение раны	инфильтрат	
Холецистэктомия	115	88,5	2	2	1	2	7
Холецистэктомия+наружное дренирование	2	1,5			1		1
Холецистэктомия+внутреннее дренирование	13	10,0		2		1	3
Итого	130	100,0	2	4	2	3	11 (8,5%)

Из 130 пациентов у 15 холецистэктомия сочеталась с грыжесечением по поводу пупочной грыжи.

Осложнения в ближайшие сроки были у 7-х пациентов, но все они были легко устранимы. У двух больных с механической желтухой, обусловленной холедохолитиазом, холецистэктомия дополнена наружным дренированием по Вишневскому. У 13 пациентов после холедохолитотомии множество мелких конкрементов было удалено, но при зондировании не было уверенности

в полной проходимости холедоха, поэтому были выполнены внутреннее дренирование (холедоходуоденоанастомоз). Всего осложнений в этой группе было 11, что составило 8,5%.

При выполнении операций при остром холецистите переход на конверсию был у 3 больных, что было обусловлено у двоих обширным воспалительным процессом у шейки желчного пузыря и у одного – выявлен перивезикулярный абсцесс. При гистологическом исследовании желчного пузыря были получены следующие формы (табл. 3).

Таблица 3

Формы острого холецистита

Формы	Всего	
	абс. ч	%
Катаральный	24	18,5
Флегмонозный	49	37,7
Гангренозный	31	23,8
Эмпиема желчного пузыря	26	20,0
Всего	130,0	100,0

Необходимо отметить, что катаральная форма обнаружена в основном при окклюзионном холецистите. Наибольший удельный вес занимала флегмонозная форма (37,7%), но часто была гангренозная форма и эмпиема желчного пузыря.

После операции уделялось особое внимание профилактике воспалительных осложнений, назначались антибиотики как цефтриаксон, ципрофлоксацин. Больных выписывали на 3-4

сутки после операции, и далее они еще 3-4 дня продолжали получать антибиотики.

Вторую группу составили больные с хроническим калькулезным холециститом, они оперированы также в день госпитализации. Типы операций даны в таблице 4.

Таблица 4

Типы операций при хроническом холецистите и характер осложнений (n-170)

Типы операции	Всего		из них возникли осложнения:			
	абс. ч.	%	гематом	нагноение ран	инфильтрат	
Холецистэктомия	164	96,5	1	1	2	4
Холецистэктомия+ наружное дренирование	2	1,2				
Холецистэктомия+ внутреннее дренирование	4	2,3		1	2	3
Итого	170	100,0	1	2	4	7 (4,1%)

В этой группе было 170 пациентов, у 2-х холецистэктомия сочеталась с наружным дренированием холедоха по Вишневскому, а у 4 с внутренним дренированием (холедоходуоденоанастомоз), в связи с тем, что при холедохотомии удалены мелкие конкременты, большинство из которых были замазкаобразного типа. Переход на конверсию был у 2-х больных из-за сложностей раздельной обработки пузырной артерии и протока. Меры профилактики были использованы те же, что и у больных острым холециститом.

В этой группе у одной больной холецистэктомия сочеталась с пластикой влагалища, выполненной по поводу пролапса гениталий, а у 10 с грыжесечением (4 пупочная грыжа, 3 после операционная вентральная, 3 бедренная).

В послеоперационном периоде осложнения выявлены у 7 (4,1%). Летальных исходов не было.

Среднее пребывание больных в стационаре при остром холецистите составило $2,8 \pm 0,17$ койко-дней, а при хроническом $2,1 \pm 0,22$.

На контрольное обследование больные являлись на 7 и 21 сутки после операции, а в дальнейшем – при необходимости.

Таким образом, наши исследования показали возможности использования эпидуральной анестезии, минилапаротомного доступа, при котором как при остром, так и хроническом холецистите дали минимальное число осложнений и переход на конверсию.

Литература

1. Бебуришвили, А.Г. Эволюция подходов к хирургическому лечению осложненного холецистита [Текст] / А.Г. Бебуришвили, А.В. Быков, Е.Н. Зюбина // Хирургия. - 2015. - №1. - С. 43-47.
2. Ветшев, П.С. Желчнокаменная болезнь и холецистит [Текст] / П.С. Ветшев // Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. - 2005. - №1. - С. 16-23.
3. Ермолов, А.С. Хирургия желчнокаменной болезни: от пройденного к настоящему [Текст] / А.С. Ермолов, А.В. Упырев, П.А. Иванов // Хирургия. - 2004. - №5. - С. 4-9.
4. Кузнецов, Н.А. Диагностика и лечение ранних билиарных осложнений после холецистэктомии [Текст] / Н.А. Кузнецов, А.А. Соколов, А.Т. Бронштейн // Хирургия. - 2011. - №3. - С. 3-7.
5. Майстренко, Н.А. Холедохолитиаз [Текст] / Н.А. Майстренко, В.В. Стукалов. - СПб: ЭЛБИ, 2000. - 288 с.
6. Тиммербулатов В.М. Малоинвазивная хирургия желчнокаменной болезни и ее осложнения [Текст] / В.М. Тиммербулатов, Р.М. Гарипов, А.Г. Хасанов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2009. - №1. - С. 25-29.
7. Ходаков, В.В. Операции на желчевыводящих путях из минимального доступа [Текст] / В.В. Ходаков, Ю.С. Рямов // Хирургия. - 2007. - №8. - С. 47-49.
8. Tyagi, N.S. A new minimal invasive technique for cholecystectomy [Text] / N.S. Tyagi, M.C. Meredith, J.C. Lumb // Ann. Surg. - 2004. - Vol. 220, #4. - P. 617-625.
9. Verma G.R. Biliary mishaps in laparoscopic cholecystectomy [Text] / G.R. Verma // Trop. Gastroenterol. - 2012. - Vol. 23, #1. - P.38-40.

ОПТИМИЗАЦИЯ ОПЕРАТИВНОГО И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГРЫЖ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА

Х.Х. Мирзоев

Объединённая клиническая больница г. Худжанд МЗ РТ,
г. Худжанд, Республика Таджикистан

Резюме: представлены новые разработки оперативного и консервативного лечения грыж межпозвонковых дисков, в сравнительном аспекте с традиционными методиками.

Ключевые слова: грыжа межпозвоночного диска, микродискэктомия, консервативное лечение.

OPTIMIZATION OF OPERATIVE AND CONSERVATIVE TREATMENT OF HERNIATED INTERVERTEBRAL DISCS LUMBOSACRAL SPINE

H.H. Mirzoev

Joint clinical hospital of Khujand MZ RT
Khujand, Republic of Tajikistan

Summary: New developments of operative and conservative treatment of herniated intervertebral discs are presented, in a comparative aspect with traditional methods.

Key words: hernia of the intervertebral disc, microdiscectomy, conservative treatment.

Актуальность темы. С начала XX века проблема совершенствования диагностики и лечения остеохондроза позвоночника является актуальной для всех стран мира. По статистическим данным от 3 до 10% больных с остеохондрозом позвоночника ежегодно подвергается оперативному лечению [1, 4, 6, 9]. Сегодня во всем мире «золотым стандартом» хирургического лечения межпозвоночной грыжи признано интраламинарное микрохирургическое удаление (микродискэктомия), которое осуществляется при помощи специальных операционных микроскопов [2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12]. Неоспоримым его преимуществом является возможность удалять выпячивание грыжи диска любой плотности, размера и локализации.

Неэффективность консервативной терапии в течение 1,5-2 месяцев – показание относительное, то есть хирургическое вмешательство может быть выполнено при определенных условиях. Выраженный болевой синдром, который купируется только приемом наркотических анальгетиков, тоже считается безусловным показанием к микродискэктомии. Несмотря на большое число исследований и несомненные успехи в данном разделе медицинской науки и практики, на сегодня остаются нерешенные вопросы, требующие

новых диагностических, лечебных и тактических усилий специалистов. Приведенные выше обстоятельства явились основанием для выполнения данной работы.

Материалы и методы исследования

В основу работы положены наблюдения за 150 больными с грыжами межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, находившихся на лечении в отделении нейрохирургии ОКБ г. Худжанд МЗ РТ с 2011 по 2015 год. Все больные подвергнуты тщательному клиническому обследованию (общее соматическое, ортопедо-неврологическое, рентгенологическое, компьютерно-томографическое и магнитно-резонансно томографическое).

Возраст больных колебался от 20 до 79 лет (средний возраст 39 лет), мужчин было – 85 (57,0%), женщин – 65 (43,0%). 126 из 150 (84%) больных были в социально-активном возрасте, и данное заболевание значительно ограничивало их в социальном-бытовом и трудовом аспекте, в связи с чем совершенствование методов лечения остеохондроза приобретает важную медико-реабилитационную значимость. Как видно из таблицы 1 наиболее частая локализация грыжи диска отмечена на уровне LV-SI (52%), на втором месте отмечен уровень LIV-LV (44%).

Таблица 1

Распределение пациентов по уровню и размеру грыжевого выпячивания

Грыжа диска (уровень патологии)			Размер грыжи в мм		
	abs	%	5 мм	8мм	10 мм и более
L III – L IV	6	4	4	-	-
L IV – L V	66	44	6	36	17

L V – S I	78	52	5	58	24
Всего -	150	100	15 (10%)	94 (62,7%)	41 (27,3%)

Далее в таблице 2 показаны виды грыж межпозвоночного диска в зависимости от локализации.

Таблица 2

Виды грыж диска по локализации

Виды грыжи	Abs больных	%
Фораминальная грыжа	19	12,7
Заднебоковая грыжа	69	46
Парамедианная грыжа	46	30,7
Медианная грыжа	16	10,6
Всего	150	100

Для контроля результатов, на доказательной базе группа исследуемых больных была поделена

на 2 группы (основную – 80 больных и контрольную – 70 больных) (табл. 3).

Таблица 3

Деление пациентов на две группы

Основная группа		Контрольная группа	
Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение
55	25	48	22
80		70	

По клиническому составу больные обеих групп идентично, единственным различием является применяемая в обеих группах методика лечения.

Разработка патогенетически обоснованного, комплексного метода лечения при грыжах межпозвоночного диска пояснично-крестцового отдела позвоночника представлялась нам весьма сложной задачей, в силу ряда причин: больные поступали в отделение в различные сроки от начала заболевания, с различными клиническими проявлениями патологии, после продолжительного неэффективного лечения у невропатологов, терапевтов, физиотерапевтов, хирургов.

В основной группе применены новые разработки, предложенные в рамках нашего исследования, в контрольной группе стандартные методики, ранее применявшиеся в клиниках.

В нашей клинике разработан диагностический алгоритм дифференцированного подхода к выбору способов лечения грыжи межпозвоночного диска на пояснично-крестцовом отделе позвоночника (рац. предложение №007, выдан ГУ НМИЦ РТ), позволивший провести дифференцированный подход при выборе способа лечения грыжи межпозвоночного диска на пояснично-крестцовом отделе позвоночника (рис. 1).

Оперативное лечение применено 55 больным с грыжами межпозвоночных дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника. Все оперативные вмешательства производились из заднего доступа (табл. 4).

Таблица 4

Применяемые методики оперативного лечения в основной группе

Методика оперативного лечения	Количество больных	%
Краевая флавиезэктомия с удалением фораминальной и заднебоковых грыж межпозвоночного диска	30	54,5
Удаление медианных грыж интраламнарным доступом с пластикой желтой связки фасциальным лоскутом	25	45,5
всего	55	100

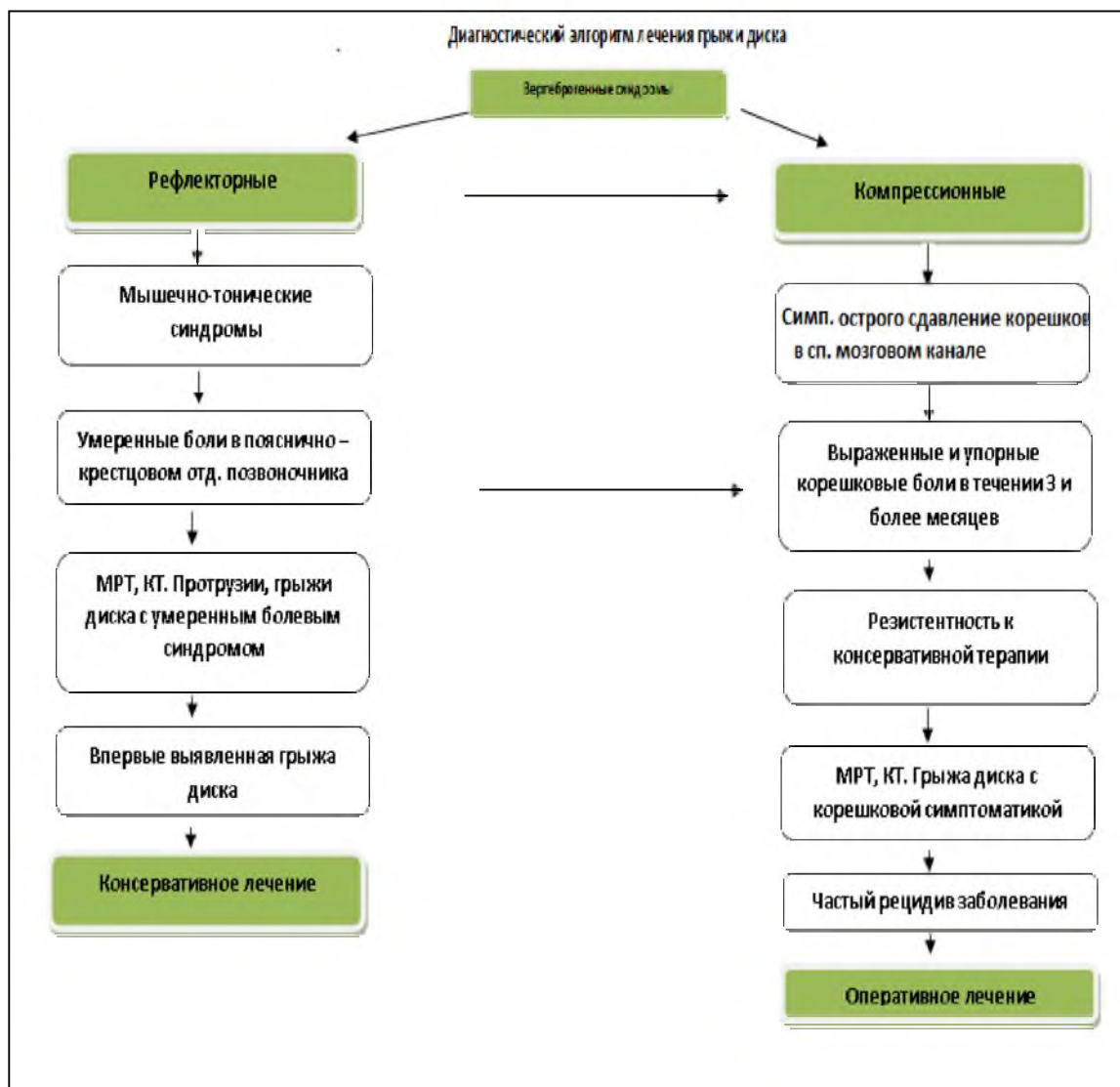


Рис. 1. Схема алгоритма для дифференцированного выбора способа лечения грыж межпозвоночного диска.

Краткое описание хода операций. Производится продольный разрез кожи и мягких тканей над остистыми отростками в проекции смежных поражённых позвонков. Обнажается апоневроз паравerteбральных мышц. В поперечном направлении производится насечка над верхним краем вышележащего остистого отростка длиной 0,5 см. Изогнутыми ножницами рассекается

наружный листок апоневроза (дугообразно, высота дуги до 2,5-3 см) до нижнего края нижележащего остистого отростка, берется на держалки на высоте дуги по средней части. Таким же образом рассекается внутренний листок апоневроза, тупо отсекается от мышц, и также берется на держалки.

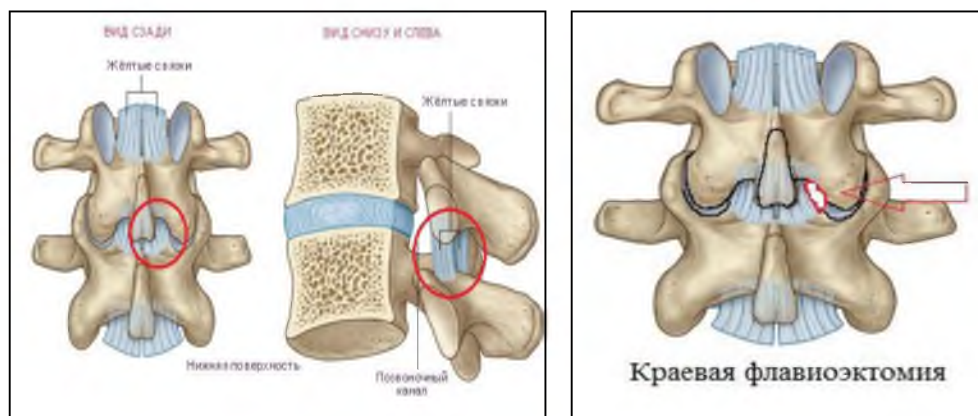


Рис. 2. Схема – зона проведения доступа и краевая аркофлавиэктомия.

Тупым способом (кончиком указательного пальца) отодвигаются паравертебральные мышцы, с одновременным пальпаторным контролем обнажённой желтой связки, обнажается интраламнарное пространство (методика отличается минимальной кровопотерей, так как мышцы не рассекаются, а отодвигаются в сторону). В случае фораминальных и заднебоковых грыж, производится краевая флавиектомия с обнажением фораминально-экстрафореминального пространства и с дальнейшим удалением грыжи (рис. 2).

Другим способом является, удаление грыжи межпозвоночного диска с последующей пласти-

кой дефекта жёлтой связки мышечно-фасциальным лоскутом. Лоскут формируется из внутреннего листка апоневроза паравертебральных мышц, и пришивается к остаткам краёв желтой связки. При сужении интраламнарного пространства производится зубообразная аркотомия дужек, с подшиванием сформированного лоскута вместо жёлтой связки. Использование вышеуказанных методик при различных локализациях грыж межпозвоночного диска позволяет сохранить целостность анатомических структур, герметичность эпидурально-нервных пространств и служит профилактической мерой развития рубцово-спаечного процесса в послеоперационном периоде (рис. 3, 4, 5).

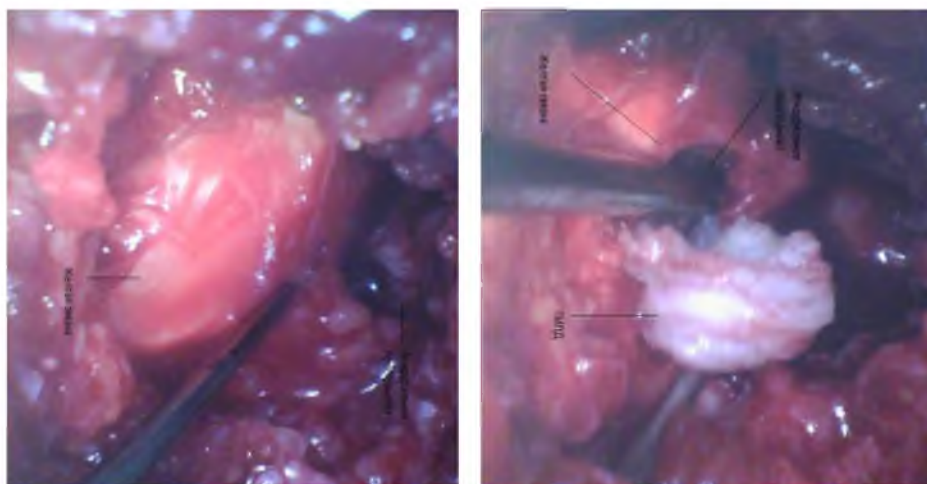


Рис. 3. Фотография краевой аркофлавиэктомии и удаления массива грыжи диска.

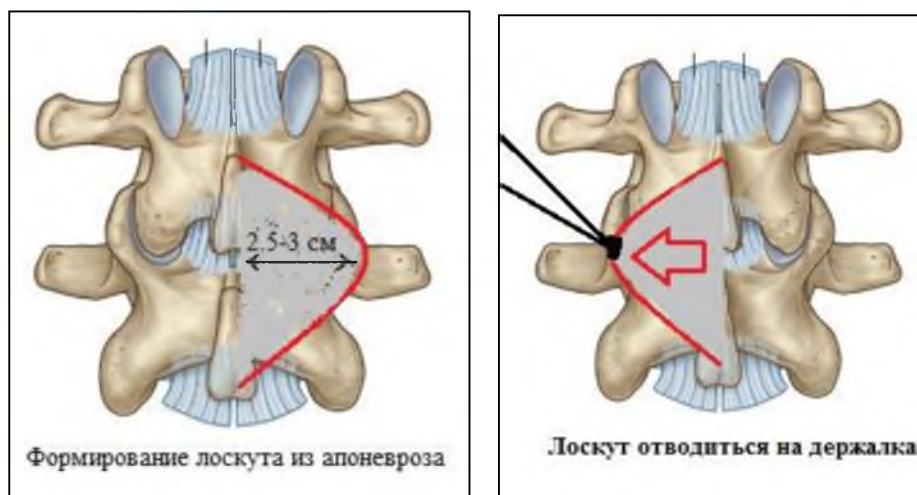


Рис. 4. Схема формирования лоскута из наружного и внутреннего листка апоневроза мышц спины.

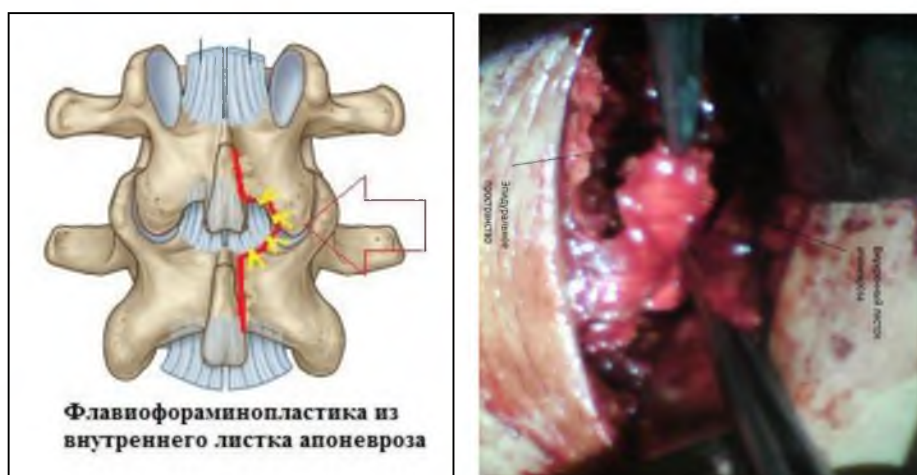


Рис. 5. Схема и фотография пластики дефекта жёлтой связки из внутреннего листка апоневроза.

Больные, подвергшиеся хирургическому лечению в первые сутки после операции соблюдали постельный режим. Больным назначали антибиотики, обезболивающие средства, после пробуждения от наркоза больные в постели начинали активно двигаться, поворачиваясь и сгибая и разгибая нижние конечности. Часто при этом они отмечали исчезновение болей в позвоночнике, а также тянущие боли в ногах (феномен послеоперационного облегчения). На вторые сутки больные надевали поясничный текстильный жесткий корсет, больным назначалась дозированная ходьба. Подъем с постели всех больных производился после поворота на живот с отжиманием на руках для исключения сгибания поясничного отдела позвоночника. В первые сутки после подъема на ноги они начинали самостоятельно ходить

ограниченное время и занимались лечебной физкультурой в положении лежа, которая была направлена на формирование «мышечного корсета» пояснично-крестцового отдела позвоночника. Швы обычно снимали на 6-8 сутки, и больные выписывались домой, с соответствующими рекомендациями.

Комплексное консервативное лечение в основной группе включало фармакотерапию и физиолечение (табл. 5). Отличительной особенностью, от контрольной группы, являлось применение эпидурально-сакральных и паравerteбрально-экстраламинарных блокад. Последнее осуществлялось под контролем ЭОП, и позволяло более точно ввести препараты в экстраламинарное пространство, что обеспечивало быстрое снятие миофасциальных симптомов.

Таблица 5

Схема консервативного лечения в основной группе

Вид лечения	Методы
Блокады под контролем ЭОП	Эпидурально-сакральная Паравerteбрально-экстраламинарно

Фармакотерапия	НПВС
	Миорелаксанты
	Глюкокортикоиды
	Хондропротекторы
	Витаминотерапия
Физиолечение	СМТ терапия
	Магнитотерапия
	Фонофорез с гидрокортизоном
	Парафиновые аппликации
	Д'Арсонвализация
	Массаж
	Лечебная физкультура
	Вытяжение позвоночника

В контрольной группе наблюдалось 70 больных, из них 48 пролечено оперативным путём, и 22 консервативным способом (табл. 6). При оперативном лечении применялись стандартные показания, без дифференциации стадии развития

патогенеза и клинико-неврологических проявлений. Применялись широкая декомпрессия, с аркотомией и частичным удалением суставных отростков с удалением грыжи, тотальная флавиоэктомия с удалением грыжи межпозвонкового диска (рис. 6).

Таблица 6

Оперативное лечение в контрольной группе

Методика оперативного лечения	Количество больных	%
Широкая декомпрессия, с аркотомией и частичным удалением суставных отростков, удаление грыжи	25	52,1
Тотальная флавиоэктомия с удалением грыжи межпозвонкового диска	23	47,9
Всего	48	100

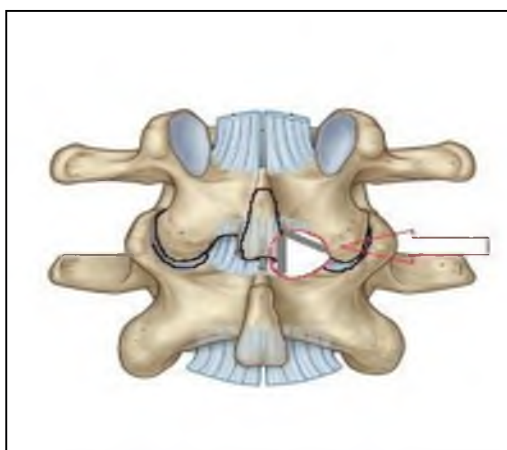


Рис. 6. Схема выполнения тотальной аркофлавиоэктомии в контрольной группе.

Консервативное лечение в контрольной группе проводилось по традиционной схеме, и заключался в купировании болевого синдрома и корешковой симптоматики, без проведения эпидурально-сакральных и паравerteбрально-экстраламинарных блокад.

Результаты и обсуждение

Все больные (150) обследованы и пролечены в отд. нейрохирургии ОКБ г. Худжанд за период с 2011 по 2015 год. Ближайшие результаты (3-6 мес.) изучены у всех 150 больных, отдаленные результаты (через 1-3 года) у 120 больных.

Для изучения результатов лечения грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового от-

дела позвоночника мы в своей работе использовали ВАШ (визуальная аналоговая шкала боли) (табл. 7).

Таблица 7

Ближайшие результаты по ВАШ в контрольной и основной группах

Уровень боли по ВАШ	Основная группа		Контрольная группа	
	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение
0	46 (83,6%)	16 (64%)	15 (31,25%)	7 (31,8%)
1-2	6 (10,9%)	4 (16%)	23 (47,9%)	3 (13,6%)
3-4	3 (5,5%)	4 (16%)	-	2 (9,1%)
5-6	-	1 (4%)	4 (8,3%)	2 (9,1%)
7-8	-	-	6 (12,5%)	8 (36,3%)
9-10	-	-	-	-
	55 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	22 (100%)
Всего:	80		70	

Согласно данным исследования пациентов контрольной и основной групп по шкале ВАШ выявлены следующие показатели. При сравнении результатов оперативного лечения в основной группе 46 больных (83,6%) имеют индекс «0» по шкале боли, тогда как в контрольной группе такой же показатель имеют 15 больных (31,25%). Такие

показатели показывают преимущества методик, применяемых в основной группе на 52,35%, почти вдвое больше. При консервативном лечении соответственно 64% и 31,8%, что показывает преимущества на 32,2%. Отдалённые результаты имеют идентичные показатели (табл. 8).

Таблица 8

Отдалённые результаты по ВАШ в контрольной и основной группах

Уровень боли по ВАШ	Основная группа		Контрольная группа	
	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение
0	31 (88,6%)	15 (79%)	20 (68,9)	8 (47,1%)
1-2	3 (8,6%)	2 (10,5%)	1 (3,5%)	1 (5,8%)
3-4	1 (2,8%)	2 (10,5%)	2 (6,9%)	2 (11,8%)
5-6	-	-	2 (6,9%)	2 (11,8%)
7-8	-	-	4 (13,8)	4 (23,5%)
9-10	-	-	-	-
	35 (100%)	19 (100%)	29 (100%)	17 (100%)
Всего:	54		46	

Кроме того для определения ближайших и отдалённых результатов дополнительно использован метод стандартизированной оценки исходов лечения (СОИ-2), предложенный Центральным институтом травматологии и ортопедии имени Н.Н.

Приорова (2008). По критериям вопросника по 100-балльной шкале СОИ-2 у пациентов в основной и контрольной группах перед оперативным лечением были получены следующие результаты (табл. 9).

Таблица 9

Ближайшие результаты по СОИ-2 в контрольной и основной группах

Уровень по СОИ-2 (интервал баллов)	Основная группа		Контрольная группа	
	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение
65-70	-	-	-	-
71-75	-	-	8 (16,7%)	3 (13,6%)
76-80	-	-	5 (10,4%)	2 (9,1%)
81-85	-	-	7 (14,6%)	4 (18,2%)
86-90	11 (20%)	6 (24%)	8 (16,7%)	6 (27,3%)
91-95	32 (58,2%)	5 (20%)	16 (33,3%)	7 (31,8%)
96-100	12 (21,8%)	14 (56%)	4 (8,3%)	-
всего	55 (100%)	25 (100%)	48 (100%)	22 (100%)
	80		70	

Согласно данным исследования пациентов контрольной и основной групп по опроснику СОИ-2 выявлены следующие показатели. При сравнении результатов оперативного лечения в основной группе показатели баллов в интервале от 91 до 100 имеют 44 больных (80%), тогда как в контрольной группе только 20 больных (41,6%). Такие показатели показывают преимущества методик применяемых в основной группе на 38,4%.

При консервативном лечении картина следующая: 19 больных (76%) в основной группе и 7 больных (31,8%) в контрольной, имеют баллы в интервале 91-100, разница составила 44,2%. Такие показатели идентично повторяют показатели шкалы ВАШ. Отдалённые результаты имеют идентичные показатели (табл. 10).

Таблица 10

Отдалённые результаты по СОИ-2 в контрольной и основной группах

Уровень по СОИ-2 (интервал баллов)	Основная группа		Контрольная группа	
	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Оперативное лечение	Консервативное лечение
65-70	-	-	-	-
71-75	-	-	-	3 (17,6%)
76-80	-	-	6 (20,7%)	3 (17,6%)
81-85	-	-	7 (24,1%)	5 (29,6%)
86-90	10 (28,6%)	10 (34,5%)	5 (17,2%)	3 (17,6%)
91-95	15 (42,8%)	1 (37,9%)	9 (31,1%)	3 (17,6%)
96-100	10 (28,6%)	8 (27,6%)	2 (6,9%)	-
всего	35 (100%)	19 (100%)	29 (100%)	17 (100%)
	54		46	

Таким образом, можно констатировать эффективность предложенных новых методик, что наглядно показывают результаты исследования.

Выводы:

1. Существующие методики хирургического и консервативного лечения грыж межпозвонкового диска имеют тактико-технические недостатки, значительно влияющие на прогресс неудовлетворительных результатов, и требуют разработки путей оптимизации.
2. Применение предложенного алгоритма диагностического выбора методик лечения позво-

ляет выбрать адекватную методику оперативного или консервативного лечения, что значительно улучшает конечные результаты.

3. Применение предложенных новых оперативных и консервативных способов лечения грыж межпозвонкового диска пояснично-крестцового отдела позвоночника позволяет значительно улучшить результаты, путём уменьшения количества неудовлетворительных исходов.
4. Удовлетворительные результаты оперативного лечения в основной группе по шкале ВАШ составляют на 52,35% больше, и по

шкале СОИ-2 на 38,4% больше чем в контрольной группе, при консервативном лечении по шкале ВАШ составляют на 32,2% больше, и по шкале СОИ-2 на 44,2% больше чем в контрольной группе, что наглядно свидетельствует об эффективности предложенных методик.

Литература

1. Амин, Ф.И. Синдром «смежного сегмента» после спондилодеза [Текст] / Ф.И. Амин, И.Б. Алейникова, М.В. Боев // *Нейрохирургия*. - 2011. - №2. - С. 62-67.
2. Арестов, С.О. Особенности техники и отделенные результаты портальных эндоскопических вмешательств при грыжах межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника [Текст] / С.О. Арестов, А.О. Гуца, А.А. Кащеев // *Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко*. - 2011. - №1. - С. 27-33.
3. Басков, А.Н. Техника и принципы хирургического лечения заболеваний поясничного и грудного отделов позвоночника: практическое руководство [Текст] / А.В. Басков, И.А. Борщенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 112 с.
Борщенко, И.А. Минимально инвазивная хирургия дегенеративного поражения поясничных межпозвонковых дисков [Текст] / И.А. Борщенко, А.В. Басков // *Нейрохирургия*. - 2010. - №1. - С.65-71.
5. *Видеоэндоскопическая хирургия повреждений и заболеваний грудного и поясничного отделов позвоночника* [Текст] / под ред. В.В. Крылова. - М.: Принт-Студио, 2012. - 152 с.
6. Каспарова, К.А. Роботизированные системы в нейрохирургии [Текст] / К.А. Каспарова, О.Н. Древаль, И.П. Рынков // *Нейрохирургия*. - 2012. - №4. - С. 88-93.
7. Лечение болевого фасет-синдрома у пациентов, перенесших микродискэктомию [Текст] / [А.В. Кузнецов, О.Н. Древаль, И.П. Рынков и др.] // *Вопросы нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко*. - 2011. - №2. - С.56- 61.
8. A finite element model of the L4-L5 spinal motion segment: biomechanical compatibility of an interspinous device [Text] / [P. Vena, G. Franzoso, D. Gastaldi et al.] // *Comput. Methods Biomech. Biomed. Engin.* - 2005. - Vol. 8, N. 1. - P. 7-16.
9. Adjacent segment degeneration in the lumbar Spine [Text] / [G. Ghiselli, J.C. Wang, N.N. Bhatia et al.] // *J. Bone Joint Surg. Am.* - 2004. - Vol. 86 A, N. 7. - P.1497-1503.
10. Biomechanical effect of different lumbar interspinous implants on flexibility and intradiscal pressure [Text] / [H.J. Wilke, J. Drumm, K. Haussler et al.] // *Eur. Spine J.* - 2008. - Vol. 17, N. 8. - P. 1049-1056.
11. Buric, J. Non-fusion DIAM Interspinous Distraction Device For Low BackPain: 24 Months Follow-up [Text] / J. Buric, M. Pulidori, L. Rigobello // *Spine J.* - 2007. - Vol. 7, N. 5. - 46 S.
12. Chafedz, N. Recognition of lumbar disc herniation with NMR [Text] / N. Chafedz, H. Genant, K. Moon // *Am. J. Radiol.* - 1983. - Vol. 141, N. 6. - P. 1153-1156.

**ПРОФИЛАКТИКА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ПЕЧЕНИ**

А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Максут уулу Э., Т.А. Калыбеков, А.И. Балтабаев, Е.Ж. Жолдошбеков
Кыргызская Государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Цель работы – представить результаты эхинококкэктомии, выполненной у 125 больных эхинококкозом печени. Из них контрольная группа составила 62 (49,6%), основная – 63 (50,4%) больных. В контрольной группе проведено традиционное лечение, а в основной группе орошение остаточной полости фиброзной капсулы озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией 8-10 мкг/мл и декасаном 0,02%, до операции и к ее окончанию вводили внутривенно 1,0 цефазолина или 1,0 цефтриаксона, а после операции выполняли аспирацию из полости фиброзной капсулы. В основной группе осложнения возникли у 3 (4,8%), а в контрольной группе у 7 (11,3%).

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, оперативное лечение, осложнения, профилактика.

**БООРДУН ЭХИНОКОККЭКТОМИЯСЫНЫН КИЙИН ӨӨРЧҮШҮҮ КАБЫЛДООЛОРДУН
АЛДЫН АЛУУСУ**

А.И. Мусаев, М.Ж. Алиев, Максут уулу Э., Т.А. Калыбеков, А.И. Балтабаев, Е.Ж. Жолдошбеков
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы,
Комбустиология курсу менен жалпы практика хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Иш максаты – 125 бейтаптын эхинококкоз дарты боюнча операция болгон жыйынтыктарын көрсөтүү. Алардын ичинен көзөмөлдөгү топ 62 (49,6%), негизги топ 63 (50,4%) бейтапты түздү. Көзөмөлдөө тобунда традициялык дарылоо жолу менен, ал эми негизги топ операциядан кийинки фиброздук көңдөйчөнү декасан жана озон аралашмалары менен жууп тазалоо, операция башталаардан мурун жана бүтөөрүндө кан тамырга цефазолин 1,0 же цефтриаксон антибиотиктерин куюу, ошондой эле операциядан кийин активдүү жууп тазалоо сарыктырмасын колдонуу. Негизги топто 3 (4,8%), көзөмөлдөгү топто 7 (11,3%) бейтапта дарттын операциядан кийинки кабылдоосу пайда болду.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, операция жолу менен дарылоо, кабылдоо, астын алуу.

**PREVENTION OF INFLAMMATORY COMPLICATIONS
AFTER ECHINOCOCCECTOMY OF THE LIVER**

A.I. Musaev, M.J. Aliev, Maksut uulu E., T.A. Kalibekov, A.I. Baltabaev, E.Zh. Zholdoshbekov
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Surgery department of general practice with a course of Combustiology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: the purpose of this research is to represent the results of echinococcectomy, which been performed in 125 patients who suffer from echinococcosis of the liver. In addition, control group from them was 62 (49,6%), and the main group had 63 (50,4%) patients. The traditional treatment had been performed in the control group, but in the main group, we had taken a different way of curing, the method of the irrigation of the residual cavity of the fibrous capsule with an ozonized sodium chloride solution with a concentration of 8-10 mkg/mg and decasaniin 0,02% intra venously 1,0 cefazolin or 1,0 ceftriaxone, and after the operation, aspiration was performed from the cavity of the fibrous capsule. In the main group there were 3 (4,8%), and in the control group 7 (11,3%) complications.

Key words: liver, echinococcosis, operative treatment, complication, prophylaxis.

Введение. На сегодняшний день эхинококкоз называют гельминтологическим раком XXI века [1]. Поэтому это определило стратегию ВОЗ и Международного эпизоотического бюро по включению эхинококкоза в список заболеваний, требующих первоочередной ликвидации [1, 2, 3, 4].

Несмотря на значительные достижения в хирургии печени и внедрение новых технических средств при выполнении операций, в ближайшем послеоперационном периоде при эхинококкозе печени в 10-24% случаев имеют место осложнения [5, 6]. Нагноение остаточной полости после

закрытой эхинококкэктомии наблюдают у 7-15% больных, после полужакрытой у 20-34% и после открытой до 70% [7, 8, 9]. В связи с этим совершенствование методов лечения эхинококкоза печени и разработка мер профилактики осложнений, а также технических приемов, способных снизить частоту осложнений после эхинококкэктомий, имеет важное значение в исходе заболевания [10, 11, 12, 13]. Существует множество предложенных методов ликвидации полости фиброзной капсулы, но все они не лишены таких недостатков как возникновение остаточной полости с последующим ее нагноением [13].

Во время операции больных эхинококкозом большое значение придается использованию эффективных гермицидов при противопаразитарной обработке, но большое число рецидивов заболевания и неудовлетворенность их использования, длительность экспозиции их во время операции, иногда с повторением манипуляции являются основанием для поиска методов для обработки кист.

Экономические потери от эхинококкоза, связанные с длительной нетрудоспособностью и инвалидизацией больных, возводят эту инвазию до уровня социальной проблемы. Причиной инвалидизации больных является не только рецидив заболевания, но и обширные деформирующие послеоперационные рубцы, осложненные остаточные полости, гнойные лигатурные свищи, послеоперационные вентральные грыжи, спаечный процесс брюшной полости и др. [5, 8]. Возможности современной хирургической техники значительно расширили варианты обработки остаточной полости с целью её радикальной ликвидации, однако до конца не решили проблему возникновения воспалительных осложнений.

Одной из причин высокого процента осложнений оперативного лечения эхинококкоза печени является недостаточная эффективность применяемых антибиотиков на фоне широкого распространения антибиотикорезистентной микрофлоры. Поэтому в настоящее время продолжают поиски лекарственного препарата для облитерации остаточной полости фиброзной капсулы [7].

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных эхинококкозом печени путем применения мер профилактики воспалительных осложнений.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 125 больных, оперированных по поводу неосложненного (57 чел. (45,6%)) и осложненного (68 чел. (54,4%)) эхинококкоза печени различной локализации. Поражение правой доли у 58 (46,4%), левой доли у 41 (32,8%) и обе доли у 26 (20,8%) больных. Определяли размеры кист и при этом выделяли: малые (до 5 см в диаметре), средние (до 10 см), большие (до 20 см) и гигантские (более 20 см). Малые кисты выявлены у 29 (23,2%), средние у 41 (32,8%), большие 34 (27,2%), гигантские у 21 (16,8%) больных. Мужчин было 56 (44,8%), женщин – 69 (55,2%), возраст колебался от 17 до 73 лет.

Мы выделили на 2 группы больных, основная составила – 63 (50,4%), контрольная – 62 (49,6%) больных оперированных по поводу эхинококкоза печени. В основной группе наблюдались с нагноившимся эхинококкозом 19 (30,3%), с разложившимся 14 (22,2%), нагноившийся с прорывом в брюшную полость 4 (6,3%), рецидивный 4 (6,3%), у остальных 22 (34,9%) неосложненный эхинококкоз печени.

В контрольную группу включены больные: с нагноившимся эхинококкозом 15 (24,2%), разложившимся 17 (27,4%), нагноившийся эхинококкоз печени с прорывом в брюшную полость 3 (4,8%), с петрификацией стенки фиброзной капсулы печени и селезенки по одному (3,2%), а у остальных неосложненный эхинококкоз печени 25 (40,4%) больных.

В план обследования больных входило, кроме общеклинических исследований (общий анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, электрокардиография, рентгенография грудной клетки), использованы и специальные методы – это ультразвуковое исследование внутренних органов (уточняли место расположение и размеры кист), при неясных случаях компьютерная томография, реакция Казони. Полученные результаты исследований обработана путем вычисления относительных величин в (%).

Результаты и их обсуждение

После обследования все больные оперированы, типы операции в обеих группах и их осложнения даны в таблице.

Таблица

Типы операции и характер осложнений контрольной и основной групп (n – 125)

Типы операций	Всего больных		из них возникли осложнения				Всего осложнений
	абс. ч	%	остаточ. полость	плеврит	нагноение раны	желчеистечение	
Контрольная группа: из них	62						
Капитонаж	32	51,6	1	1	1		3
инвагинация	15	24,2	1	1		1	3
абдоминализация	15	24,2			1		1
всего	62	100,0	2	2	2	1	7 (11,3%)
Основная группа: из них	63						
капитонаж	31	49,2		1			1
инвагинация	13	20,6		1	1		2
абдоминализация	19	30,2					
всего	63	100,0		2	1	3	3 (4,8%)

Всем больным выполнены операции полужакрытым способом. В контрольной группе операции выполняли полужакрытым методом, через дренаж периодически аспираторовали содержимое без введения антисептиков, а антибиотики получали внутримышечно на протяжении 4-5 дней. Больные получали обезболивающие средства и инфузионную терапию. После операции в этой группе осложнения выявлены у 7 (11,3%) больных из 62 оперированных, в двух случаях у больных с нагноившейся эхинококковой кистой послеоперационный период осложнился нагноением раны, пролечена промыванием антисептиком декасан 0,02%, двоим больным с плевритом проведена антибиотикотерапия и плевральные пункции, в одном случае отмечено желчеистечение, которое со временем самостоятельно прекратилось. С нагноением остаточной полости поступили 2 больных, одна из них в тяжелом состоянии с выраженной интоксикацией, повышением температуры тела до 38-39° С и сильным болевым синдромом. После обследования и предоперационной подготовки в течение 3 суток им произведено оперативное лечение (вскрытие, санация, дренирование остаточной полости). Все больные с возникшими осложнениями излечены и выписаны в удовлетворительном состоянии. Среднее пребывание в стационаре составило 14±1,3 койко-дней. В отдаленном периоде из оперированных больных контрольной группы выявлен рецидив болезни у 2 (3,2%).

В основной группе выполняли те же операции, но до операции и к ее концу вводили 1,0 цефазо-

лина или цефтриаксона внутривенно, для профилактики нагноения, после ушивания полости ее дренировали силиконовой трубкой до 1 см в диаметре и выполнили активную аспирацию.

При осложненных кистах через дренаж полость промывали 0,02% раствором декасана или озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл и по мере прекращения отделяемого из полости удаляли дренаж на 3-4 сутки и вели динамическое наблюдение. Контроль УЗИ через 3-4 дня.

Больные основной группы также получали обезболивающие средства и инфузионную терапию. В основной группе осложнения возникли у 3 (4,8%). В двух случаях отмечен плеврит, который излечен плевральной пункцией, в одном случае послеоперационный период осложнился нагноением раны, которое пролечено местно антисептиком декасан 0,02%. Среднее пребывание в стационаре составило 10±1,1 койко-дней.

Всем больным выполнены операции полужакрытым способом. Проведение мер профилактики нагноения остаточной полости в основной группе позволили сократить пребывание в стационаре в сравнении с контрольной группой (14±1,3 койко-дней) и добиться быстрой облитерации остаточной полости орошением раствора 0,02% декасана и этим достигли раннего прекращения отделяемого из остаточной полости фиброзной капсулы.

Больные после операции наблюдались в течение от 1 до 3 лет. При контрольном обследовании

у 32 больных основной группы, в отдаленном периоде осложнения и нагноение остаточной полости, рецидив эхинококкоза печени не отмечено.

Таким образом, наши исследования показали возможность применения мер профилактики воспалительных осложнений после эхинококкэктомии печени. Метод не сложен и должен найти внедрение в практику. Необходимо дальнейшее накопление материала и динамическое наблюдение за больными.

Выводы:

1. Полузакрытый метод эхинококкэктомии является методом выбора при осложненном эхинококкозе печени и кистах больших размеров.
2. Периоперационное введение антибиотиков и санация полости фиброзной капсулы раствором 0,02% декасана с активной аспирацией раневого отделяемого являются хорошей мерой профилактики гнойно-воспалительных осложнений после эхинококкэктомии.

Литература

1. Прогноз изменения ситуации по эхинококкозу среди населения в Узбекистане [Текст] / [Т.А. Абдиев, Т.А. Вахабов, Н.А. Журавлева и др.] // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. - 2000. - №3. - С. 53-54.
2. Нишанов, Ф.Н. Этиопатогенетические аспекты рецидивного эхинококкоза печени и его диагностика [Текст] / Ф.Н. Нишанов // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2011. - Т. 170, №2. - С. 91-94.
3. Decreasing trends of ultra sonographic prevalence of cystic echinococcosis in a rural Greek area [Text] / [I.C. Varbobitis, G. Pappas, D.E. Karageorgo-poulos. et. all.] // Clin. Microbiol. Infect. - Dis. - 2010. - vol. №3. - P. 9.
4. Seroprevalence of Echinococcus granulosus infection in Croatian patients with cystic liver disease [Text] / [I. Tabain, M. Sviben, S. Ljubin-Sternak et. all.] // Helminthology. - 2010. vol. №3. - P. 1-4.
5. Даминова, Н.М. Ранние послеоперационные осложнения при эхинококкозе печени [Текст] / Н.М. Даминова, К.М. Курбонов // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2008. - Т. 167, №5. - С. 68-70.
6. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей [Текст] / [А.Т. Аллабергенов, М.М. Алиев, И.М. Байбеков и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2001. - №6. Т. 160. - С. 47-50.
7. Одишелашвили, Д.В. Обоснование применения нового способа облитерации остаточных полостей после операции по поводу эхинококкоза печени [Текст] / Д.В. Одишелашвили, Г.Д. Пахнов, Одишелашвили Л.Г. // Астраханский медицинский журнал. - 2015. - Т. 10, №3. - С. 98-105.
8. Сберегающая хирургия при эхинококкозе печени [Текст] / [Лотов А.Н., Черная Н.Р., Бугаев С.А. и др.] // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - Т. 16, №4. - С. 11-18.
9. Каюмов, Т.Х. Новое в профилактике рецидива и нагноения остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / Б.М. Нурмухамедов, Ю.Ю. Шарипов // Медицинский журнал Узбекистана. -2010. - №3. - С. 17-18.
10. Хамдамов, Б.З. Оценка эффективности лазерной фотодинамической терапии при обработке остаточных полостей после эхинококкэктомии печени [Текст] / Б.З. Хамдамов, Ш.Ж. Тешаев // Биология ватиббийт муаммолари. - 2015. - №3 (84). - С. 104-107.
11. Шевченко, Ю.Л. Эволюция методов хирургического лечения эхинококкоза печени / Ю. Л. Шевченко, С.С. Харнас, А.В. Самохвалов // Хирургия. - 2007. - № 7. - С. 49-55.
12. Андреев, А.В. Методы интервенционной радиологии у больных эхинококкозом печени [Текст] / А.В. Андреев, В. Сахно и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 2005. - Т. 10, №2. - С. 98-99.
13. Мусаев, А.И. Меры профилактики нагноения остаточной полости после эхинококкэктомии печени: методические рекомендации [Текст] / А.И. Мусаев, Р.М. Баширов, М.Б. Усубалиев. Бишкек, 2004. - 13 с.

ИНФРАКРАСНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров

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

Резюме: цель работы: Оценить эффективность применения инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений. Представлены результаты мер профилактики у 102 больных контрольной группы при применении традиционных мер и у 83 основной группы с применением инфракрасного излучения в профилактике раневых осложнений. В контрольной группе осложнения возникли у 15 (14,7%), а в основной у 4 (4,8%).

Ключевые слова: желчный пузырь, холецистит, деструктивные формы, меры профилактики, частота осложнений.

ХОЛЕЦИСТИТИН ӨТҮШҮП КЕТКЕН ДЕКТРУКТИВДҮҮ ТҮРҮНҮН СЕЗГЕНҮҮСҮН АЛДЫН АЛУУДА ИНФРАКЫЗЫЛ ЛАЗЕРДИК НУРЛАНУУСУ

У.С. Мусаев, Ж.Ж. Толоров

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

Корутунду: Иштин максаты: жарааттын кабылдоосун алдын алууда инфракызыл нурунун колдонуусунун натыйжалуулугун баалоо.

Жараттын кабылдоосун алдын алууда текшерүүчү тайпада 102 бейтаптын жана негизги тайпада 83 бейтапга инфракызыл нурунун колдонушунун натыйжалуулугу көрсөтүлдү.

Текшерүүчү тайпада 15 бейтап (14,7%) жана негизги тайпада 4 бейтап (4,8%) кабылдоолор пайда болду.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасы, холецистит, деструктивтүү түрү, алдын алуу чаралары, кабылдоолор жыштыгы.

INFRARED LASER EXPOSURE IN PROPHYLAXIS OF COMPLICATIONS OF DESTRUCTIVE CHOLECYSTITIS

U.S. Musaev, J.J. Tolorov

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

Summary: aim of study: to assess effectiveness of infrared exposure in prophylaxis of wound complications. Presented results of prophylaxis measures in 102 patients of control group by using traditional measures and in 83 patients of main group where used infrared exposure in prophylaxis of complications of wound infection. In control group complications were in 15 (14,7%), in main group in 4 (4,8%).

Key words: gall bladder, cholecystitis, destructive type, prophylaxis measures, complications frequency.

Введение. В настоящее время острые холециститы занимают одно из ведущих мест в неотложной хирургии и по частоте стоят на втором месте после аппендицитов. Необходимо отметить, что заболеваемость желчнокаменной болезнью (ЖКБ) не снижается, а наоборот отмечается рост и наряду с этим увеличивается число больных с деструктивными формами холецистита [1,2,3].

В лечении острого холецистита в настоящее время довольно широко используется лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), но при определенных показаниях [4,5]. Но все еще продолжает существовать и лапаротомный способ [6,7].

Однако необходимо отметить, что при любом из способов возникает ряд осложнений, особенно раневых [7,8,9,10], которые увеличивают сроки стационарного лечения и материальные затраты [10,11], что является основанием для разработки мер их профилактики [12,13].

Цель исследования: оценить эффективность инфракрасного излучения в профилактике осложнений при деструктивных формах острого холецистита.

Материал и методы исследования

Под наблюдением находилось 185 больных, которые были оперированы по поводу острого хо-

лецистита. Диагноз был верифицирован операцией и гистологическим исследованием желчного пузыря. Из числа поступивших женщин было 110, мужчин 75. И возраст их колебался от 17 до 86 лет, но наибольшую группу составили пациенты старше 40 лет.

В процессе работы, чтобы определить эффективность мер профилактики, нами были выделены 2 группы: контрольная, которую составили 102 больных, у которых профилактика осложнений осуществлялась с применением антибиотиков после операции (гентамицин, ампициллин, канамицин) внутримышечно на протяжении 5-6 дней; а в основную группу включены 83 больных, у которых с первого дня после операции в комплекс лечения наряду с традиционными мерами, включено инфракрасное лазерное излучение, выполняемое аппаратом «Мустанг» при частоте 80 Гц с экспозицией 10 минут на область операционной раны, на курс лечения 5-6 сеансов. Обе группы по полу и возрасту были равнозначны. Больные контрольной и основной

группы, помимо антибиотиков получали обезболивающие средства, инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Мы проанализировали и сроки поступления больных от начала заболевания в обеих группах (табл. 1).

Обращало на себя внимание, что большинство больных с острым холециститом поступали со сроком заболевания более 3х суток в обеих группах (табл. 1).

При поступлении помимо общеклинических методов обследования (общий анализ крови и мочи, ЭКГ у лиц старше 50 лет), использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) до операции с целью установления характера заболевания, а в послеоперационном периоде для выявления осложнений со стороны органов грудной и брюшной полости, а также раневых осложнений, а также исследовали функциональное состояние печени и почек (общий билирубин, прямой билирубин, трансаминазы, общий белок, мочевины, креатинин).

Таблица 1

Сроки заболевания больных контрольной и основной групп

Группы	Всего		Сроки заболевания				
	абс. ч.	%	до 6 часов	6-12	12-24	24-72	Позже 72 часов
Контрольная	102	55,1	2	12	13	34	41
Основная	83	44,9	2	11	21	27	22
Итого абс.ч.	185	100,0	4	23	34	61	63
%	100,0	100,0	2,2	12,4	18,4	32,9	34,1

Полученные результаты исследования обработаны путем вычисления относительных величин (в %). Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием с применением традиционной лапаротомии (12 чел.), а у остальных использован минилапаротомный доступ (5-6 см). Традиционную лапаротомию выполняли при остром холецистите, осложненном местным или

общим перитонитом и при выявлении перивезикулярного абсцесса или инфильтрата.

Результаты и их обсуждение

Типы операций в обеих группах были одинаковыми, а характер осложнений, возникших в послеоперационном периоде, дан в таблице 2.

В послеоперационном периоде в основной группе использовали инфракрасное обследование на 2е сутки после операции.

Таблица 2

Типы операций и характер осложнений у больных контрольной группы

Тип операции	Всего		из них возникли осложнения				
	абс. ч.	%	кровотечение	желчеистечение	плеврит	нагноение раны	инфильтрат
Холецистэктомия	98	96,2	1	2		4	3
Холецистэктомия + наружное дренирование	3	2,9		1	1		2
Холецистэктомия + внутреннее дренирование	1	0,9				1	
Всего	102	100,0	1 (0,9%)	3 (2,9%)	1 (0,9%)	5 (4,9%)	5 (4,9%)

Наибольшему числу больных в обеих группах выполнялись холецистэктомия и дренирование брюшной полости, лишь у небольшого числа больных холецистэктомия было дополнена холедохотомией с наружным дренированием по Вишневскому или Керу. Это были больные, у которых калькулезный холецистит был осложнен холедохолитиазом. С целью контроля проходимости холедоха до введения дренажа проводили зондирование холедоха, фиброскопию и в сомнительных случаях интраоперационную холангиографию.

Анализ результатов контрольной группы показал, что у 15 больных возникли осложнения, что составило 14,7%. Наиболее часто возникало нагноение раны – у 5 чел. (4,9%), инфильтрат в области операционной раны и желчеистечение отмечены у 3х больных. Лечение гнойных ран выполняли под повязкой с использованием озонированного раствора, раствора декасана и мази левомеколь. При инфильтратах назначали физиолечение, а при желчеистечении определяли количество выделяемой желчи и выполняли УЗ контроль брюшной полости. Во всех случаях желчеистечение прекратилось самостоятельно. Сроки стационарного лечения при отсутствии осложнений составили $5,1 \pm 0,91$ койко-дня, а при осложненном – $8,9 \pm 0,97$ койко-дня.

При анализе основной группы, в которой выполнены были эти же операции (холецистэктомия у 79, холецистэктомия с холедохотомией и наружным дренированием у 2 и холецистэктомия с внутренним дренированием еще у двух) показало, что из 83 больных нагноение раны было у одного, инфильтрат у 2х и желчеистечение еще у 1, которое прекратилось самостоятельно. Следовательно, осложнения имели место в основной группе у 4х больных (4,8%). Эти осложнения отмечены после холецистэктомии.

Следовательно, применение инфракрасного излучения позволило снизить осложнения в 3 раза.

Выводы:

1. Традиционные методы профилактики осложнений при деструктивных формах холецистита, включающих антибиотикотерапию, не предотвращают развитие воспалительных осложнений.
2. Включение в схему метода инфракрасного излучения на операционную рану при острых деструктивных холециститах позволили снизить частоту осложнений в 3 раза (с 14,7 до 4,8%).

Литература

1. Каримов, Ш.И. Проблемы и перспективы хирургии острого холецистита в Узбекистане [Текст] /

- Ш.И. Каримов // Холецистит и его осложнения. Бухара. - 2007. - С. 3-6.
2. Мамакеев, М.М. Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита [Текст] / М.М. Мамакеев // Хирургия Кыргызстана. - 1998. - №1. - С. 19-25.
3. Тиммербулатов, В.М. Ультразвуковая диагностика острого холецистита и его осложнений [Текст] / В.М. Тиммербулатов, И.В. Верзакова // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - №1. - С. 76-82.
4. Fu, C.Y. The effects of repeat laparoscopic surgery on the treatment of complications resulting from laparoscopic surgery [Text] / C.Y. Fu, C.H. Hsieh, C.H. Shih // Am. Surg. - 2012. - Vol. 78, #9. - P. 926-932.
5. Страхов, А.В. Сравнительная оценка ближайших исходов холецистэктомии при мининвазивных вмешательствах по поводу хронического калькулезного холецистита [Текст] / А.В. Страхов, В.П. Градусов, С.А. Теремов // Хирургия. - 2016. - №2. - 10 с.
6. Мусаев, А.И. Профилактика гнойно-воспалительных осложнений после холецистэктомии: методические рекомендации [Текст] / А.И. Мусаев, Д.В. Вишняков, Т.К. Керималиев // Бишкек. - 2004. - 9 с.
7. Миронюк, Н.В. Дифференцированный подход к хирургическому лечению желчнокаменной болезни [Текст] / Н.В. Миронюк, Т.Ф. Коваленко, С.К. Вервейн // Вестник хирургии Казахстана. - 2012. - №1. - 68 с.
8. Минилапаротомия при хирургическом лечении желчнокаменной болезни [Текст] / И. Трачумс, М. Михелсонс, А. Паварс и др. // Хирургия. - 2006. - №11. - С. 33-34.
9. Прудков, М.И. Лечение острого холецистита с использованием нового комплекса инструментов при операции из минидоступа [Текст] / М.И. Прудков, Е.Ф. Нишкovich, А.Ю. Кармыкин // Эндоскопическая хирургия. - 1998. - №1. - С. 42-43.
10. Омор, Р.А. Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии [Текст] / Р.А. Омор, Б.А. Авасов, Р.К. Бейшеналиев // Бишкек: ОсОО «М Maxima». - 2009. - 227 с.
11. Мамакеев, М.М. Национальная программа развития и совершенствования хирургической службы Кыргызской Республики за период 2004-2010 гг. [Текст] / М.М. Мамакеев, Д.Т. Бектуров, А.А. Соппуев // Медицина Кыргызстана. - 2004. - №1. - С. 6-12.
12. Калиш, Ю.И. Принципы использования лазеров в профилактике ранних послеоперационных осложнений [Текст] / Ю.И. Калиш, Р.А. Садыков, К.И. Макаров // Хирургия рубежа XX и XXI века: Материалы III конгресса хирургов Кыргызской Республики. Бишкек. - 2000. - С. 109-111.
13. Bruce, D. Minimal acces surgery for cholelithiasis induced an attenuated acute phase response [Text] / D. Bruce, M. Smith, C.B. Walver // Am. J. Surg. - 2009. - Vol. 178, #3. - P. 232-234.

СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

К.И. Ниязбеков, М.Н. Макеева

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

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

Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии

г. Бишкек Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты оперативного лечения 54 больных с желчнокаменной болезнью и сочетание с заболеваниями щитовидной железы. Из 54 больных женщин было 51 (94,5%) мужчин 3 (5,5%). Возраст их колебался от 20 до 70 лет. Всем больным выполнена одновременные хирургические вмешательства (холецистэктомия + резекция щитовидной железы). Доказана эффективность симультанных операций при данных заболеваниях.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, узловой зоб, симультанные операции.

КАЛКАН БЕЗИНИН ООРУЛАРЫНА ЖАНА ӨТТҮН ТАШ ООРУЛАРЫНА СИМУЛЬТАНТТУУ ОПЕРАЦИЯЛАРДЫ ЖАСОО

К.И. Ниязбеков, М.Н. Макеева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

(Ректор – м.и.д., профессор И.О. Кудайбергенова)

Комбустиология курсу бар жалпы практикадагы хирургия кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Калкан безинин оорулары менен айкалышкан өттүн таш ооруларынан жабыркаган 54 бейтапка жасалган операциялык дарылоонун жыйынтыктары берилди. 54 бейтаптын ичинен 51и аял (94,5%) 3өө эркек (5,5%). Алардын жаш курагы 20 жаштан 70 жашка чейин. Бардык бейтаптарга бир мезгилдүү хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлдү (холецистэктомия + калкан безин резекциялоо). Бул ооруларга симультанттык операциялардын натыйжалуу экендиги далилденди.

Негизги сөздөр: өттүн таш оорусу, түйүндүү зоб, симультанттык операциялар.

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN DISEASES OF THE THYROID GLAND AND GALLSTONE DISEASE

K.I. Niyazbekov, M.N. Makeeva

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

(Principal – Professor I.O. Kudaiberghenova, MD)

General Surgery Department with Combustiology Course

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract: Results of surgical treatment of 54 patients with cholelithiasis associated with thyroid gland disease are presented. Among 54 diseased there are 51 (94,5%) are women and 3 (5,5%) are men. Age ranges from 20 to 70 years of age. All patients had simultaneous surgical treatment (cholecystectomy + thyroid resection). The efficiency of simultaneous surgeries at these diseases has been proved.

Keywords: cholelithiasis, thyroid nodule, simultaneous surgeries.

Введение: Отмеченное за последнее десятилетие увеличение числа лиц, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), наряду с отчетливой тенденцией возрастания доли больных, имеющих по 2-3 хирургических заболевания, совершенствование хирургической техники, техники анестезиологического пособия и реанимации, сделали возможным выполнение у этой категории пациентов 2-3 операции во время одного хирургического вмешательства [1,2].

Кроме того, появление новых хирургических технологий, значительно уменьшающих продолжительность операции и ее травматичность, в свою очередь способствовало увеличению числа симультанных вмешательств [5,6].

В настоящее время многие хирурги высказываются о необходимости сочетанных оперативных вмешательств на щитовидной железе и желчном пузыре при ЖКБ, так как последняя может быть причиной возникновения различных осложнений

в послеоперационном периоде и тогда оперативное лечение более сложное и частота послеоперационных осложнений более велика [12,14].

По данным Thompson, в 70% случаев, отказ от операции по поводу желчнокаменной болезни, ведет к развитию осложнений в послеоперационном периоде в виде острого холецистита, обтурационной желтухи, холангита и др. [9,10].

Цель работы: Представить эффективность симультанных операций при желчнокаменной болезни и заболеваниях щитовидной железы.

Материал и методики исследования

На нашем материале у 54 больных выявлено сочетание ЖКБ и зоба и им произведены симультанные операции на желчном пузыре и щитовидной железе. В основном в этой группе преобладали женщины-51, мужчин было 3. Основную часть представляли пациенты от 30 до 50 лет (33 пациента – 61,1) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту (n-54)

Пол	Всего		из них в возрасте					
	абс. ч	%	до 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70
Женский	51	94,5	2	9	11	19	8	2
Мужской	3	5,5			1	2		
Всего	абс. ч	54	2	9	12	21	8	2
	%		3,7	16,7	22,2	38,9	14,8	3,7

Основную группу составили больные с узловой формой зоба и лишь у двух больных был тиреотоксический зоб (табл. 2).

Таблица 2

Распределение больных по форме зоба в зависимости от зоба

Пол	Формы зоба:		
	узловой зоб	смешанный зоб	токсический зоб
Женщины n-51	43	6	2
Мужчины n-3	2	1	
Итого 54	45 (83,3%)	7 (13,0%)	2 (3,7%)

В диагностике данных патологий мы уделяли большое значение сбору анамнеза, с целенаправленным выяснением особенностей развития и течения болезни, наличию вредных привычек самого больного, наследственной предрасположенности.

При ознакомлении с анамнезом мы выясняли первые признаки проявления заболевания, характер предшествующего лечения и его эффективность.

Обследование щитовидной железы начинали с пальпации, по которой судили о степени увеличения железы, определяли консистенцию, ее подвижность, определяли ЧСС, так как по этим данным косвенно можно выявить тиреотоксикоз. Обязательно определялся уровень гормонов щитовидной железы (Т3, Т4, ТТГ, антитела к ТПО). В целях дооперационной диагностики у наблюдаемых больных применялось ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы с доплерографией. По мере необходимости применяли КТ и МРТ щитовидной железы. При подозрении на злокачественный или аутоиммунный

процесс выполняли до операции биопсию с последующим исследованием на атипичные и аутоиммунные клетки.

При обследовании желчного пузыря помимо общеклинических мы обязательно определяли печеночные тесты, осадочные пробы, широко использовали УЗИ, которое в большинстве случаев давало четкую картину для постановки диагноза (калькулезный холецистит, склероз желчного пузыря, холедохолитиаз). По мере необходимости, при трудностях постановки диагноза мы применяли КТ и МРТ.

Что касается предоперационной подготовки, то по поводу ЖКБ особой предоперационной подготовки не требовалось, лишь при необходимости проводили регидратационную терапию. В отдельных случаях проводили спазмолитическую терапию по общепринятым схемам.

Более тщательно к операции готовили больных с акцентом на состояние щитовидной железы. У 2х пациентов с диффузным токсическим зобом и у одного больного со смешанным зобом в анализах отмечалось значительное повышение уровня тиреотропного гормона. Эти пациенты в те-

чение 2-3 месяцев получали лечение под наблюдением эндокринолога и после того как добивались эутиреоидного состояния, госпитализировали в хирургическое отделение.

Можно отметить, что среди поступивших больных преобладали пациенты с тиреотоксикозом средней степени тяжести, они кроме йодтерапии получали консервативное лечение в отделении эндокринологии. После купирования тиреотоксикоза, они были подготовлены к операции и переведены в хирургическое отделение.

Показанием для выполнения операции по поводу ЖКБ служили постоянные тупые боли в правом подреберье.

Предоперационная подготовка при хирургическом лечении диффузно-токсического зоба приобретает очень важное значение. Опасно оперировать недостаточно подготовленных больных с

этой формой зоба. Правильно и систематизированно проведенная подготовка больного к операции резко уменьшает интраоперационные и послеоперационные осложнения, а также послеоперационную летальность. Особое значение приобретает комплексная предоперационная подготовка тиреостатиками, В-адреноблокаторами с обязательным включением йодистых препаратов. Целью такой предоперационной подготовки больных диффузно-токсическим зобом является купирование клинических проявлений тиреотоксикоза, нормализация лабораторных показателей уровня тиреоидных гормонов в крови, а также достижения иммунологической ремиссии заболевания.

При исследовании гормонов щитовидной железы после проведенной подготовки были получены результаты, которые даны в таблице 3.

Таблица 3

Показатели гормонов щитовидной железы у больных зобом в сочетании с ЖКБ

Показатели	M±m
T ₃ , мм/л	1,86±0,14
T ₄ , нмоль/л	69,0±4,4
ТТГ, мМЕ/л	2,54±0,32

В результате выполненной предоперационной подготовки у большинства больных показатели уровня гормонов не превышали нормальных величин, лишь у 3 больных имело место отклонение от нормы, но они были ниже, чем до проведения предоперационной подготовки.

При анализе симультанных операций у пациентов с заболеваниями щитовидной железы возникает чрезвычайно важный вопрос – с чего начинать оперативное вмешательство. Мы считаем, что целесообразнее всего начинать с операции на щитовидной железе, а при тяжелых токсических формах лучше выполнять операции последовательно, так как при этих формах возможны осложнения не только в момент операции, но и в ближайшие часы после операции.

Сведения о сочетанных вмешательствах на щитовидной железе и других органах в литературе практически отсутствуют за исключением одномоментных тиреоид- и адреналэктомий, выполненных некоторыми хирургами при синдроме Сиппла. Щитовидная железа участвует во всех видах обмена и является важным звеном нейроэндокринной регуляции, поэтому и подход к выбору лечения должен быть строго индивидуальными с учетом возникновения осложнений на всех этапах лечения.

Нами 45 больным произведены операции на щитовидной железе в сочетании с холецистэктомией. У 11 больных произведена субтотальная субфасциальная резекция обеих долей железы. Это пациенты с диффузотоксическим, смешанным зобом, и та категория больных, у которых узлы располагались в обеих долях щитовидной железы. У 8 пациентов произведена гемиструмэктомия. Несмотря на то, что до операции этим больным проводилось пункционное гистологическое исследование, интраоперационно находили плотную, инфильтрированную ткань щитовидной железы и с онкологической точки зрения им выполнена гемиструмэктомия с последующим гистологическим исследованием удаленного органа. У 4 больных произведена энуклеация узла щитовидной железы, остальным 32 – субтотальная резекция доли щитовидной железы.

Операции на щитовидной железе проводились с особой аккуратностью, старались предельно уменьшить кровопотерю, с целью предотвращения всасывания гормонов щитовидной железы в кровотоки из раздавленных тканей, регулярно ложе железы промывалось из шприца 0,5% раствором новокаина.

После операции на щитовидной железе, если позволяло состояние оперируемого, при прием-

лемых гемодинамических показателях, приступали к симультанному этапу операции- холецистэктомии.

Всем 45 пациентам произведена холецистэктомия из минилапаротомного доступа (5-6 см) в правом подреберье по Федорову. У 3 пациентов интраоперационно обнаружен острый калькулезный холецистит. У 4 больных произведена мукоклазия по Прибраму, у них интраоперационно выявлен склероз желчного пузыря, 4 пациентам, у которых до операции диагностирован холедохолитиаз, холецистэктомия дополнялась холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха по А.В. Вишневному.

Все оперативные вмешательства проводились под эндотрахеальным наркозом, так как считаем, что данный вид наркоза является более оптимальным для поддержания гемодинамики во время операции.

В послеоперационном ведении больных применялся индивидуальный комплексный подход. Всем больным назначалась антибиотикотерапия. Препаратом выбора был цефтриаксон, при травматичности оперативного вмешательства добавляли метронидазол в общепринятых дозировках. Производилась коррекция водно-солевого обмена, путем введения солевых и осмотических препаратов. Особое внимание уделяли гемодинамическим показателям (ЧСС, АД). При необходимости повторно после операции брали анализ на гормоны щитовидной железы, а при их повышении и всем пациентам с диффузно-токсическим и смешанным зобом в раннем послеоперационном периоде назначали мерказолин с анаприленом. Так же этим пациентам назначали регидратационную терапию с форсированным диурезом, для снижения уровня гормонов щитовидной железы в крови.

В раннем послеоперационном периоде инфильтрат послеоперационной раны после операции на щитовидной железе выявлен у 3 пациентов. Этим больным, помимо перевязки послеоперационной раны, назначалось УВЧ раны, после чего инфильтрат рассасывался. У 2 больных возникло кровотечение из послеоперационной раны, им произведено ушивание кровоточащего сосуда подкожно-жировой клетчатки. У одного рана в правом подреберье после холецистэктомии нагноилась, заживление шло вторичным натяжением. Других осложнений со стороны брюшной полости не было. Не отмечено и нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта. Газы отходили на 2-3 сутки, а стул был на 3-4 сутки.

Следовательно, из 54 оперированных по поводу сочетания зоба и ЖКБ осложнения имели место

у 6 больных, что составило 11,1%. Все осложнения к моменту выписки были излечены, летальных исходов не было.

Выводы:

1. Одномоментные операции на желчном пузыре и щитовидной железе избавляют пациента от повторных операций, незначительно увеличивают сроки пребывания больного в стационаре. Экономически целесообразны.
2. Одномоментные операции на желчном пузыре и щитовидной железе нужно проводить после тщательного предоперационного обследования пациента, при наличии тяжелой сопутствующей патологии нужно проводить последовательные операции.

Литература

1. Верткина, Н.В. Клинико-экономические аспекты симультанных операций у больных пожилого и старческого возраста / Н.В. Верткина, Ф.Ф. Хамитов // Клиническая геронтология. - 2008. - №4. - С. 5-10.
2. Гайдарова, А.Х. Сочетанные операции в гинекологии: дис... доктора мед. наук: 14.00.01 / А.Х. Гайдарова. - М., 2003. - 357
3. Геворкян, К.С. Сочетанные операции у гинекологических больных с варикозным расширением вен нижних конечностей: дис... канд. мед. наук: 14.00.01; 14.00.27 / Геворкян Карине Симоновна. - М., 2003. - 114 с.
4. Дедков, И.П. Опыт применения комбинированных оперативных вмешательств при раке прямой кишки / И.П. Дедков, М.А. Зыбина, Н.Г. Кононенко // Клиническая хирургия. - 1976. - №2. - С. 43-46.
5. Деенчин, П. Одномоментное проведение нескольких операций / П. Деенчин // Хирургия. - 1975. - №7. - С. 44-48.
6. Запорожцев, Д.А. Лапароскопические операции в гинекологии / Д.А. Запорожцев // Малоинвазивная медицина / Под ред. А.С. Бронштейна. - М.: МНПН, 1998. - С. 160-173.
7. Иванов, В.В. Одномоментные лапароскопические оперативные вмешательства при сочетанных заболеваниях органов брюшной полости и малого таза у пациентов с ожирением / В.В. Иванов, К.В. Пучков // Вестник национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. - 2011. - №4. - С. 65-69.
8. Колыгин, А.В. Оценка эффективности и определение факторов риска сочетанных операций: дис... канд. мед. наук: 14.01.17 / Колыгин Алексей Вадимович. - М., 2012. - 122 с.
9. Перельман, М.И. Сочетанные операции на легких и других органах / М.И. Перельман // Анналы хирургии. - 1996. - №1. - С. 28-31.
10. Тоскин, К.Д. Симультанные операции, название и определение / К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский, А.А. Земляникин // Вестник хирургии. - 1991. - №5. - С. 3-9.

11. Одномоментные операции. Терминология (обзор литературы и собственное предложение) / [А.В. Федоров, А.Г. Кригер, А.В. Колыгин, и др.] // Хирургия. - 2011. - №7. - С. 72-76.
12. Хнох, Л.И. Симультаные операции в брюшной полости / Л.И. Хнох, И.Х. Фельтшинер // Хирургия. - 1976. - №4. - С. 75-79.
13. Combined cholecystectomy and radical genitourinary cancer surgery / [B.J. DeBrock, B.E. Davis, M.J. Noble et al.] // Urology. - 1993. - Vol. 41, №2. - P. 103-106.
14. Combined abdominal hysterectomy, cholecystectomy and appendicectomy: a study of 25 cases in Abbottabad / [S. Griffin, N. Abbassi, Z. Parveen et al.] // J. Ayub. Med. Coll. Abbottabad. - 2006. - V. 18. - №2. - P. 57-59.

**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В СНИЖЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
ПОСЛЕ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев, Р.К. Кубатбеков

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии им. акад. Рыскуловой К.Р.
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе приведены данные сравнения использования мер по снижению болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии с использованием традиционных медикаментозных средств и усовершенствованного нашего метода. У 79 больных после лапароскопической холецистэктомии применены обезболивающие средства внутримышечно, а у 68 больных применен усовершенствованный метод. Сравнение показало более высокую эффективность при использовании усовершенствованного метода.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, постлапароскопический болевой синдром.

**ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН КИЙИНКИ
ООРУ СИНДРОМУН ТӨМӨНДӨТҮҮҮҮЧҮН КОМПЛЕКСТҮҮ МАМИЛЕ**

Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев, Р.К. Кубатбеков

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Акад. Рыскулова К.Р. атындагы факультеттик хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште келтирилген маалыматтар салттуу дары-дармектер менен биздин жакшыртылган ыкма менен жасалган лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдромун басаңдатуу боюнча чаралардын салыштыруусу берилген. Лапароскопиялык холецистэктомиядан кийин 79 бейтапка анестетик дары-дармектери колдонулган, 68 оорулуга биздин жакшыртылган ыкма колдонулду. Салыштыруунун негизинде жакшыртылган ыкманын пайдалануусу жогорку натыйжалуулугун көрсөттү.

Негизги сөздөр: өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу, лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы, лапароскопиялык холецистэктомиядан кийинки оору синдрому.

**COMPLEX APPROACH IN REDUCING THE PAIN SYNDROME AFTER
VIDEOLAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY**

R.A. Omorov, A.U. Aitikeev, R.K. Kubatbekov

The Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Chair of faculty surgery named after acad. Ryskulova K.R.
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The work presents data comparing the use of measures to reduce pain after laparoscopic cholecystectomy using traditional medicines and our improved method. In 79 patients after laparoscopic cholecystectomy, analgesics were used intramuscularly, and in 68 patients, an improved method was applied. The comparison showed a higher efficiency when using an improved method.

Keywords: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, post laparoscopic pain syndrome.

Введение. Золотым стандартом в лечении желчекаменной болезни (ЖКБ) является, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). Лечение ЖКБ насчитывает немногим более 100 лет. Ежегодно в мире выполняется около полутора миллионов холецистэктомий (ХЭ), причем в США – 600-700 тыс в год, в России – 200-300 тыс. [1]. На сегодняшний день лапароскопическая холецистэктомия во всем мире выполняется примерно у 80-90% пациентов. Она имеет значительные преимущества перед открытой холецистэктомией,

проявляющееся уменьшением числа осложнений и ранним восстановлением пациентов. Сложилось представление, что ЛХЭ не только безопасна, но и безболезненна в послеоперационном периоде. Боль после лапароскопических операций пространственно распределена и настолько уникальна, что часто упоминается как «постлапароскопический болевой синдром» [2,3].

В литературных данных исследователи отмечают необходимость применения обезболивающих средств на протяжении 3-5 дней, так как у больных

боли имеют место не только в области троакарных ран, но и боли в правом подреберье с иррадиацией в плечо и руку. Идут поиски мер, которые бы снизили выраженность болевого синдрома. Боль препятствует активизации в полном объеме и увеличивает сроки пребывания в стационаре. Клинические наблюдения показывают, что именно болевой синдром вкупе с тошнотой и рвотой является одной из наиболее распространенных жалоб пациентов в первые сутки после ЛХЭ [4, 5].

Целью исследования является обоснование применения усовершенствованного подхода в снижении болевого синдрома после лапароскопической холецистэктомии.

Материалы и методы

В данной работе представлен анализ лапароскопического лечения ЖКБ в период с сентября по декабрь (включительно) 2017 гг. В программу были включены 147 пациентов, поступивших в плановом и экстренном порядке с диагнозом хронический и острый калькулёзный холецистит. Возраст пациентов колебался от 21 до 78 лет, женщин – 108 (73,5%), мужчин – 39 (26,5%). Больные разделены на 2 группы: группа А (79 чел) и группа Б (68 человек), в группе А после ЛХЭ применялись медикаментозные средства: морфин, кетонал, кетопрофен и ксефокам внутримышечно, а в группе Б исполь-

зовался усовершенствованный метод по уменьшению боли после ЛХЭ, который заключался в следующем:

- использовался лидокаин 1% – 40 мл или 0,5%-80 мл в троакарные раны после выполнения операции инфильтративно, в ложе желчного пузыря и в правый купол диафрагмы в виде орошения.
- удаление остаточного газа (СО₂) из брюшной полости электроотсосом.
- применение нестероидные противовоспалительные средства (кетонал, кетопрофен, ксефокам и т.п.) в послеоперационном периоде и отказ от наркотических анальгетиков.

В программу не были включены пациенты с осложнениями ЖКБ (холедохолитиаз, холангит, синдром Мириizzi, стриктура сфинктера Одди), и тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации.

Всем пациентам выполнена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по общепринятой методике под эндотрахеальным наркозом, использовали 3 порта (2-10 мм и 1-5 мм) или 4 порта (2-10 мм и 2-5 мм).

Для выявления интенсивности болевого синдрома через 2, 4, 16, 24, 48, 72 часа после операции использовали показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) (табл. 1) [6], которой пользуются анестезиологи и реаниматологи.

Таблица 1

Показатели ВАШ

0	1	2	3	4	5
Отсутствует боль	Легкая боль	Средняя боль	Выраженная боль	Сильная боль	Невыносимая боль
0	1-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%

Результаты и обсуждение

Применение у 68 пациентов группы «Б» с ЖКБ мер по комплексному подходу в снижении болевого синдрома при ЛХЭ позволило снизить болевой синдром на 1,5 раза по интенсивности по сравнению с группой «А» и на 8-12 часов по продолжительности.

В группе «А» больным в послеоперационном периоде однократно проводилась анестезия наркотическим анальгетиком, что увеличивало время нахождения больного в реанимации и отдаляло время активизации больного на 2-4 часа. ВАШ у группы «А» в первые сутки находился в районе 3-4 (у 64 чел. – 81%), и держался до конца 2 суток, тогда как у группы «Б» ВАШ был в районе 1-2 (у 62 чел. – 91%) и продолжался только первые сутки, далее рекомендовали обезболивание по мере появления боли и обязательно перед сном.

Локализация боли тоже отличалась у двух групп: у группы «А» (рис. 1) боли локализовались в плече, в правом подреберье (в области дренажной трубки) и в области троакарных ран, тогда как у группы «Б» (рис. 2) боли локализовались лишь в области эпигастрия – троакарной раны из которой извлекался желчный пузырь. Это объясняется тем, что боль возникает в тех местах под воздействием ряда факторов:

- травматизация и перерастяжение мышц передней брюшной стенки [6] (предпочтение 1 портового и 3 портовых манипуляций)
- воздействие на правый купол диафрагмы (при наполнении брюшной полости газом)
- оставление дренажа всем больным без разбора.
- поздняя активизация и удаление остатков газа.

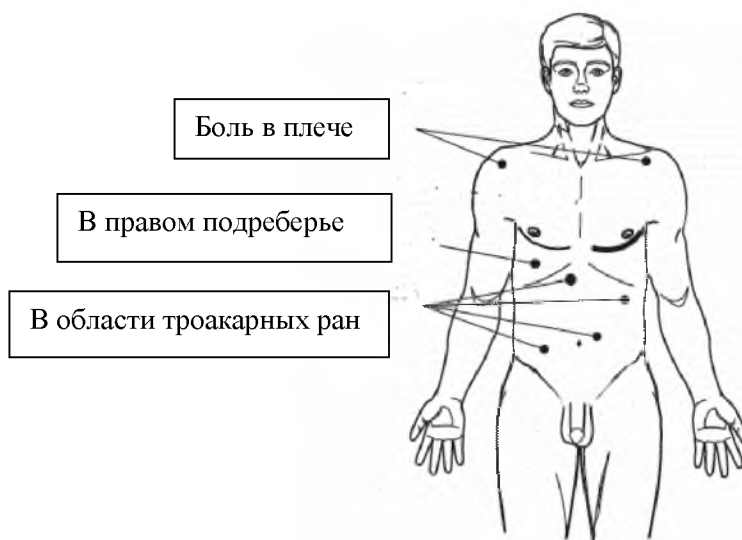


Рис. 1. Локализация болей у больных группы «А».

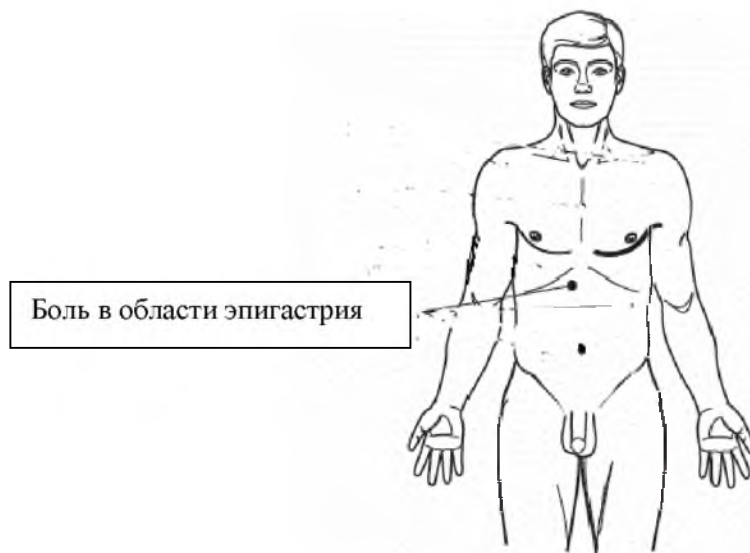


Рис. 2. Локализация болей у больных группы «Б».

При анализе болевого синдрома в группе "Б" было установлено, что после применения инфильтрации зон троакарных ран, ложа желчного пузыря и купола диафрагмы раствором лидокаина в первые сутки не требовалось применение наркотических анальгетиков, а в последующие дни нестероидные противовоспалительные средства в количестве 2-3 раза в 1 и 2 сутки.

Выводы:

1. После ЛХЭ возникновение болевого синдрома имеет немаловажное значение в оценке состояния больного и требует применения обезболивающих средств.
2. Использование раствора Лидокаина для обезболивания брюшной полости и троакарных ран снижает интенсивность болевого синдрома в 1,5 раза и продолжительность на 6-12 часов.
3. Предложенная методика проста по выполнению и не требует повышения материальных затрат и должна найти применение при ЛХЭ.

Литература

1. Ильченко, А.А. Болезни желчного пузыря и желчных путей: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. / А.А. Ильченко. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. - 880 с.
2. Riedel, H.H. Das postpelviskopische-(laparoskopische) Schmerzsyndrom [The postlaparoscopic pain syndrome]. / H.H. Riedel, K. Semm//, Geburtsh Frauenheilk - 1980; vol.40.- P. 635-643.
3. Pier, A. Das postlaparoskopische Schmerzsyndrom. Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten Studie / [A Pier, M Benedic, B Mann et al.]// Chirurg. - 1994; vol. 65. - P. 200-208.

4. Hashemi, S. *Paravertebral block using bupivacaine with/without fentanyl on postoperative pain after laparoscopic cholecystectomy: A double blind, randomized, control trial*, / S.Hashemi, S.Heydari, S. Hashemi // *Adv. Biomed Res.* 2014. - vol. 4. №3. - P. 187-188.
5. Hwang, B.Y. *Oxycodone vs. fentanyl patient-controlled analgesia after laparoscopic cholecystectomy* / [B.Y. Hwang, J.Y. Kwon, E. Kim et al.] // *Int. J. Med. Sci.* - 2014. - vol. BP, №7. - P. 658-662.
6. Michaloliakou, C. *Preoperative multimodal analgesia facilitates recovery after ambulatory laparoscopic cholecystectomy*. / C. Michaloliakou, F. Chung, S. Sharma // *Anesth Analg.* - 1996. - Vol. 82. - P. 44-51.

**ХИРУРГИЧЕСКИЙ СЕПСИС.
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ, КЛИНИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**
Обзор литературы

К.С. Сыдыгалиев², А.Т. Тойгонбаев², Б.А. Ибраимов¹, М.Б. Чапыев¹, А.А. Самаков¹,
М.М. Бигишиев¹, Н. Ломанов², Д. Келгенбаев²

¹ Национальный хирургический центр МЗ КР

² Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В данном литературном обзоре рассмотрены вопросы определения, этиологии, патогенеза, клиники и лечения сепсиса. Представлены литературные данные авторов ближнего и дальнего зарубежья.

Ключевые слова: сепсис, антибактериальная терапия, хирургическое лечение.

**ХИРУРГИЯЛЫК СЕПСИС.
АЗЫРКЫ АБАЛЫ, КӨЙГӨЙҮ КЛИНИКАЛЫК АНЫКТООСУ ЖАНА ДАРЫЛООСУ**
К.С. Сыдыгалиев², А.Т. Тойгонбаев², Б.А. Ибраимов¹, М.Б. Чапыев¹, А.А. Самаков¹,
М.М. Бигишиев¹, Н. Ломанов², Д. Келгенбаев²

¹ Улуттук хирургия борбору МЗ КР

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул адабияттык жыйынтыкта сепсистин этиологиясы, патогенези, клиникасы жана дарылоосунун суроолору каралган. Жакынкы жана алыскы өлкөлөрдүн адабият жыйынтыктары каралган.

Негизги сөздөр: сепсис, антибактериалдык дарылоо, хирургиялык дарылоо.

**SURGICAL SEPSIS.
CURRENT STATE OF PROBLEM, CLINICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT**
Literature review

K.S. Sydygaliev¹, A.T. Toigonbaev², B.A. Ibraimov¹, M.B. Chapyev¹,
A.A. Samakov¹, M.M. Bigishiev¹, N. Lomanov², D. Kelgenbaev²

¹ National Surgical Center of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

² I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. In this literature, review questions of definition, etiology, pathogenesis, clinic and treatment of sepsis are considered. The literature data of the authors of near and far abroad are presented.

Key words: sepsis, antibacterial therapy, surgical treatment.

Несмотря на достижения современной медицины в борьбе с гнойно-воспалительными заболеваниями, сепсис остается одной из наиболее сложных проблем. На протяжении последних лет отмечается увеличение показателей смертности у больных хирургического профиля с тяжелыми формами инфекционных осложнений [5].

Ежегодно сепсис поражает огромное количество людей. Сепсис самая частая причина смерти у пациентов в лечебных учреждениях. Несмотря на использование мощных антибиотиков, а также современных технологий и интенсивной терапии. Увеличение частоты случаев является следствием следующих причин: 1) снижение чувствительности бактериальных возбудителей к воздействию

антибиотиков; 2) широкое применение инвазивных медицинских технологий (длительная катетеризация вен, ИВЛ) и обширных хирургических вмешательств; 3) широкое применение в медицинской практике лекарственных препаратов с иммунодепрессивным действием на организм.

Согласно результатам большого европейского исследования SOAP, охватившего 3147 пациентов из 198 европейских центров, сепсис развивался в 37,4% случаев, а госпитальная летальность от него колебалась от 14% случаев в Швейцарии до 41% в Португалии, в среднем составив 24,1%. Проанализировав результаты 12 881 больного тяжелым сепсисом в 37 странах в ходе исследования PROGRESS, R. Beale и соавт. отмечают, что госпитальная летальность в среднем составила

49,6% [14,15]. По данным L.J. Moore и соавт., 30-дневная летальность у пациентов с сепсисом составила 5,4%, а у пациентов с септическим шоком – 33,7%, причем отмечается более высокая распространенность септического шока как осложнения, развившегося в периоперационном периоде [16].

В США тяжелый сепсис занимает одно из ведущих мест в структуре причин летальных исходов у больных в критическом состоянии, а заболеваемость сепсисом составляет около 300 случаев на 10 тыс. человек, более чем у 750 тыс. человек ежегодно. Затраты на лечение сепсиса составляют почти 17 млрд. долл. США в год [17].

По данным Японской ассоциации JAAMSR, 28-дневная летальность среди больных сепсисом составила 23,1%, а общая госпитальная летальность – 29,5%. В Новой Зеландии и Австралии летальность при тяжелом сепсисе за 12 лет снизилась с 35 до 18,4%. Таким образом, считается, что летальность при сепсисе в среднем составляет около 30%, а при септическом шоке доходит до 50%, и ее снижение является одной из важнейших задач современной медицины [18].

Возбудителями сепсиса могут быть почти все существующие патогенные и условно патогенные бактерии, грибы, простейшие и вирусы. На сегодняшний день в большинстве хирургических клиник частота грамположительного и грамотрицательного сепсиса оказалась приблизительно равной. Это произошло в результате активизации деятельности таких бактерий, как *Streptococcus* spp., *Staphylococcus* spp. и *Enterococcus* spp. Увеличение числа выполняемых больших хирургических вмешательств и рост количества лиц со сниженной антиинфекционной защитой увеличили долю инфекций, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, в особенности *S.epidermitis*. Среди стафилококков, вызывающих сепсис, наблюдается неуклонный рост метициллинорезистентных штаммов [8].

По литературным данным известно, что, в патогенезе сепсиса лежат следующие системные поражения, которые при сепсисе связаны с неконтролируемым распространением из первичного очага инфекционного воспаления провоспалительных медиаторов эндогенного происхождения, с последующей активацией под их влиянием макрофагов, нейтрофилов, лимфоцитов, с повреждением эндотелия и снижением органной перфузии и доставки кислорода. Выше перечисленное приводит к генерализации воспалительного процесса. Что введет к нарушению проницаемости и функции эндотелия капилляров, запуску

ДВС синдрома, и развитию полиорганной недостаточности [6].

Следует подчеркнуть, что более чем в 60% случаев ДВС-синдром связан с сепсисом, вызываемым главным образом грамм-отрицательной флорой. В циркулирующей крови в результате ДВС-синдрома снижается содержание тромбоцитов, накапливаются продукты протеолиза, которые оказывают антикоагулирующее и токсическое действие, усиливается процесс фибринолиза. Развивается тяжелый геморрагический синдром данного сложного патологического процесса [2].

На сегодняшний день сепсис принято разделяют по степени тяжести, а также по локализации входных ворот инфекции.

По степени тяжести:

- тяжелый сепсис – это системный ответ организма на воспаление с нарушением функции всех органов или гипотензией менее 90 мм рт. ст.; соответствует тяжелому состоянию больного;
- септический шок – сепсис с гипотензией, сохраняющейся, несмотря на адекватную коррекцию гиповолемии; соответствует состоянию крайней тяжести.

По локализации входных ворот инфекции: гинекологический, урологический, хирургический, одонтогенный, тонзиллярный, раневой и т.д. [1].

Диагностика сепсиса. Диагноз «сепсис» подразумевает наличие синдрома системной реакции на воспаление – ССРВ (англ. SIRS – systemic inflammatory response syndrome) и инфекционного агента (бактериального, вирусного или грибкового), вызвавшего ССРВ [1].

ССРВ диагностируется при наличии двух или более из следующих 4 признаков:

- а) температура – более 38° или менее 36°С;
- б) тахикардия – более 90 ударов в минуту;
- в) частота дыхания – более 20 в минуту;
- г) количество лейкоцитов крови – более 12-109/л или менее 4-109/л, палочкоядерных форм – более 10% [1].

Ранняя диагностика и своевременное лечение повышает выживаемость пациентов с сепсисом. Крайне важно в течении первых часов после установки диагноза начать специфическую антибактериальную терапию, тем самым значительно улучшить результаты лечения. При осмотре пациента необходимо оценивать температуру тела, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания, артериальное давление [4].

Для определения местоположения инфекционного очага применяют различные методы визуа-

лизации. Большинству пациентов показана рентгенография грудной клетки. При локализации очагов инфекции в грудной, брюшной или тазовой полости их можно диагностировать с помощью компьютерной томографии или МРТ [3].

В лечении сепсиса антибиотики являются важнейшим компонентом комплексной интенсивной терапии. Ранняя адекватная эмпирическая антибактериальная терапия приводит к снижению летальности и частоты осложнений. Антибактериальную терапию у пациентов с сепсисом проводят до достижения стойкой положительной динамики и исчезновения основных признаков инфекции. Данный вопрос решают индивидуально на основании комплексной оценки состояния пациента. Кроме того при инфекциях вызванных *S. Aureus*, рекомендуют длительные курсы антибактериальной терапии до 2-3 недель [7].

Препаратами выбора при сепсисе являются карбапенемы (имипинем, меропенем), что связано с их ультрашироким спектром действия, низким уровнем приобретенной резистентности и возможностью использования у больных с полиорганной недостаточностью. Меропенем назначается болюсно внутривенно с интервалом 8 часов, имипинем вводится только в виде инфузий в течение 60 минут, каждые 8 часов. Суточная доза меропенема составляет 3,0 гр., имипинема 4,0 гр. При наличии анаэробного компонента инфекции целесообразно комбинация цефалоспоринов IV поколения (цефепим) с метронидазолом. Цефепим с метронидазолом обладают высокой антибактериальной активностью, широким спектром действия. Цефепим вводится внутривенно в дозе 2 грамма, каждые 2 часа, а метронидазол 100 мл каждые 8 часов [10].

Развитие синдрома полиорганной недостаточности при сепсисе, как правило сопровождается проявлениями гиперметаболизма. В этой ситуации обеспечение энергетических потребностей происходит за счет деструкции собственных белков, что усугубляет органную дисфункцию и усиливает эндотоксикоз. Поэтому проведение искусственной нутритивной поддержки – очень важный компонент лечения. С целью профилактики стресс-язв необходимо применять блокаторов H_2 рецепторов гистамина и ингибиторов протонной помпы. Также при тяжелом сепсисе при развитии почечной недостаточности требуется проведение гемодиализа [12].

Нередко в патологический процесс при сепсисе вовлекаются легкие, что может привести к острой дыхательной недостаточности. Показанием к проведению искусственной вентиляции

легких является развитие паренхиматозной дыхательной недостаточности [13].

Важнейший аспект лечения сепсиса это санация первичного и вторичного гнойных очагов по принципам активного хирургического лечения с удалением всех нежизнеспособных тканей, с адекватным дренированием раны [9].

Хирургическое лечение при сепсисе включает в себя комплекс мероприятий направленных на максимальное сокращение сроков течения всех фаз раневого процесса. Проводится широкое рассечение и вскрытие гнойного очага с иссечением всех нежизнеспособных пропитанных гноем мягких тканей, в пределах здоровой ткани. Хирургическая обработка при любом гнойном заболевании должна быть радикальной и по возможности выполняться в один этап. При анаэробной неклостридиальной инфекции осложненной флегмоной – из-за тяжести состояния больного, характера и локализации поражения добиться радикальной хирургической обработки в ходе одной операции невозможно. В данном случае требуется выполнение повторных хирургических работ. При этом операция приобретает многоэтапный характер. На каждом этапе необходимо стремиться к радикальности обработки до полного очищения раны [11].

Заключение

Сепсис – это полиэтиологическое заболевание и ответная реакция организма на воздействие различных раздражителей. Клиническая картина и реактивность организма характеризуется от действия инфекционного агента и вызывает синдром системной реакции на воспаление. Своевременная комплексная диагностика и хирургическое лечение и комплексная терапия дает определенные успехи.

Литература

1. Абелевич, А.И. Хирургический сепсис: современное состояние проблемы / А.И. Абелевич // Неотложные состояния в травматологии и хирургии - 2011 г.
2. Рябов, Г.А. Синдромы критических состояний / Г.А. Рябов // Монография – 1994. – С. 236-237
3. Джеймс Гарден, О. Общая и неотложная хирургия / О. Джеймс Гарден // Руководство для специалистов хирургической практики. - 2010. – С. 347-352.
4. Маккормик, Б. Основы интенсивной терапии / Б. Маккормик, В.В. Кузков // Руководство Всемирной Федерации обществ анестезиологов-2016. – С. 257-277.
5. Козлов, В.К. Сепсис: этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В.К. Козлов // АННА-Т. - 2007. – С. 8-18.

6. Гельфанд, Б.Р. Сепсис в начале 21 века: определение, диагностические концепции, патогенез и интенсивная терапия: Мет. Рекомендации / Б.Р. Гельфанд, В.А. Руднов, Д.Н. Проценко. – 2012. – С. 10-12
7. Кондратенко, П.Г. Дифференциальная диагностика и лечение хирургических болезней / П.Г. Кондратенко // Руководство по клинической хирургии. – М., 2005. – С. 747-748.
8. Малерчук, В.И. Общая хирургия: курс лекций / В.И. Малерчук, Ю.Ф. Путкин. – М., 2008. – С. 218-219.
9. Горюнов, С.В. Гнойная хирургия / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов. – М., 2004. – С. 129-130.
10. Корячкин, В.А. Интенсивная терапия угрожающих состояний / В.А. Корячкин // Практическое руководство. – М., 2002. – С. 118-120.
11. Савельев, В.С. 80 лекций по хирургии / В.С. Савельев. – М., 2008. – С. 724-725.
12. Савельев, В.С. Хирургические болезни. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – 2008. – Т. 2. – С. 98-101.
13. Савельев, В.С. Сепсис в начале XXI века: практическое руководство / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд. – М., 2006. – С. 32-33.
14. Assessment of the worldwide burden of critical illness: the Intensive Care Over Nations (ICON) audit/ J-L Vincent [et al.] // *Lancet Respir Med.* - 2014.-Vol. 2(5). - P. 380-3866.
15. Promoting Global Research Excellence in Severe Sepsis (PROGRESS): lessons from an international sepsis registry / Beale R. [et al.] // *Infection.* - 2009. - Vol. 37. - P. 222-232.
16. The 2005-2007 National Surgical Quality Improvement Program Perspective / Moore L.J. [et al.] // *Arch. Surg.* -2010. -Vol. 145, N 7. - P. 695-700.
17. Angus, D.C. Severe sepsis and septic shock / D.C. Angus, T. van der Poll // *N. Engl. J. Med.* 2013. Vol. 369. P. 840-851.
18. Epidemiology of severe sepsis in Japanese intensive care units: A prospective multicenter study / Ogura H. [et al.] // *J. Infect. Chemother.* 2014. Vol. 20, N3. P. 157-162.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПОЗВОНОЧНО-СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

Ж.Т. Ташибеков

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

Резюме. Цель исследования – Улучшение результатов хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой путем совершенствования диагностики и методов оперативных вмешательств.

Объект исследования – 102 больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Методы исследования: неврологические, рентгенологические, КТ и МРТ поясничного отдела спинного мозга и позвоночника. В работе изучены особенности клинико-неврологической симптоматики позвоночно-спинномозговой травмы, проведен сравнительный анализ эффективности различных методов диагностики, изучена структура послеоперационных осложнений и пути их профилактики.

Разработано устройство и способ хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой. Уточнены и систематизированы осложнения травматической болезни позвоночника и спинного мозга и хирургического лечения. Предложен алгоритм профилактики и лечения этих осложнений.

Ключевые слова: позвоночно-спинномозговая травма, диагностика, переломы позвоночника, осложненная спинальная травма, консервативное и хирургическое лечение.

ОМУРТКА-ЖҮЛҮН ЖАРАКАТЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДААРЫЛООНУН ЖҮЙЫНТЫКТАРЫ

Ж.Т. Ташибеков

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

Корутунду. Изилдөөнүн максаты – Омуртка-жүлүн жаракатын аныктоонун жана хирургиялык даарылоонун ыкмаларын өнүктүрүү жолу менен даарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу.

Изилдөө объекти: Омуртка-жүлүн жаракатынан жапа чеккен 102 бейтап изилденген. Изилдөө ыкмалары: Клиникалык-неврологиялык, рентгенологиялык, омуртканын жана жүлүндүн КТ жана МРТ изилдөөлөрү.

Бул илимий эмгекте омуртканын жана жүлүндүн жаракатынын клиникалык-неврологиялык өзгөчөлүктөрү сүрөттөлгөн, ар түрдүү диагностикалык ыкмалардын эффективдүүлүгүнө салыштырмалуу талдоо берилген, операциядан кийинки татаалдашуулардын структурасы жана алардын алдын алуу жолдору изилденген.

Омуртка-жүлүн жаракатынан жапа чеккен бейтаптарды даарылоо үчүн атайын курал жана хирургиялык жол менен даарылоонун ыкмасы иштелип чыккан. Татаалдашкан омуртка-жүлүн жаракатына системалык талдоо аркылуу аларды хирургиялык жол менен даарылоонун ыкмалары такталган. Татаалдашуулардын алдын алуу жана даарылоо алгоритми сунушталган.

Негизги сөздөр: омуртка-жүлүн жаракаты, диагностика, омуртка сыныктары, татаалдашкан омуртка-жүлүн жаракаты, консервативдик жана хирургиялык даарылоо.

SURGICAL MANAGEMENT RESULTS IN SPINAL CORD INJURY

J.T. Tashibekov

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,
Department of Neurosurgery. Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary. The purpose of research – Improving results of surgical management for spinal cord injury by perfecting diagnosis and surgical methods.

Object of research: 102 patients with spinal cord injury. Methods of investigation: neurological, radiological, computed tomography and magnetic resonance imaging of the spine.

In the work the peculiarities of clinical neurological displays of spinal cord injury have been studied, comparative analysis of various diagnostic methods efficacy was done, the structure and ways of prevention for post-operative complications have been investigated. Special device and way for surgical treatment in spinal cord injury have invented. Complications of traumatic disease of spine and spinal cord, surgical management ways have been update. The new ways for prevention and surgical management of such a complications proposed.

Key words: spinal cord injury, diagnosis, spinal fracture, complicated spinal trauma, conservative and surgical treatment.

Актуальность. Травма позвоночника с повреждением спинного мозга в структуре общего травматизма составляет от 0,7 до 8% и от 6,3 до 20,3% – среди травм скелета. Более чем в 80% случаев она является прерогативой лиц молодого возраста – от 17 до 45 лет. За последние годы удельный вес позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ) вырос почти в 30 раз, а за 70-летний период – более чем в 200 раз [1-7]. На догоспитальном этапе погибают до 37% пострадавших, что обусловлено, в первую очередь, тяжестью повреждения спинного мозга. Больничная летальность, которая составляет от 8 до 58,3%, зависит как от степени повреждения спинного мозга, так и связанных с этим ранних или поздних осложнений, а также от сроков оказания специализированной помощи. Инвалидность в результате повреждений спинного мозга варьирует от 57,5 до 96 и даже 100%), причем ежегодно количество инвалидов вследствие спинальной травмы увеличивается на 8000 человек. Преимущественно страдают наиболее активные в социальном и трудовом отношении лица в возрасте от 16 до 50 лет, причем чаще мужчины [8-15].

Целью настоящей работы являлось улучшение результатов хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой путем совершенствования диагностики и методов оперативных вмешательств.

Материал и методы

Работа включает в себя результаты анализа 102 наблюдений с осложненными повреждениями шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника, находившихся на лечении в отделениях нейротравматологии и нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики в период с 2012 по 2017 гг.

Возраст больных с позвоночно-спинномозговой травмой колебался от 17 до 82 лет. Среди обследованных больных мужчин было 76 (74,5%), а женщин 26 (25,5%) ($p < 0,05$). Средний возраст больных составлял $47,3 \pm 8,4$ лет. Как видно из таблицы 1, наибольшую возрастную группу составили больные 21-60 лет (86,3%), то есть наиболее трудоспособного возраста. Значительно реже, позвоночно-спинномозговая травма отмечена в возрасте до 20 лет (5 больных – 4,9%) и старше 61 года (9 наблюдений – 8,8%).

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и полу ($p < 0,05$)

Пол		Возраст (в годах)				Всего	
		до 20	21-40	41-60	61<	абс.	%
Мужчины		4	31	34	7	76	74,5
Женщины		1	10	13	2	26	25,5
Итого	абс.	5	41	47	9	102	100,0
	%	4,9	40,2	46,1	8,8		100,0

Больные с тяжелой сочетанной черепно-мозговой и спинальной травмой, а также с открытыми проникающими ранениями были исключены из наблюдения.

Для решения поставленных задач были использованы клинические, неврологические и методы лучевой диагностики (рентгенография, миелография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, люмбальная пункция и ликвородинамические пробы) и статистический метод.

Оценка тяжести повреждения позвоночника и спинного мозга основывалась на классификации F. Denis (1982, 1983); H. Frankel (1969) и ASIA (Американская ассоциация спинальной травмы, 2000).

Таблица 2

Методы исследования и их объем у больных с позвоночно-спинномозговой травмой ($n=102$)

Метод	Обследовано больных	
	абс.	%
Неврологическое исследование	102	100,0
Спондилография	102	100,0
Люмбальная пункция с ликвородинамическими пробами	54	52,9
Миелография	12	11,8
Компьютерная томография	52	51,0
Магнитно-резонансная томография	86	84,3

Объем выполненных исследований у больных с позвоночно-спинномозговой травмой представлен в таблице 2.

В настоящее время существует целый ряд хирургических методов при сдавлениях спинного мозга. Наш опыт убеждает нас в том, что не может быть какого-то единого, являющегося лучшим методом операции. Все определяется конкретными ситуациями. Необходимость максимального ускорения оперативного вмешательства, особенно при тяжелом состоянии пострадавших в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы, часто вынуждает прибегать к ламинэктомиям.

Результаты клинико-неврологических и инструментальных методов диагностики позвоночно-спинномозговой травмы. Задачей клинического обследования является выявление ортопедических и неврологических нарушений и сопоставление их с данными инструментального исследования.

Таблица 3 показывает, что в наших наблюдениях по виду повреждения по F. Denis в 55 (53,9%) случаях отмечены оскольчатые переломы позвонков, компрессионные переломы – в 20 (19,6%), переломовывихи – в 15 (14,7%) случаях, а в 12 (11,8%) случаях диагностированы сгибательно-дистракционные повреждения.

Таблица 3

Распределение больных по полу и виду повреждения по F. Denis

№	Вид повреждения	Мужчины		Женщины		Всего	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
1	Компрессионные переломы	13	65,0	7	35,0	20	19,6
2	Оскольчатые переломы	30	54,5	25	45,5	55	53,9
3	Переломо-вывихи	10	66,7	5	33,3	15	14,7
4	Сгибательно-дистракционные повреждения	5	42,7	7	58,3	12	11,8
5	Итого	76	74,5	26	25,5	102	100

Спондилография при повреждениях позвоночника выполнялась в двух взаимоперпендикулярных проекциях, а при необходимости – косых ³/₄ проекциях с центрированием луча на место максимальной болезненности позвоночника. По нашим данным, повреждения элементов заднего опорного комплекса в различных группах больных отмечались до 66 (64,7%) случаев. Среди них переломы верхних суставных отростков в 39 (38,2%) случаях, переломы дужек позвонков в сочетании с повреждениями суставных отростков в 25 (24,5%) наблюдениях. Переломы суставных отростков в грудном отделе выявлялись на боковых рентгенограммах, а в грудопоясничном и поясничном отделах лучше на косых ³/₄ рентгенограммах.

Рентгенопозитивная миелография произведена 12 (11,8%) пациентам. Для контрастирования ликворных пространств использовали омнипак-180, который вводили эндolumбально в количестве 10-15 мл. Миелография является высокоинформативным методом диагностики, позволяющим визуально оценить форму и размеры дурального мешка, наличие его деформаций, состояние интраканальных отрезков корешков конского хвоста. Мы выполняли миелографию в качестве дополнительного метода обследования в тех случаях, когда данные рентгенологического, КТ и МРТ обследований были недостаточно убедительны для определения оптимального уровня и

стороны хирургического вмешательства, особенно при полисегментарных стенозирующих травматических повреждениях.

КТ в травматическом повреждении поясничного отдела позвоночника поперечной проекции представляет точную информацию о состоянии костей и прилежащих тканей: в телах позвонков хорошо видны деструктивные полости, разрушения замыкательных пластинок, соотношение полостей с позвоночным каналом и паравerteбральными тканями, абсцессы с участками расплавления тканей. КТ незаменима при оценке состояния элементов задней позвоночной колонны, субстрата корешковых расстройств. Главным преимуществом КТ исследования при травмах позвоночника является возможность диагностировать повреждения спинного мозга костными осколками. Благодаря КТ стало возможным более адекватно планировать лечебную тактику, с достаточной точностью устанавливать показания к консервативному и хирургическому лечению, контролировать в динамике развитие патологических изменений и оценивать эффективность лечения.

МРТ позволяет получить ценную информацию и является обязательным методом обследования. Очень важно оценить состояние позвоночного канала, межпозвонковых отверстий между смещенным поврежденным позвонком и нижерасположенным. Это позволяет принять правильное

решение при планировании оперативного вмешательства. В многочисленных публикациях зарубежных исследователей подчеркивается, что МРТ обеспечивает получение данных о выраженности и характере травматических повреждений межпозвоночных дисков и связочного аппарата позвоночника, о состоянии паренхимы спинного мозга и костных структур при травмах. Таким образом, МРТ является ведущим методом исследования спинальной травмы, позволяя выявить причину неврологического дефицита, выбрать рациональное лечение и прогнозировать исход. МР-томография дает достаточную информацию о локализации, характере повреждений спинного мозга и дурального мешка в различные периоды травмы и должна проводиться всем больным с наличием неврологических нарушений.

Результаты хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой

В клинике нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики активно разрабатываются и успешно применяются в комплексе восстановительного лечения пострадавших тяжелым видом повреждений позвоночника хирургические методы, предусматриваю-

щие, прежде всего, коррекцию, полноценную декомпрессию позвоночного канала и надежную стабилизацию травмированных позвонков. Наиболее эффективным хирургическим методом считается тот метод, который позволит устранить осевую деформацию, декомпрессию содержимого позвоночного канала и стабилизировать пораженный сегмент до формирования межтелового костного блока.

Нами разработана система декомпрессионно-стабилизирующих вмешательств и изложены основные принципы выбора способов декомпрессий, основанные на прогностической оценке исходов хирургического лечения больных с осложненными повреждениями позвоночника.

В основу работы положен анализ результатов клинического обследования 102 больных с осложненными травмами от нескольких часов до 2-х недель с различной локализацией и данных операционной верификации причин неврологического дефицита. Клинические исследования включали изучение динамики интенсивности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), индекса Освестри, неврологической симптоматики.

Таблица 4

Результаты оперативного лечения

Возрастные группы	Улучшение		Итого	Odds ratio	P
	Улучшение есть	Улучшения нет			
<20	4 (80,0%)	1 (20,0%)	5	0,31	0,11
21-40	18 (43,9%)	23 (56,1%)	41		
41-60	24 (51,1%)	23 (48,9%)	47		
60<	3 (33,3%)	6 (66,7%)	9		
Итого	49 (48,0%)	53 (52,0%)	102		

Анализ результатов оперативного лечения (табл. 4) в целом у 102 исследуемых показал, что улучшение отмечено у 49 (48,0%) больных, тогда как у 53 (52,0%) пострадавших улучшения не было. Наибольший процент улучшения наблюдались у больных в возрасте до 20 лет – 4 (80,0%), а наибольший процент плохих результатов отмечен у пострадавших старшей возрастной группы (60 лет и больше) – 6 (66,7%).

Для улучшения результатов оперативного лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой нами разработано и предложено устройство для хирургического лечения осложненных травм позвоночника (Патент на изобретение №1802 МПК А61В 17/02: Устройство для хирургического лечения осложненных травм позвоночника). Изобретение относится к области медицины, а именно к нейрохирургии, и может быть

использовано у больных с осложненными травмами позвоночника в результате тяжелой позвоночно-спинномозговой травмы при переломах позвоночника и сдавлении спинного мозга.

Целью изобретения является сохранение целостности спинного мозга при выполнении декомпрессии спинного мозга и ламинэктомии путем адекватного полноценного обнажения спинного мозга и его структур, что предотвращает развитие грубых неврологических осложнений, послеоперационных стенозов позвоночного канала и облегчает выполнение оперативного вмешательства. Декомпрессию спинного мозга осуществляют путем выполнения ламинэктомии с использованием предлагаемого нами устройства, которое позволяет адекватно и полноценно обнажить спинной мозг и его структуры, имеет специальное приспособление для регуляции глубины размещения рабочих поверхностей и их

фиксации на нужной глубине. Использование данного устройства позволяет адекватно и полноценно обнажить спинной мозг и его структуры, уменьшить травматичность операции, повысить эффективность лечения, сохранить целостность спинного мозга, сократить послеоперационный период и снизить инвалидность при осложненных травмах позвоночника.

Выбор оптимального объема лечения и оперативного вмешательства у пациентов, находящихся в тяжёлом состоянии в остром периоде позвоночно-спинномозговой травмы, представляет значительные трудности. Развитие необратимых ишемических изменений структур спинного мозга в течение 6 ч после травмы заставляет стремиться к скорейшей его декомпрессии.

Нами предложен и внедрен способ лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой (Рационализаторское предложение №49/12 «Способ лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой» от 18.12.2012 г.). При острой травме спинного мозга в течение первых 5-6 дней после травмы внутривенно вводят солумедрол (метилпреднизолон) из расчета 5,4 мг/кг веса больного. Способ позволил снизить неврологический дефицит и предупредить развитие ранних и поздних осложнений позвоночно-спинномозговой травмы, что достигается за счет восстановления нарушенной микроциркуляции. Вводится внутривенно (капельно или струйно). Перед инфузией необходимо проведение биологической пробы: после введения первых 3-5 капель сделать

перерыв на 3 мин, затем ввести ещё 30 капель и снова сделать перерыв на 3 мин. При отсутствии реакции продолжить переливание препарата.

Для лечения нарушений микроциркуляции, изменений тканевого метаболизма и газообмена – 5-8 мл/кг капельно, повторно можно вводить в той же дозе 3 раза, с интервалом в 2-4 дня. Максимальная суммарная доза – 100 мл/кг. Данный способ осуществляется с одновременным введением реосорбилакта – инфузионного раствора, поддерживающего коллоидно-осмотическое давление. Реосорбилакт представляет собой комплексный инфузионный раствор, основными фармакологическими активными веществами которого являются сорбитол и натрия лактат (в изотонической концентрации). Он имеет реологическое, противошоковое, дезинтоксикационное, ощелачивающее действие. Реосорбилакт вводят внутривенно капельно (30-40 капель в минуту) по 600-1000 мл (10-15 мл/кг массы тела больного), одноразово и повторно, сначала струйно, потом капельным методом. Способ позволяет повысить эффективность лечения больных с острой позвоночно-спинномозговой травмой, снизить процент смертности и инвалидности.

Отдаленные послеоперационные результаты лечения изучались нами у всех выживших пациентов с нестабильными повреждениями шейного, грудного и поясничного отделов позвоночника. Всего анализированы истории болезни 97 больных из 102 оперированных, т.е. это составляет 95,1% от общего числа оперированных.

Таблица 5
Распределение больных с оценкой неврологического дефицита по шкале Н. Frankel до и после операции

Критерии по шкале Н. Frankel	Количество пациентов			
	До операции		После операции	
	Абс.	%	Абс.	%
A	32	31,4	15	15,5
B	12	11,8	5	5,2
C	25	24,5	14	14,4
D	29	28,4	16	16,5
E	4	3,9	47	48,4
Итого	102	100	97	100

Из таблицы 5 видно, что динамическое наблюдение за 97 оперированными больными в течение 6 месяцев показало увеличение количества пациентов с улучшением т.е. число больных в группах D и E становилось больше.

Клинико-функциональные результаты оценивались наличием или отсутствием следующих критериев: регресс неврологической симптома-

тики по шкале Н. Frankel; самостоятельное мочеиспускание или стойкий автоматизм его; болевой синдром; вторичные осложнения (трофические, дыхательные, урологические расстройства); двигательная активность; улучшение качества жизни.

Анализ результатов оперативного лечения и исходов различных уровней повреждения показал следующие данные (табл. 6): среди 38 больных с

травмой шейного отдела улучшение отмечено у 11 (28,9%), без перемен – 22 (57,9%), умерло 5 (13,2%) пострадавших. У 12 пациентов с повреждением грудного отдела улучшение наступило у 8 (66,7%), без перемен – 4 (33,3%), а смертности не отмечено. Улучшение среди 40 больных с повреждением груднопоясничного отдела отмечено

у 21 (52,5%), без перемен – 19 (47,5%), умерших не было. Среди пациентов с повреждением поясничного отдела в 7 (58,3%) случаях отмечено улучшение, в 5 (41,7%) – без перемен, летальных случаев не было.

Таблица 6

Сравнение исходов различных уровней поражения

ASIA при поступлении	Улучшение по шкале ASIA			χ^2	P
	Улучшение	Без перемен	Умерло		
Шейный отдел (C1-C7)					
n=38	11 (28,9%)	22 (57,9%)	5 (13,2%)	10,20	0,116
Грудной отдел (Th1-Th11)					
n=12	8 (66,7%)	4 (33,3%)	0	21,354	0,0345
Груднопоясничный отдел (Th12-L1)					
n=40	21 (52,5%)	19 (47,5%)	0	23,761	0,003
Поясничный отдел (L2-L5-6)					
n=12	7 (58,3%)	5 (41,7%)	0	25,459	0,001
Итого	49 (48,0%)	48 (47,1%)	5 (4,9%)		

Комплексная медицинская реабилитация при оперативном лечении больных с повреждениями позвоночника и спинного мозга занимает основную роль, от нее зависят все послеоперационные результаты. Блестяще выполненная операция без грамотной медицинской реабилитации не приносит желаемого результата.

Нами использована трехэтапная система реабилитации: хирургический стационар-восстановительный центр- и амбулаторный восстановительный центр. При этом в системе комплексного лечения пострадавших госпитальный этап реабилитации по значимости и эффективности восстановления утраченных функций организма, развитию новых бытовых навыков с полным или частичным самообслуживанием, формированием нового стереотипа ходьбы, поведения в обществе, подготовке к прежней или к другой трудовой деятельности занимает особое место и является основным.

Все наши больные проходили трехступенчатый процесс медицинской реабилитации: 1-ступень – хирургический стационар (клиника нейрохирургии); 2-ступень – восстановительный центр (КНИИКиВЛ); 3-ступень – амбулаторное лечение.

Анализ результатов позволяет нам высказать предположение о том, что своевременное радикальное удаление костных фрагментов и сдавления спинного мозга при позвоночно-спинномозговой травме, несомненно, приводит к снижению выраженности губительных для организма посттравматических реакций. Целенаправленное проведение комплекса диагностических, лечебных и

реабилитационных мероприятий с учетом своеобразия возрастной реактивности организма, несомненно, позволило бы сделать эти реакции менее бурными и таким достичь лучших результатов большей части пострадавших, по крайней мере, тех, у которых не было грубых вторичных поражений спинного мозга.

Разработаны устройства и способ хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой (Устройство для хирургического лечения осложненных травм позвоночника; Способ лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой). Уточнены и систематизированы осложнения травматической болезни позвоночника и спинного мозга и хирургического лечения. Предложен алгоритм профилактики и лечения этих осложнений (Способ хирургического лечения глубоких пролежневых ран у больных с позвоночно-спинномозговой травмой).

Разработан и внедрен диагностический алгоритм у больных с позвоночно-спинномозговой травмой в зависимости от тяжести состояния и этапов госпитализации. Выявлены факторы, влияющие на исход травмы при позвоночно-спинномозговой травме. Определена зависимость результатов хирургического лечения позвоночно-спинномозговой травмы от тяжести состояния больных, характера компрессии спинного мозга, сроков и вида хирургического вмешательства.

Разработанная система дифференцированного лечения при позвоночно-спинномозговой травме улучшает исходы при этой тяжелой травматиче-

ской патологии. Предложен алгоритм профилактики и лечения осложнений у больных с позвоночно-спинномозговой травмой.

Заключение

Клиническая картина при позвоночно-спинномозговой травме характеризуется тяжестью течения, отсутствием динамики спинальных неврологических расстройств в остром и подостром периодах травмы. Для функциональных расстройств спинного мозга характерна зависимость от степени компрессии позвоночного канала и кифотической деформации на уровне перелома позвонка.

Особенностями клинической картины позвоночно-спинномозговой травмы являются: тяжелое (71,4%) и крайне тяжелое состояние (15,7%) пострадавших (87,1%), а также отсутствие или слабая динамика в неврологическом статусе в остром и подостром периодах травмы. Выраженность неврологической симптоматики зависит от наличия и количества переломов смежных позвонков, степени сужения позвоночного канала на уровне перелома позвонка и кифотической деформации позвоночного столба на уровне травмы.

Комплексное клинико-неврологическое, рентгенологическое и МРТ исследование больных дает достаточную информацию при позвоночно-спинномозговой травме, как в ранние, так и поздние ее периоды и способствует выбору адекватной тактики лечения. Наиболее информативной в диагностике повреждений костных структур позвоночника является спиральная КТ. МРТ позволяет выявить повреждения всех мягкотканых структур позвоночника и определить травматические кровоизлияния в тела позвонков, не видимые при КТ. Совместное применение КТ и МРТ в диагностике повреждений позвоночника и спинного мозга у больных с сочетанной травмой позволяет диагностировать весь объем повреждения и правильно определять тактику лечения.

Методом выбора в диагностике позвоночно-спинномозговой травмы является спиральная КТ. При обнаружении повреждения позвоночника или наличии спинальной неврологической симптоматики показано выполнение МРТ всех отделов позвоночника. Всем больным после травмы, в качестве скрининговых методов показано выполнение КТ головного мозга и шейного отдела позвоночника, а также рентгенографии грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях.

Литература

1. Ахадов, Т.А. Магнитно-резонансная томография спинного мозга и позвоночника [Текст] / Т.А.

Ахадов, В.О. Панов, У. Айхофф // М.: РАН, 2000. - 747 с.

2. Ветрилэ, С.Т. Хирургическое лечение повреждений нижнешейного отдела позвоночника первично-стабильными металлоконструкциями [Текст] / С.Т. Ветрилэ, С.В. Юндин, А.И. Крупаткин // Матер. симпозиума в ГУН ЦИТО им. Н.Н. Приорова, 13-14.10.2004. - М., 2004. - С. 87-89.
3. Гринь, А.А. Осложнения и их профилактика у больных с позвоночно-спинномозговой травмой (часть I) [Текст] / А.А. Гринь, А.К. Кайков, В.В. Кривов // Журн. Нейрохирургия. - 2014. - №4. - С. 75-85.
4. Грищенко, Л.Н. Травма спинного мозга: современные представления о механизмах повреждения, регенерации и путях их коррекции [Текст] / Л.Н. Грищенко // Вopr. нейрохирургии им Н.Н. Бурденко, 1997. - №2. - С. 37-44.
5. Джумабеков, С.А. Хирургическое лечение повреждений, их последствий и дегенеративных поражений груднопоясничного отдела позвоночника [Текст] / С.А. Джумабеков, Ж.Д. Сулайманов. - Бишкек: 2008. - 304с.
6. Дулаев, А.К. Закрытые повреждения позвоночника грудной и поясничной локализации // А. К. Дулаев, В.М. Шаповалов, Б.В. Гайдар. - СПб., 2000. - 144 с.
7. Заблочкий, Н.У. Хирургическое лечение нестабильных повреждений шейного отдела позвоночника [Текст] / Н.У. Заблочкий, В.М. Драгун, Ю.И. Борода // Материалы III съезда нейрохирургов России. - СПб., 2002. - С. 201.
8. Керимбаев, Т.Т. Сравнительная оценка результатов стабилизирующих операций в лечении травматических повреждений и заболеваний позвоночника // Дис... докт. мед. наук: 14.01.18. - Алматы, 2009. - 196 с.
9. Кондаков, Е.Н. Эпидемиология травм позвоночника и спинного мозга в Санкт-Петербурге [Текст] / Е.Н. Кондаков, И.А. Симонова, И.В. Поляков // Вopr. Нейрохирургии, 2002. - №2. - С. 50-53.
10. Сулайманов, Ж.Д. Тактика лечения при позвоночно-спинномозговой травме груднопоясничного отдела позвоночника [Текст] / Ж.Д. Сулайманов // Центрально-азиатский медицинский журнал. - 2008. - Том XIV. - №3. - С. 228-231.
11. Parizel, P.M. Trauma of the spine and spinal cord: imaging strategies // Eur Spine J., 2015. - P. 34-38.
12. Sapkas, G. Surgical outcome after spinal fractures in patients with ankylosing spondylitis // BMC Musculoskelet Disord., 2016. - Vol. 10. - P. 96.
13. van de Pol, E. The delivery of specialist spinal cord injury services in Queensland and the potential for telehealth // Brain. - 2016. - V 139 (3). - P. 692-707.
14. Walker, J. Spinal cord injuries: acute care management and rehabilitation // Nurs Stand. - 2015. - Vol. 23 (42). - P. 47-56.
15. Yilmaz, T. Current and future medical therapeutic strategies for the functional repair of spinal cord injury // World J Orthop. - 2015. - V 6(1). - P. 42-55.

**ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ЭЗОФАГИТОВ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕКОНСТРУКЦИИ ПИЩЕВОДНО-КИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗОВ
ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА**

А.К. Тойгонбеков, М.З. Уметов, М.Ю. Харитонов, А.М. Туманбаев

Национальный центр онкологии и гематологии,
хирургическое отделение абдоминальной и общей онкологии,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Изучены результаты эндоскопического исследования пищевода-кишечного анастомоза у больных раком желудка, оперированных в объеме гастрэктомии с разными вариантами тонкокишечной пластики. Всего обследовано 51 больных, разделенные на 3 группы. Выявлено достоверное снижение эзофагитов ($p < 0,05$) в группе пациентов с формированием тонкокишечного резервуара.

Ключевые слова: рак желудка, гастрэктомия, тонкокишечный резервуар, эндоскопическое исследование.

**АШКАЗАНДЫН ЗАЛАЛ ШИШИГИ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН
ГАСТРЭКТОМИЯДАН КИЙИН РЕКОНСТРУКЦИЯСЫНА ЖАРАША ПАЙДА БОЛГОН
ЭЗОФАГИТТЕРДИН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

А.К. Тойгонбеков, М.З. Уметов, М.Ю. Харитонов, А.М. Туманбаев

Улуттук онкология жана гематология борбору,
абдоминалдык жана жалпы онкология хирургиялык бөлүмү,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы.

Кортунду: Ашказандын залал шишиги менен ооруган оорулардын ичке ичеги пластикасы менен жасалган гастрэктомиянын түрлөрүнүн эндоскопиялык натыйжалары изилденди. 3 группага бөлүнгөн 51 оорулуу изилденди. Ичке ичегиден резервуар жасалгандан кийинки эзофагиттердин шексиз ($p < 0,05$) төмөндөшү аныкталды.

Негизги сөздөр: ашказандын залал шишиги, гастрэктомия, ичке ичегинин резервуары, эндоскопиялык изилдөө.

**FEATURES OF THE APPEARANCE OF ESOPHAGITIS DEPENDING
ON THE RECONSTRUCTION OF ESOPHAGEAL-INTESTINAL ANASTOMOSIS
AFTER GASTRECTOMY IN PATIENTS WITH GASTRIC CANCER**

A.K. Toigonbekov, M.Z. Umetov, M.Y. Kharitonov, A.M. Tumanbaev

National Center of Oncology and Hematology,
Department of Abdominal and General Oncology,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The results of endoscopic examination of esophageal-intestinal anastomosis in patients with gastric cancer, operated in the volume of gastrectomy with different variants of small intestinal plasty, were studied. Only 51 patients were divided into 3 groups. A significant decrease in esophagitis ($p < 0.05$) was found in the group of patients with the formation of the [jejunal pouch reconstruction after total gastrectomy for cancer](#).

Keywords: gastric cancer, gastrectomy, jejunal pouch, endoscopic examination.

Введение. Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных заболеваний в мире и представляет собой крайне актуальную проблему современной онкологии. По данным международного агентства по изучению онкологических заболеваний (International Agency for Research on Cancer (IARC)), рак желудка находится на 4 месте в мире по распространенности. Однако, в структуре онкологической смертности рак желудка занимает 2 место в мире [1].

По данным статистического отдела НЦОГ МЗ КР в Кыргызской Республике рак желудка занимает 3 место в структуре злокачественных опухолей. В 2016 г. зарегистрировано 727 человек, заболевших данной патологией.

На сегодняшний день хирургическое лечение рака желудка является «золотым стандартом» [2]

Несмотря на успехи желудочной хирургии, остаются постгастрэктомические болезни, которые значительно влияют на качество жизни паци-

ентов, причем это зависит от варианта эзофагоэнтероанастомоза. Большинство оперированных больных становятся инвалидами, что обусловлено полным удалением или резекцией желудка, и изменением нормальных анатомо-физиологических соотношений в пищеварительном тракте. Именно поэтому, в последние годы в хирургии желудка наряду с вопросами повышения радикализма оперативных вмешательств, снижения частоты послеоперационных осложнений, все большее внимание уделяется функциональным результатам [3].

Постгастрэктомический синдром, возникающий из-за отсутствия желудка, может серьезно повлиять на состояние питания пациента и может привести к нарушению качества жизни. Значительная часть пациентов раком желудка не имеют продолжительного выживания. Поэтому важно, чтобы усилия были направлены на обеспечение наилучшего качества оставшейся жизни [4].

Цель исследования: провести сравнительную оценку эндоскопической картины пищеводно-кишечных анастомозов в зависимости от вариантов реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии.

Материалы и методы исследования

Исследование основано на анализе результатов лечения и наблюдения 51 больного злокачественными опухолями желудка, получавших лечение в отделении абдоминальной онкологии НЦОиГ МЗ КР с 2012 по 2015 года. Пациенты были разделены на 3 группы в зависимости от использовавшегося метода реконструкции пищеварительного тракта.

В первую группу вошли 20 больных раком желудка стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше брауновского соустья по А.А. Шалимову.

Вторую группу составили 17 больных раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым выполнена реконструкция пищеварительного тракта на петле по Ру после гастрэктомии.

В третью группу вошли 14 больных раком желудка со стадией T1-4 N0-2 MO, которым сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Ru).

В послеоперационном периоде каждые три месяца в течении года проводили контрольное обследование, включающее эзофагоеноскопию (исследование пищевода и тонкой кишки), на аппарате высокого разрешения EG2990/ фирмы «PENTAX» при котором выявляли рефлюкс-эзофагит.

Среднее время возникновения эзофагита в отдаленном послеоперационном периоде рассчитывалось по методу Каплана-Майера с использованием теста Mantel – Cox, Hazard (logrank-test) для сравнения полученных результатов между группами.

Результаты исследования

По данным эзофагоеноскопии, после операций у больных, которым была выполнена реконструкция пищеварительного тракта после гастрэктомии на длинной петле с перевязкой приводящей петли выше брауновского соустья по А.А. Шалимову, эзофагит не был выявлен у 2 пациентов, который составил (10%). В среднем, эзофагит был выявлен на $7,1 \pm 0,6$ месяцев.

Таблица

Среднее время развитие эзофагитов в зависимости от способа реконструкции пищеварительного тракта после гастрэктомии

№ п/п	Способ формирования анастомозов	Всего больных Абс. ч	Кол-во больных, у которых не имелись признаки эзофагита	Показатель отсутствие признаков эзофагита	Среднее время развития эзофагитов (мес.)
1	Группа №1	20	2	10%	$7,1 \pm 0,6$ (95% ДИ 5,8–8,2)
2	Группа №2	17	11	64,7%	$11,4 \pm 0,3$ (95% ДИ 10,8–12,1)
3	Группа №3	14	11	78,6%	$11,7 \pm 0,2$ (95% ДИ 11,2–12,2)*
4	Всего	51	24	47,1%	$9,8 \pm 0,4$ (95% ДИ 9,0–10,4)

Примечание - «*» - достоверность различий между группами при $p < 0,05$

В группе пациентов, которым выполнена реконструкция пищеварительного тракта по Ру, рефлюкс-эзофагит после операции не наблюдался у 11 пациентов, что составило 64,7%. Среднее время появления признаков эзофагита в данной группе наблюдалось на $11,4 \pm 0,3$ месяцев (табл.).

В группе пациентов, которым был сформирован тонкокишечный резервуар на непересеченной петле (uncut-Ru), рефлюкс эзофагит не был выявлен в 78,6% случаях. Среднее месячное появле-

ние рефлюкс эзофагита составил $11,7 \pm 0,2$ месяцев. При сравнении трех вариантов пищеводно-кишечного анастомоза, формирование тонкокишечного резервуара с пересечением приводящей петли достоверно ($p < 0,05$) позже развивался эзофагит, чем после формирования пищеводно-кишечного анастомоза по Ру и петлевого способа, которые составили в среднем $11,4 \pm 0,3$ и $7,1 \pm 0,6$ месяцев с доверительным интервалом 95% (рис.).

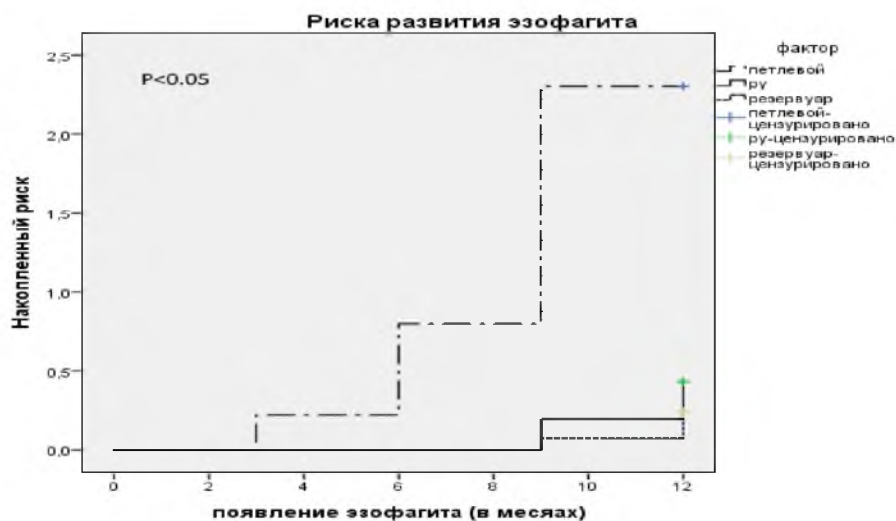


Рисунок. Среднее время появления эзофагитов по группам.

В результате изучения у 51 больного злокачественными опухолями желудка после гастрэктомии в независимости от реконструкции пищеводно-кишечного анастомоза возникновения признаков эзофагита наблюдался с 9 по 10,4 месяцев, среднее время развития эзофагита составил $9,8 \pm 0,4$ месяцев. (табл. и рис.).

Таким образом, согласно данным эндоскопического исследования в различные сроки после операции следует отметить, что частота рефлюкс-эзофагита находится в прямой зависимости от способа реконструкции пищеварительного тракта. Метод реконструкции с формированием резервуара на непересеченной петле uncut-Ru позволяет предупредить и минимизировать клинические проявления рефлюкс-эзофагита.

Выводы:

1. Тонкокишечная пластика с формированием резервуаров при радикальной гастрэктомии по поводу рака желудка значительно уменьшает развитие рефлюкс-эзофагита.
2. Формирование тонкокишечных резервуаров на непересеченной Ру-петле может служить

методом выбора реконструкции при радикальной гастрэктомии у пациентов раком желудка, с перспективой на минимизацию развития рефлюкс-эзофагита.

Литература

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray, F. GLOBOCAN 2012 v1.1, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2014.
2. Панибратец Л.С. Возможности улучшения качества жизни больных после гастрэктомии в зависимости от варианта тонкокишечной пластики [Текст]: автореф. дисс. канд. мед. наук : 14.01.17 / Л.С. Панибратец. - Бишкек, 2010. - 11 с.
3. Конюхов Г.В. Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.14 / Г.В. Конюхов. - Москва, 2006. - 25 с.
4. Hansson L E., Sparén P., Nyrén O., Survival in Stomach Cancer Is Improving: Results of a Nationwide Population-Based Swedish Study. *Annals of Surgery*. 1999; 230(2):162.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ

К.Б. Ырысов, А.Ж. Сейдельдаев

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

Кафедра нейрохирургии.

г. Бишкек, Кыргызская Республика.

Резюме. Представлен опыт лечения больных с хроническими субдуральными гематомами (ХСГ). Из 112 больных 60 (53,6%), которые были прооперированы по щадящей методике, гематома и ее капсула полностью рассосались в течение 1-3 мес. (по данным клиники, КТ и МРТ). Использование минимально инвазивной методики по сравнению с костно-пластической трепанацией и радикальным удалением ХСГ позволило снизить летальность с 2,6 до 1,1%, количество внутричерепных осложнений с 35 до 7,5%. Благодаря дренирующим методикам почти на 20% сократились сроки пребывания больных с ХСГ в стационаре.

Ключевые слова: хроническая субдуральная гематома, хирургия, исходы, рецидив.

ХРОНИКАЛЫК СУБДУРАЛДЫК ГЕМАТОМАЛАРДЫ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ЫКМАСЫ

К.Б. Ырысов, А.Ж. Сейдельдаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы.

Нейрохирургия кафедрасы.

Бишкек шаары, Кыргыз Республикасы.

Корутунду. Хроникалык субдуралдык гематомаларды (ХСГ) дарылоонун тажрыйбасы келтирилген. Жеңил хирургиялык жол менен дарылоонун 112 бейтаптын арасынан 60 (53,6%) бейтаптагы жыйынтыктары боюнча 1-3 айдын ичинде гематома жана анын капсуласы толугу менен жок болуп кеткендиги тастыкталган (клиникалык, КТ жана МРТ маалыматтарына таянып). Минималдык инвазивдик ыкманы колдонуу сөөк-пластикалык трепанацияга салыштырганда өлүмгө дуушар болууну 2,6дан 1,1% га чейин, баш сөөк ичиндеги учураган татаалданууларды 35тен 7,5% га төмөндөтүүгө шарт түздү. Ушул дренаждоо ыкмасы аркылуу бейтаптын стационарда жатуу күндөрү 20% га чейин кыскарды.

Негизги сөздөр: хроникалык субдуралдык гематома, хирургия, акыбети, кайталануу.

METHOD OF SURGERY FOR CHRONIC SUBDURAL HAEMATOMAS

K. Yrysov, A. Seideldaev

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Neurosurgery Department.

Bishkek, the Kyrgyz Republic.

Summary. Minimally invasive surgery – removal of hematoma content through an opening by lavage of its cavity followed by dosed external drain – has been performed in 112 patients with chronic subdural hematomas (CSH). Out of 112 patients subjected to sparing surgery, hematoma and its capsule resolved within 1-3 months in 60 (53,6%). Mortality was decreased from 2,6 to 1,1%, incidence of intracranial complications from 35 to 7,5%. The draining shortened the hospital stay of CSH patients by 20%.

Key words: chronic subdural haematoma, surgery, outcome, recurrence.

Актуальность. Хроническая субдуральная гематома (ХСГ) – полиэтиологическое объемное внутричерепное кровоизлияние, располагающееся под твердой мозговой оболочкой, вызывающее местную и (или) общую компрессию головного мозга и имеющее отграничительную капсулу, определяющую все особенности церебральных патофизиологических реакций, клинического течения и лечебной тактики [1-25].

На долю ХСГ приходится 1-7% всех объемных образований головного мозга, а среди хирургически значимых церебральных кровоизлияний их удельный вес возрастает до 12-25,5%. Главной причиной увеличения частоты встречаемости ХСГ в последние годы является распространение черепно-мозговых травм (ЧМТ) и цереброваскулярных заболеваний. Существенное значение имеет старение населения, что в связи с возрастной атрофией мозга, изменениями сосуди-

стой системы, реологических свойств крови создает дополнительные предпосылки для формирования ХСГ. Определенную роль играют алкоголизм и иные неблагоприятные воздействия на головной мозг и другие органы [1, 2, 21, 24].

Если раньше ХСГ выявлялись почти исключительно у лиц пожилого и старческого возраста, то в настоящее же время они значительно "помолодели" и встречаются довольно часто у лиц молодого и среднего возраста, а также у детей [3,4].

Материал и методы исследования. В основу настоящего исследования положен анализ данных, касающихся 112 больных с ХСГ, находившихся на лечении в отделениях нейрохирургии Национального Госпиталя Минздрава Кыргызской Республики. Возраст больных варьировал от 18 до 85 лет и в среднем составил $57,4 \pm 1,3$ года.

Основной причиной образования ХСГ была ЧМТ – 88 (78,6%) наблюдений. Преобладала бытовая травма – 75 (67,0%) больных. Срок от момента травмы до момента начала лечения ХСГ варьировал от нескольких недель до нескольких месяцев и в среднем составил $4,1 \pm 0,6$ мес. У 9 (8,0%) больных причиной ХСГ явились сосудистые катастрофы. Все больные с ХСГ были комплексно обследованы по принятой в клинике методике. Обязательно осуществляли КТ или МРТ исследование в динамике. Всего у 112 больных диагностировано 138 ХСГ: у 80 пациентов они имели левостороннюю локализацию, у 32 – правостороннюю, а у 26 больных были двусторонними.

По плотностным характеристикам ХСГ были представлены следующим образом: гиперденсивные – у 6 (5,4%) больных, гиподенсивные – у 68 (60,7%), изоденсивные – у 13 (11,6%), гетероденсивные – у 47 (42,0%). Феномен седиментации отмечен в 4 (3,6%) случаях.

Клиническую картину заболевания анализировали, исходя из фазности клинического течения ХСГ, под которой мы понимаем закономерную направленность изменения состояния больного, обуславливаемую ХСГ в тесной зависимости от уровня сохранности компенсаторно-приспособительных возможностей головного мозга и организма в целом и проявляющуюся характерной динамикой симптоматики (общемозговой, стволовой, локальной, общеорганизменной).

Мы выделяем следующие фазы клинического течения ХСГ: 1) *Компенсация*: общемозговая и очаговая симптоматика отсутствует. 2) *Субкомпенсация*: общее состояние удовлетворительное, могут наблюдаться умеренная головная боль и

иногда застойные явления на глазном дне; очаговая симптоматика либо отсутствует, либо мягко выражена. 3) *Умеренная декомпенсация*: общее состояние чаще средней тяжести, преобладает умеренное оглушение; очаговая симптоматика переменна – могут наблюдаться симптомы как выпадения, так и раздражения; возможно проявление отдельных вторичных стволовых признаков. 4) *Грубая декомпенсация*: общее состояние больных преимущественно тяжелое или крайне тяжелое; сознание нарушено в пределах от оглушения до комы; выражена очаговая симптоматика; проявляются дислокационные симптомы, а также нарушения жизненно важных функций. 5) *Терминальная фаза*: кома с катастрофическим состоянием жизненно важных функций.

Таким образом, в наших наблюдениях 64 (57,1%) больных при поступлении находились в фазах компенсации и субкомпенсации, а 48 (42,9%) больных – в фазах умеренной и грубой декомпенсации. Хирургическое лечение проведено всем 112 больным.

Результаты

Особенности клиники ХСГ

Общемозговые симптомы: при умеренном оглушении поступил 37 (33,0%) больной, в глубоком оглушении – 10 (8,9%), в сопоре – 6 (5,4%), в умеренной коме – 5 (4,5%); у 54 (48,2%) больных сознание было сохранено. Одной из основных жалоб больных с ХСГ была головная боль, наиболее часто – в зоне расположения гематомы. Эпилептические пароксизмы отмечены в 12 (10,7%) наблюдений, однако в ряде случаев они обусловлены не ХСГ, а предшествующей ЧМТ. У 34 (30,4%) больных обнаружена гиперемия дисков зрительных нервов; у 20 (17,93%) – начальные, у 17 (15,2%) больных – выраженные застойные соски.

Оболочечные симптомы отмечены у 51 (45,5%) больных.

Очаговая симптоматика. Доминировали двигательные нарушения; пирамидный синдром отмечен у 92 (82,1%) больных: у 16 (14,3%) – грубый, у 30 (26,8%) – умеренный, у 43 (38,4%) – слабый. Речевые нарушения выявлены у 32 (28,6%) больных. Подкорковый синдром был отчетливо выражен у 40 (35,7%) пациентов.

Стволовая симптоматика. При поступлении у 48 (42,9%) больных отмечались дислокационные симптомы. Установлена пофазная зависимость дислокационного синдрома – с углублением клинической фазы нарастала его выраженность.

Для ориентации в клинике ХСГ и построения адекватной по содержанию и срокам лечебной тактики весьма важно знать, какими темпами происходит углубление декомпенсации и восстановление компенсации у больных с ХСГ. Мы выделили следующие варианты углубления клинической декомпенсации при ХСГ: *постепенный* (недели, месяцы), *быстрый* (дни), *лавинообразный* (часы), *стабильный*, *ундулирующий*. Кроме того, порой встречался вариант *регрессирующего* клинического течения ХСГ.

Преобладал постепенный темп углубления клинической декомпенсации (54 – 48,2% больных); быстрый темп отмечен у 25 (22,3%) пациентов, лавинообразный – у 5 (4,5%), ундулирующее течение – у 7 (6,3%). Последние 3 варианта чаще выявлялись в старших возрастных группах.

Анализ клинических данных позволил выявить следующие основные закономерности: 1) преобладание общемозговой симптоматики над очаговой во всех возрастных группах; 2) по мере увеличения возраста изменяется структура общемозговых симптомов – от гипертензионных в молодом и среднем возрасте до гипотензионных в пожилом и старческом возрасте, что связано с преобладанием в молодых возрастных группах отека мозга и внутричерепной гипертензии, а в старших – коллапса мозга и внутричерепной гипотензии; 3) повышение с возрастом роли сосудистых факторов в генезе симптомов при ХСГ, что вместе с инволюционными изменениями обуславливает большую частоту нарушений психики в старческом и пожилом возрасте, чем в молодых возрастных группах; 4) при анализе соотношений выраженности очаговой симптоматики и возраста пациента, а также клинической фазы отмечается ее закономерное утяжеление и учащение по мере увеличения возраста и углубления клинической фазы. Среди очаговых симптомов преобладали двигательные нарушения.

Диагностика

Ведущим методом диагностики ХСГ была КТ головного мозга. По нашим данным, для ХСГ характерна зона измененной плотности (гиподенсивная, гиперденсивная либо гетероденсивная) между костями черепа и веществом мозга, имеющая серповидную форму и многодолевое или плащевое распространение. Типичны парасагитально-конвекситальная локализация и отсутствие субарахноидальных щелей на стороне расположения гематомы. Последнее особенно важно для диагностики изоденсивных ХСГ. При двусторонних гематомах конвекситальные субарахноидальные пространства не дифференциру-

ются с обеих сторон, отмечается сближение передних рогов боковых желудочков, а также изменение их тел и сближение задних рогов. КТ-характеристика ХСГ изредка дополняется другими прямыми их признаками: феноменом седиментации, визуализацией капсулы гематомы, многокамерности ее строения или интрагематомных трабекул.

При МРТ-исследовании ХСГ характеризуются наличием зоны повышенного сигнала по отношению к веществу головного мозга; значительным преобладанием площади патологической зоны над ее толщиной при серповидной форме гематомы на аксиальных срезах и линзообразной на фронтальных срезах.

При КТ-исследовании ХСГ в изоденсивной стадии, а также при плоскостных гематомах достоверно установить их наличие трудно. МРТ в режимах T1 и T2 во всех этих случаях выявляла высокое контрастирование гематомы. Для суждения о содержимом ХСГ и ее строении более информативен МРТ в режиме T1.

Лечение

Главным фактором, поддерживающим существование ХСГ, является длительное присутствие в полости гематомы излившейся и уже лизированной крови. Как показали наши исследования, в содержимом гематомы уровень продуктов деградации фибрина повышен в 6-60 раз по сравнению с плазмой крови, кроме того, у большинства больных снижена концентрация фибринстабилизирующего фактора Ф-ХIII. Гиперфибринолиз служит одной из основных причин продолжающихся и повторяющихся микро- и макрогеморрагий из неполноценных, расширенных новообразованных сосудов наружной капсулы. Изменение внутригематомной среды приводит к разрыву порочного круга, поддерживающего воспаление, экссудацию и повторные кровоизлияния. На этом принципе и основаны современные подходы к хирургическому лечению ХСГ – опорожнение и промывание гематомной полости с оставлением ее капсулы, что дает толчок к постепенной полной резорбции ХСГ, включая наружную и внутреннюю мембраны.

Из 112 больных 52 (46,4%) пациентам проведено оперативное лечение – закрытое наружное дренирование. В 7 (13,0%) наблюдениях закрытое наружное дренирование было двусторонним. Средняя длительность дренирования полости гематомы составила $2,8 \pm 1,7$ сут.

Техника минимально инвазивной хирургии ХСГ.

Операция обычно выполняется под местной анестезией. При этом целесообразно ее дополнение внутривенным потенцированным обезболиванием. Общий наркоз может быть рекомендован при проведении оперативных вмешательств у больных с психическими нарушениями, частыми эпилептическими припадками, при ряде соматических заболеваний, а также при повышенной чувствительности к новокаину и в некоторых других ситуациях.

Доступ к гематоме осуществляли через фрезевое отверстие малого диаметра, накладываемое в месте проекции наибольшей ее толщины (чаще в области теменного бугра). Края фрезевого отверстия в области предполагаемого выхода катетера обрабатывали фрезой под углом 45°, чтобы исключить возможность его перегиба за острый край кости. После наложения фрезевого отверстия вскрывали твердую мозговую оболочку. Подлежащую капсулу в зависимости от ее толщины вскрывали либо одновременно, либо дополнительным разрезом, через который на 5-7 см под острым углом параллельно конвекситальной поверхности мозга в полость гематомы вводили мягкий катетер диаметром 3-4 мм с боковыми отверстиями. Катетер выводили через контрапертуру и фиксировали к коже. Опорожнение гематомы осуществляли постепенно путем дозированного выведения ее жидкого содержимого не допуская резких колебаний внутричерепного давления. После опорожнения гематомы ее полость промывали теплым физиологическим раствором (100-200 мл). На этом оперативное вмешательство завершалось и катетер присоединяли к дренажной системе.

Положительные результаты хирургического лечения отмечены в 55 (91,7%) наблюдениях с практически полным исчезновением гематомы в течение 1-3 мес. по данным КТ и МРТ головного мозга.

В 8 (7,1%) наблюдениях в ближайшем послеоперационном периоде отмечались различные внутричерепные осложнения, которые у 6 (5,4%) больных потребовали повторных операций. Из них 4 пациентам произведено повторное закрытое наружное дренирование ввиду неэффективности первичного дренирования гематомы; 2 больным выполнена костнопластическая трепанация, необходимость которой обусловлена особенностями строения и консистенции ХСГ (желеобразное внутригематомное содержимое, многокамерность, мощные трабекулы). В 1 (0,9%) наблюдениях наступила смерть, ее причиной послужило интракраниальное осложнение – гной-

ный менингит (стертый характер течения и отягощенный соматический статус задержали своевременную диагностику осложнения).

Мы провели сравнительный анализ эффективности различных методов хирургического лечения ХСГ с использованием архивных материалов – серии наблюдений, касающихся 69 больных, у которых для удаления ХСГ применяли краниотомию. Кроме того, учитывали данные литературы по краниотомии в хирургии ХСГ, опубликованные в 90-е годы и в начале 2000-х годов.

Сравнение пофазной динамики состояния больных обеих групп в до- и послеоперационном периоде позволило выявить отчетливую разницу в темпе улучшения. К моменту выписки количество больных в фазе компенсации при минимально инвазивном вмешательстве составило 81,8%, при краниотомии – 68%. Послеоперационные осложнения уменьшились с 35% при краниотомии до 7,1% при дренирующих методах.

При краниотомии преобладали осложнения, носившие угрожающий жизни характер и потребовавшие радикальных повторных операций у 17 (28,8%) больных. После закрытого наружного дренирования реоперации потребовались только 6 (5,4%) пациентам, причем у 4 из них они были минимально инвазивными.

Использование дренирующих методик позволило почти на 20% сократить сроки пребывания больных в стационаре, хотя пациенты находились в более тяжелом исходном состоянии и относились к более старшим возрастным группам (средний возраст $49,3 \pm 1,7$ года), чем лица, у которых применялась краниотомия (средний возраст $37 \pm 1,6$ года).

Таким образом, способ минимально-инвазивной хирургии наиболее эффективна в хирургическом лечении ХСГ.

Заключение

Операцией выбора при хронической субдуральной гематоме является закрытое наружное дренирование. Проведение краниотомии обоснованно, если содержимое гематомы представлено плотными сгустками крови и кальцификатами, а также при многокамерном ее строении с мощными трабекулами и в случаях истинного рецидивирования гематомы. При минимально инвазивных методах хирургического лечения ХСГ в течение 1-3 мес., по данным КТ и МРТ головного мозга, происходит резорбция содержимого гематомы и ее капсулы.

Литература:

1. Бабчин, А.И. Травматические субдуральные гематомы [Текст]: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - Л., - 1982. - 23 с.
2. Барышев, Е.И. Распознавание и лечение хронических субдуральных гематом [Текст] / Е.И. Барышев // III Всесоюз. съезд нейрохирургов: Тез. докл. - М., 1982. - С.23-24.
3. Бродский, Ю.С. Хронические субдуральные гематомы у детей грудного возраста [Текст] / Ю.С. Бродский, Л.Н. Вербова // Вопросы нейрохирургии. - 1984. - №3. - С. 48-53.
4. Вербова, Л.Н. Субдуральные гематомы у детей грудного возраста [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Киев, 1986. - 23 с.
5. Гелис, В.И. Хронические двусторонние субдуральные гематомы [Текст] / В.И. Гелис, Б.Ф. Гуровец, В.М. Дзюбанов // III Всесоюз. съезд нейрохирургов: Тез. докл. - М., 1982. С. 36-37.
6. Гук, А.И. Диагностика и хирургическое лечение хронических внутримозговых гематом полушарий большого мозга [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Киев., 1984. - 24 с.
7. Дунаевский, А.Е. Отдаленные результаты хирургического лечения травматических внутричерепных гематом [Текст] / А.Е. Дунаевский, Н.П. Гук, Т.И. Макеева // Научная конференция нейрохирургов УССР: Тез. докл. - Одесса, 1984. - С. 19-22.
8. Зотов, Ю.В. Хирургия травматических внутричерепных гематом и очагов размножения головного мозга [Текст] / Ю.В. Зотов, В.В. Щедренок. - Л., 1984. - С. 23.
9. Иоффе, Ю.С. Объем хирургических вмешательств при травматических внутричерепных гематомах супратенториальной локализации [Текст] / Ю.С. Иоффе, В.В. Крылов, Е.Н. Лунай // Внутричерепные кровоизлияния и ишемии / Под ред. В.В. Лебедева. - М., 1990. - С.16-21.
10. Кандель, Э.И. Компьютерная томография в диагностике субдуральных гематом [Текст] / Э.И. Кандель, Н.М. Чеботарева, С.Б. Вавилов // III Всесоюзный съезд нейрохирургов: Тез. докл. - М., 1982. - С.51-52.
11. Козель, А.И. Современная диагностика внутричерепных гематом с позиции концепции фазности их клинического течения [Текст] / А.И. Козель, А.А. Рязанцев // II съезд нейрохирургов Российской Федерации: Тез. докл. - Н.Новгород, 1998. - С.32.
12. Корниенко, В.Н. Компьютерная томография в диагностике черепно-мозговой травмы [Текст] / В.Н. Корниенко, Н.Я. Васин, В.А. Кузьменко. - М.: Медицина, 1987. - С.119-120.
13. Кравчук, А.Д. Интенсивная санация подбололочных пространств при травматических субарахноидальных кровоизлияниях [Текст]: Автореф. дисс... канд. мед. наук. - М., 1986. - 23 с.
14. Ольхов, В.М. Хронические травматические субдуральные гематомы у больных пожилого и старческого возраста (нейрохирургическая диагностика и лечение) [Текст]: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Киев, 1985. - 24 с.
15. Потапов, А.А. Хронические субдуральные гематомы [Текст] / А.А. Потапов, Л.Б. Лихтерман, А.Д. Кравчук // Доказательная нейротравматология / Под ред. А.Н. Коновалова. - М., 2003. - №12. - С. 518.
16. Токмаков, Г.В. Дифференциальная диагностика и хирургическое лечение травматических субдуральных гематом [Текст] / Г.В. Токмаков // Актуальные вопросы черепно-мозговой травмы / Под ред. А.Н. Коновалова-Горький, 1983. - С. 27-43.
17. Шульман, Х.М. Диагностика и хирургическое лечение внутричерепных травматических гематом [Текст] / Х.М. Шульман, В.И. Данилов, Р.И. Ягудин // Казан. мед. журн., 1990. - №6. - С. 401-404.
18. ЩигOLEV, Ю.С. Лечение хронических субдуральных гематом в аспекте современных малоинвазивных методик [Текст] / Ю.С. ЩигOLEV, Г.Б. Цехановский // Материалы II Российско-Американской научно-практической конференции: Тез. докл. - М., 2003. - С. 188-190.
19. Эль-Кади, Х.А. Патогенез и лечение хронических субдуральных гематом [Текст] / Х.А. Эль-Кади // Вopr. Нейрохирургии, 1988. - № 2. - С. 47-52.
20. Abouzari, M. The role of postoperative patient posture in the recurrence of traumatic chronic subdural hematoma after burr-hole surgery [Text] / M. Abouzari, A. Rashidi, J. Rezaii // Neurosurgery, 2007. - V.61. - P.794-797.
21. Ernestus, R.I. Chronic subdural hematoma: surgical treatment and outcome in 104 patients [Text] / R.I. Ernestus, P. Beldzinski, H. Lanfermann // Surg Neurol., 2017. - V.48. - P. 220-225.
22. Lindvall, P. Anticoagulants and antiplatelet agents and the risk of development and recurrence of chronic subdural haematomas [Text] / P. Lindvall, L.O. Koskinen // J Clin Neurosci., 2009. - V. 16. - P. 1287-1290.
23. Nakaguchi, H. Factors in the natural history of chronic subdural hematomas that influence their postoperative recurrence [Text] / H. Nakaguchi, T. Tanishima, N. Yoshimasu // J. Neurosurg., 2011. - V.95. - P.256-262.
24. Sim, Y-W. Recent changes in risk factors of chronic subdural hematoma [Text] / Y-W. Sim, K-S. Min, D-H. Kim // J Korean Neurosurg Soc., 2012. - V. 52. - P. 234-239.
25. Torihashi, K. Independent predictors for recurrence of chronic subdural hematoma: a review of 343 consecutive surgical cases [Text] / K. Torihashi, N. Sadamasa, K. Yoshida // Neurosurgery, 2008. - V. 63. - P. 1125-1129.

**ОРТОДОНТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ
ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА**

Э.О. Исаков, А.Б. Бекбосунова

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

Резюме. В статье освещены вопросы вторичных деформаций зубных рядов, возникающих на фоне заболеваний тканей пародонта и необходимость проведения ортодонтического этапа лечения. Описываются применяемые несъемные и съемные ортодонтические аппараты, преимущества съемной ортодонтической техники.

Ключевые слова: пародонтиты, веерообразное расхождение зубов, диастемы, тремы, ортодонтические аппараты.

ПАРОДОНТ ТКАНДАРЫН КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДОГУ ОРТОДОНТИЯЛЫК ЫКМА

Э.О. Исаков, А.Б. Бекбосунова

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

Корутунду. Макалада пародонт ооруларынан келип чыккан тиштердин катарларынын бузулуулары жана ортодонтиялык дарылоо этабынын зарылдыгы чагылдырылган. Колдонулуучу чечилме жана чечилбей турган ортодонтиялык аппараттар, чечилме ортодонтиялык техниканын өзгөчөлүктөрү жазылган.

Негизги сөздөр: пародонтиттер, тиштердин ар тарапка карап калышы, диастемалар, тремалар, ортодонтиялык аппараттар.

**ORTHODONTIC TREATMENT IN COMPLEX THERAPY
OF DISEASES OF PERIODONTAL TISSUES**

E.O Isakov, A.B. Bekbosunova

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of orthopedic stomatology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article describes the questions about the secondary deformations of dentition, arising on the background of periodontal tissue diseases and the need for an orthodontic stage of treatment. There is describes the applied non-removable and removable orthodontic devices, the advantages of removable orthodontic appliances.

Key words: periodontitis, fan-shaped divergence of teeth, diastema, orthodontic devices.

**Ортодонтический этап в лечении заболеваний
пародонта**

При заболеваниях пародонта из-за изменений в связочном аппарате и дистрофических процессов в костной ткани под влиянием функциональных нагрузок как при окклюзионных контактах, так и через пищевой комок (т.е. при опосредованной окклюзии) наступают вторичные деформации зубных рядов. Они являются наглядным примером ведущей роли функции жевания в перестройке зубочелюстной системы при пародонтите. Силы жевательного давления сдвигают зубы в одном или нескольких направлениях. Так, фронтальные зубы смещаются чаще всего в ве-

стибулярном направлении. Смещение зубов кпереди лишает их контакта между собой, обуславливает попадание пищи в межзубные промежутки и расхождение зубов происходит и за счет подвижности зубов. При этом к травме межзубного сосочка присоединяются смещение зубов по отношению к друг другу, разворот их или наклон в сторону дефекта [2, 3, 4, 6, 7].

Вторичные деформации развиваются как при интактных зубных рядах, так и при дефектах в них. В последних случаях деформации возникают чаще и клиническая картина пародонтита резко обостряется, появляется ряд дополнитель-

ных нарушений в топографо-анатомических взаимоотношениях элементов зубочелюстной системы [1, 8, 9, 10, 11].

Например, при потере группы жевательных зубов на одной или обеих челюстях, при перекрестных дефектах происходит уменьшение окклюзионной высоты, нижняя челюсть смещается дистально, увеличивается степень перекрытия во фронтальной группе зубов, изменяются взаимоотношения элементов височно-челюстного сустава. В дальнейшем, при вестибулярном смещении фронтальных зубов, исчезает режуще-бугорковый контакт, еще больше снижается окклюзионная высота, фронтальные зубы нижней челюсти травмируют слизистую оболочку альвеолярного отростка верхней челюсти. При заболеваниях пародонта, развившимся на фоне аномалий челюстей и зубных рядов, вторичные деформации возникают чаще и протекают значительно тяжелее [5, 19, 20, 21].

Из приведенных выше данных о характере распределения жевательного давления и деформации костной ткани альвеолярного отростка следует, что, направленная под углом к длинной оси зуба, сила вызывает большую степень деформации тканей, как и наклон зуба даже при вертикально действующей силе. Этого достаточно, чтобы обосновать необходимость ортодонтического лечения вторичных деформаций при пародонтитах. Не исправив положение зубов, не восстановив нормальную окклюзионную высоту и правильное взаимоотношение элементов зубочелюстной системы, нельзя снять дополнительные факторы перегрузки тканей пародонта. Следует подчеркнуть, что перегрузка сама может служить причиной развития патологических процессов в пародонте, а измененная ось наклона зуба при увеличенной экстраальвеолярной части (за счет атрофии) усиливает деформацию тканей и деструктивные процессы [14, 15, 16, 17, 18].

Возникновение вторичных деформаций и нарушений во взаимоотношении зубных рядов должно быть расценено как осложнение основного заболевания – генерализованного или очагового пародонтита, лечение которого требует специфических мероприятий. Осложнение усугубляет течение основного заболевания, и невнимание врача к этому факту снижает эффективность лечения [8, 9, 10, 14].

Лечение вторичных деформаций и восстановление правильных артикуляционных взаимоотношений проводятся ортодонтическими методами с использованием несъемных и съемных аппаратов [10, 11, 12, 15]. Наиболее эффективными орто-

донтическими аппаратами следует считать съемные конструкции. При незначительных деформациях допустимо скрепление смещенных зубов ниткой по типу лигатурного связывания. Применение резиновых колец недопустимо.

В последнее время при ортодонтическом этапе лечения заболеваний тканей пародонта часто применяют методы, связанные с применением несъемной ортодонтической аппаратуры. Несмотря на эффективность лечения, удельный вес осложнений, включая изменения тканей пародонта, достаточно высок – от 37,7 до 50% [11, 12, 13, 22]. Ортодонтическое лечение с применением классической лигатурной брекет-системы способствует снижению уровня гигиены полости рта и приводит к увеличению распространенности и степени тяжести воспалительных заболеваний пародонта [22].

При заболеваниях пародонта наиболее подходящими ортодонтическими аппаратами следует считать съемные конструкции.

Перемещение зубов при дистрофических процессах в пародонте требует применения слабых, дозируемых врачом сил. Следует предположить, что малые силы оказывают стимулирующее действие на костеобразовательный процесс [19, 20, 21].

Использование возможностей ортодонтической съемной конструкции при комплексном лечении пациентов с воспалительно-дистрофическими заболеваниями тканей пародонта может обеспечить решение многих проблем, связанных с длительностью и эффективностью лечения, ретенцией полученных результатов.

Целью исследования является определение возможности и особенности ортодонтического лечения с применением съемной конструкции в комплексе мероприятий при воспалительно-дистрофических заболеваниях пародонта.

Материал и методы исследования

Материалом послужили пациенты с заболеваниями тканей пародонта, осложненными вторичными деформациями зубов и зубных рядов.

Нами было принято 20 пациентов в возрасте от 35 до 55 лет без выраженной соматической патологии. Из них 12 женщин и 8 мужчин. Количество больных со смещением зубов в виде диастем, трем – 10; снижением окклюзионной высоты, осложненным и глубоким резцовым перекрытием, и дистальным смещением нижней челюсти – 4; феноменом Попова-Годона – 3; при пародонтитах, развившимся на фоне на фоне глубокого прикуса – 3.

Клиническое обследование осуществлялось с использованием субъективных и объективных

методов. Субъективные методы включали сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни. Анамнез жизни включает вредные привычки, производственные факторы, особенности питания, а также характер соблюдения гигиенического режима полости рта. В анамнезе болезни выясняли давность деформации зубов и зубных рядов, проводилось ли ранее лечение и каковы были его результаты. Объективные методы включали общий осмотр тканей полости рта, визуальную, инструментальную и индексную оценку тканей пародонта. При общем осмотре проводилось определение соотношения зубных рядов, выявление возможных факторов риска. При визуальном и инструментальном исследовании тканей пародонта оценивались признаки атрофии и гипертрофии десны, вид и объем зубных отложений. Определялись наличие и глубина патологического зубодесневого кармана. Также клинически оценивалась подвижность зубов при помощи индекса Miller (1938).

Всем пациентам был изготовлен комплект рентгенограмм: ортопантограммы, панорамные, прицельные рентгенограммы, с помощью которых определяли степень деструкции костной ткани.

Комплексное лечение включало: терапевтические, ортодонтические, ортопедические методы.

Результаты исследования

При клиническом обследовании, до лечения, отмечено у всех пациентов наличие зубного налета, кровоточивости – у 86,1%, рецессия

десны наблюдалась у 83,3%, консистенция изменена у 63,9%, подвижность зубов и изменение цвета десны диагностированы у 55,6%.

Подвижность зубов в процессе ортодонтического лечения увеличилась, но, со временем, в период от 3-х до 6-ти месяцев процесс стабилизируется.

Анализ рентген исследований позволяет констатировать, что ортодонтическое лечение не усугубляет деструктивных процессов.

К ортодонтическому лечению приступают после удаления зубных отложений и исчезновения острых воспалительных явлений в пародонте.

При вестибулярном смещении зубов, тремах и диастемах мы с успехом применяли пластинку с вестибулярной дугой (диаметр проволоки 0,6-0,8 мм) и саму деформацию. Применяя этот лечебный аппарат, следует помнить, что после его припасовки, базисная пластинка в области перемещаемых зубов не должны прилегать к ним с оральной стороны на расстояние, равное расстоянию, на которое необходимо переместить зубы. Вестибулярная дуга должна располагаться на 1,5-2 мм от режущего края зубов. Наши наблюдения показали, что при слабом активировании дуги путем сближения краев петель, эффект лечения наступает в первые 2-3 недели. Преимущество данного аппарата заключается и в том, что, после окончания ортодонтического лечения и до момента фиксации постоянного вида шины, он является ретенционным аппаратом (рис. 1).

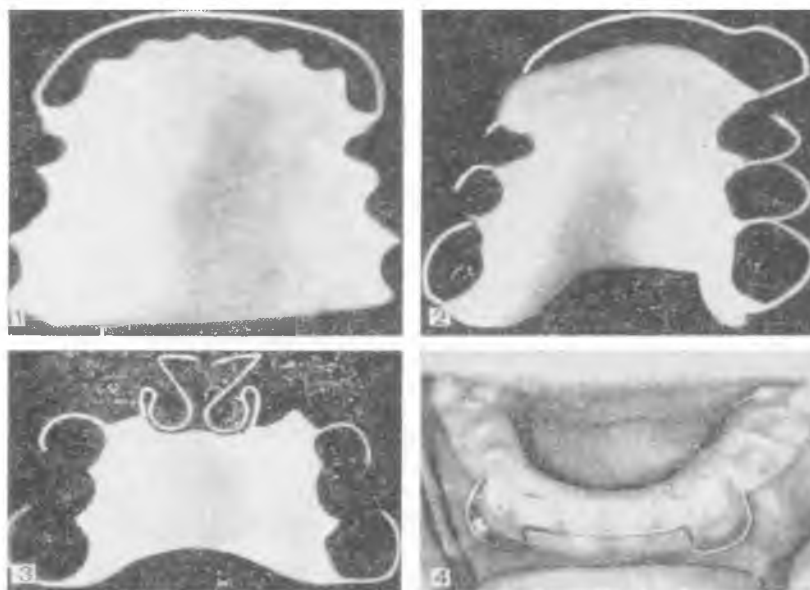


Рис. 1. Пластина с вестибулярной дугой.

Для снятия развившегося глубокого резцового перекрытия, возвращения нижней челюсти в правильное окклюзионное соотношение изготовлен

временный каппа-протез на нижний зубной ряд с замещением дефекта (рис. 2).



Рис. 2. Временный каппа-протез.

Каппа фиксирует смещенную нижнюю челюсть в правильном исходном положении (перед изготовлением каппы было определено правильное центральное соотношение, исходя из физиологического покоя). Адаптация наступила через 2 дня. Боль в области фронтальных зубов исчезла на 3-й день. Функция жевания улучшилась.

Через 2 недели начато изготовление мостовидных протезов (после препаровки зубов каппа частично перебазирована в области этих зубов). Протезы изготовлены с учетом смещения нижней челюсти в правильное исходное положение. Резцовое перекрытие – на $\frac{1}{3}$ длины коронки нижних резцов, т.е. в том положении, в котором нижняя челюсть фиксировалась каппой. Учитывая, что у больной диагностирована начальная стадия травматического узла, больная взята на диспансерный учет. Через год после лечения в

области фронтальных зубов на основании клинических и рентгенологических данных отмечена стабилизация процесса.

При пародонтитах, развившихся на фоне глубокого прикуса, с целью разгрузки фронтальных зубов необходимо повысить окклюзионную высоту. Разница в размере нижнего отдела лица при физиологическом покое и в центральной окклюзии составляет 3-12 мм. При резком расхождении этих показателей повышение окклюзионной высоты для снятия глубокого резцового перекрытия на постоянных шинирующих аппаратах ведет к увеличению размера коронок жевательных зубов, что при заболеваниях пародонта следует признать нежелательным. При данных видах аномалий ортодонтическое лечение сочетают с укорочением фронтальных зубов верхней и нижней челюсти (рис. 3).

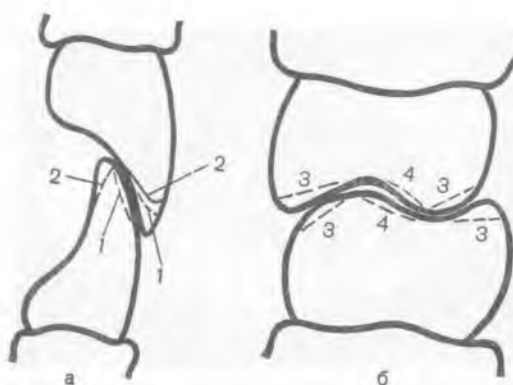


Рис. 3. Схема укорочения фронтальных зубов.

Укорочение фронтальной группы зубов преследует цель снятия блокирующих участков зуба при сагиттальном сдвиге нижней челюсти и уменьшения разобщения группы жевательных зубов при передней окклюзии. Сошлифовывание

проводят по режущему краю и по контактирующим поверхностям зубов при смещении челюсти вперед. Стачивание проводят в пределах эмаливого слоя вначале под визуальным контролем при смещении нижней челюсти кпереди, вправо и влево и прекращают его при первых болевых

ощущениях. Вначале укорачивают центральные резцы, затем боковые и при необходимости клыки. После укорочения зубов приступают к снятию блокирующих участков. Для этого сложенную вдвое копировальную бумагу укладывают между зубами и, фиксируя пальцами подвижные зубы, просят больного переместить нижнюю челюсть вперед, затем вправо и влево. На зубах в местах наибольшего контакта остаются жирные следы копировальной бумаги. После визуальной проверки этих участков при дви-

жениях челюсти их стачивают. Если копировальной бумага оставляет равномерный след на всех контактирующих поверхностях, а визуальный контроль подтверждает отсутствие блокирующих участков, шлифование прекращают. Все сточенные участки обязательно сглаживают резиновым полиром. Шлифование блокирующих участков в области жевательных зубов проводят при боковых движениях челюсти под визуальным контролем и затем с применением копировальной бумаги (рис. 4).

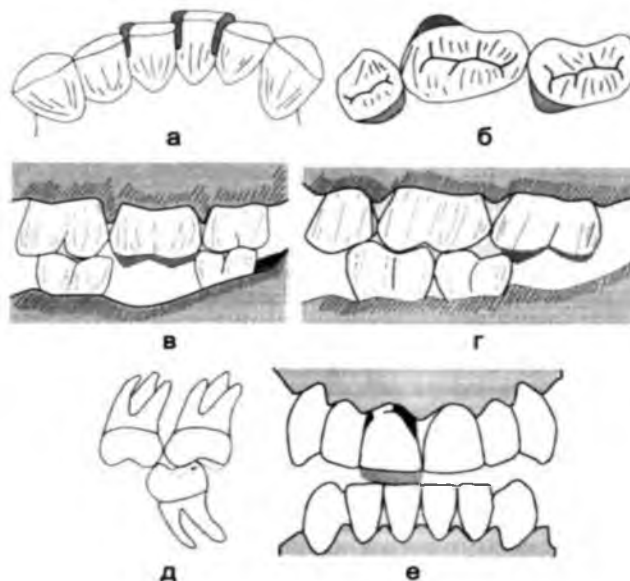


Рис. 4. Сошлифовывание блокирующих участков.

Ортодонтическое лечение проводят до того момента, когда после снятия аппаратов больной легко удерживает нижнюю челюсть в заданном положении. Если это достигнуто, то переходят к изготовлению постоянного шинирующего аппарата, окклюзионные накладки которого в области жевательных зубов удерживают нижнюю челюсть от смещения кзади и фиксируют ее в новом (как принято говорить в ортодонтии) конструктивном прикусе.

При прогеническом соотношении челюстей перестройку миотатического рефлекса проводят, применяя шинирующую капу, которую изготавливают с учетом поднятия прикуса в пределах 2-4 мм.

Ортодонтический этап лечения феномена Попова-Годона при пародонтозу показан только в тех случаях, если применение лечебного аппарата не вызовет резкой перегрузки опорных зубов. В этих случаях дезокклюзию мы проводили при помощи шинирующего бюгельного протеза, у которого после лечения феномена заменяли накусочные площадки на искусственные зубы. Применение постоянного шинирующего протеза в качестве аппарата для дезокклюзии способствует предупреждению перегрузки опорных зубов (рис. 5).

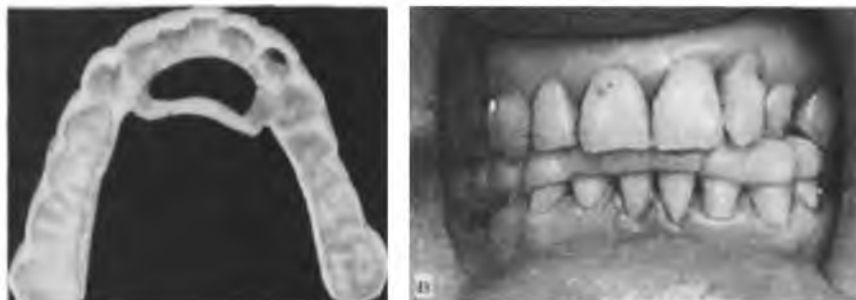


Рис. 5. Дезокклюзия с постоянным ШП.

Ортодонтическое лечение феномена не показано в тех случаях, когда пародонт зубов нижней челюсти не имеет физиологических резервов (атрофия второй – третьей степени).

Выводы:

1. При проведении ортодонтического этапа заболеваний тканей пародонта требуется уменьшение величины, используемой силы. Величина используемой силы должна уменьшаться пропорционально убыли костной ткани.
2. Обязательно проведение избирательного пришлифовывания после завершения ортодонтического лечения.
3. Нормализация положения зубов и формы зубных рядов дальнейшим шинированием способствует улучшению состояния пародонта при легкой и средней степени заболевания.
4. По данным клинических методов исследования после комплексного лечения заболеваний пародонта, включающего ортодонтический этап, уменьшается кровоточивость, глубина пародонтального кармана, улучшаются гигиенические индексы.

Литература

1. Адамчик, А.А. Способ шинирования подвижных зубов шиной из диоксида циркония / А.А. Адамчик // *Современная ортопедическая стоматология*. - 2010. - №13. - С. 52-54.
2. Арсенина, О.И. Особенности профилактических мероприятий в процессе ортодонтического лечения с использованием брекет-системы / О.И. Арсенина, В.В. Кирюшина, Н.В. Попова // *Ортодонтия*. - 2006. - №3 (35). - С. 45-48.
3. Диагностика и лечение воспалительных процессов в пародонте, возникающих при ортодонтическом лечении / [О.И. Арсенина и др.] // *Институт стоматологии*. - 2005. - №1(26). - С. 50-54.
4. Белоусов, Н.Н. Особенности планирования комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита / Н.Н. Белоусов // *Материалы XV Международной конференции челюстно-лицевых хирургов стоматологов "Новые технологии в стоматологии"*. - Санкт-Петербург 17-19 мая 2010-СПб. - С. 33-34.
5. Бимбас, Е.С. Оценка нарушения окклюзии зубов у взрослых пациентов / Е.С. Бимбас, Е.А. Бимбас // *Ортодонтия*. - 2003. - №2. - С. 2-9.
6. Бимбас, Е.С. Мотивация взрослых пациентов к ортодонтическому лечению / Е.С. Бимбас, Н.В. Мечкова. - М.: *Ортодент-инфо*, 2001. - №2. - С. 8-9.
7. Бондарева, Т.В. Необходимость сочетания ортодонтического и терапевтического лечения при зубочелюстных аномалиях и болезнях пародонта / Т.В. Бондарева, И.И. Валиева // *Ортодент-инфо*. - №4. - 2001. - С. 8-13.
8. Возная, И.В. Комплексное лечение воспалительных заболеваний пародонта при дефектах зубного ряда: Автореф. диссертация кандидат медицинских наук. - Екатеринбург, 2006. - 24 с.
9. Грудянов, А.И. Планирование лечебных мероприятий при заболеваниях пародонта. Текст / А.И. Грудянов, И.Ю. Александровская. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 56 с.
10. Грудянов, А.И. Принципы организации и оказания лечебной помощи лицам с воспалительными заболеваниями пародонта: Дис. доктора медицинских наук: 14.00.21 / А.И. Грудянов. - М., 1992. - 299 с.
11. Каламкар, Х.А. Ортопедическое лечение травматической окклюзии при сагиттальных аномалиях прикуса / Х.А. Каламкар // *Стоматология*. - 1994. - №4. - С. 45-50.
12. Колесникова, Л.Л. Анатомия и биомеханика зубочелюстной системы / Л.Л. Колесникова, С.Д. Арутюнов, И.Ю. Лебеденко. - М.: *Практическая медицина*. - 2007. - 165 с.
13. Модина, Т.Н. Принципы планирования комплексного лечения взрослых пациентов с быстро прогрессирующим пародонтитом / Т.Н. Модина, Г.Б. Оспанова, О.В. Овчинникова // *Клиническая стоматология*. - 2001. - №1(17). - С. 75-77.
14. Оспанова, Г.Б. Тактика врача-ортодонта при лечении пациентов с аномалиями прикуса, осложненными заболеваниями пародонта / Г.Б. Оспанова // *Стоматология: Материалы | Съезда Стомат. Ассоциация России*. - 1998. - Спец. вып. - С. 82-83.
15. Биомеханические основы ортодонтии в норме и при заболеваниях пародонта / А.Е. Степанов. - М., 2003. - 323 с.
16. Разрушение тканей пародонта. Кто виноват: бактерии или цитокины? / [А. Басконес и др.] // *Perio and Implant Quarterly*. - 2006. - №5.
17. Bichara, S.E. Textbook of Orthodontics / S.E. Bichara. - 2001. - Vol. 11. - P. 442-453.
18. Citric acid and autologous fibronectin in periodontal therapy / [R.G. Caffesse et al.] // *J. Dent. Res.* - 1990. - №69. - P. 276.
19. Nanda, R. Biomechanik and esthetic Strategies in clinical orthodontics / R. Nanda. - 2005. - P. 348-372.
20. Алвеш де Соуза, Р. Оценка реакции тканей пародонта и микробиологические изменения при использовании металлических лигатур и эластических колец / Рикардо Алвеш де Соуза, Мария Беатрис Борхес де Араужо Маньяни, Дарси Флавио Нойз // *American Journal of orthodontics and Dentofacial orthopedics*. - 2008. - Volume 134, Number 4. - P. 506-512.
21. С. Хасан, Халид. Оценка состояния тканей пародонта после лечения с использованием традиционных лигатурных и самолигирующих брекетов в ортодонтической практике-клинический, микробиологический и биохимический анализ / Халид С. Хасан, Адель С. Алаэль, Аяд Али // *Orthodontic wales*. - 2010.

УДК 616.314-089.23:612.602

ПРАКТИКА НОВЫХ МЕТОДОВ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА ИМПЛАНТАТАХ

А.Ж. Нурбаев, И.Б. Эркинбеков

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

Резюме: В данной статье раскрываются возможности оптимального использования диагностического оборудования и CadCam системы для рациональной имплантации и протезирования.

Ключевые слова: трехмерное планирование, инновационные шины, хирургический шаблон, стационарное сканирование, аугментация, кроссекции, стабильность имплантата.

**ИМПЛАНТАРДЫН ЖАРДАМЫ МЕНЕН ТИШ САЛУУНУН ЖАҢЫ ЫКМАЛАРЫН
КОЛДОНУУ ПРАКТИКАСЫ**

А.Ж. Нурбаев, И.Б. Эркинбеков

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

Корутунду: Илимий эмгекте диагностикалык жабдыктар жана CadCam түзүмүн колдонуу менен имплантаттарды ийгиликтүү орнотуп тиш салуу мүмкүнчүлүгүн ачып көрсөтөт.

Негизги сөздөр: көлөмдүү түзүм, негизделген шакшак кептөөр, хирургиялык шаблон, стационардык сүрөттөө, аугментация, кроссекциялар, имплантаттын бекемдиги.

PRACTICE OF APPLYING NEW METHODS OF PROSTETICS ON IMPLANTS

A.G. Nurbaev, I.B. Erkinbekov

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

Summary: expands the possibilities for optimal use of the diagnostic equipment and Cad Cam system for rational implants and prosthetics.

Key words: 3D planning, innovative tires templates stationary scanning, hirurgijalyk template, surgical template, stationary scanning, augmentation, cross sections, stability of the implant.

Введение. Качество ортопедического лечения больных, зависит от многих факторов: состояния тканей протезного ложа, уровня здоровья, психоэмоционального расстройства, конструктивных особенностей протеза во рту и используемых материалов. Таким образом, система «зубной протез-имплантат-окружающие ткани» не могут рассматриваться изолированно от всего организма, совокупностью его систем, которые могут оказывать значительное, а иногда решающее влияние на выживание создаваемой биотехнической системы. В процессе функционирования имплантата происходит восстановление объема кости и увеличение трабекул с последующим возрастанием ее плотности. Целесообразно протезы создавались, чтобы замедлить или предотвратить атрофию альвеолярного отростка, деструкцию сустава неизбежную при изменении высоты прикуса [1, 2, 4, 5, 6, 8, 9].

Последние достижения в цифровых технологиях открывают широкие перспективы в денталь-

ной имплантологии. При получении изображений в трехмерной проекции, открылись возможности объемного изучения необходимого участка костей челюсти, которые были недоступны при двухмерном исследовании. Очень важно оценить объем костного гребня и его контуры для стабильной установки имплантата и ортопедической конструкции. Программа также позволяет провести трехмерную симуляцию хирургических процедур, способствует точно спланировать создание остеотомического ложе под имплантат.

Сегодня для точного и результативного протезирования используется технология CadCam (хирургических шаблонов). Технология CadCam подразумевает трехмерное моделирование ложа при помощи компьютерных технологий.

Перед удалением зубов необходимо задуматься о рациональном протезировании. Это важный момент, так как даже небольшая отсрочка приводит к тому, что челюстная кость оседает, и для имплантации могут потребоваться дополнительные подготовительные операции. В зависимости

от подготовки костной основы, срок службы имплантата может быть короткого и длительного ношения [1, 2, 3, 4, 6, 7,8].

При этом традиционные методы планирования дентальных имплантаций зубов (применение компьютерной томографии и рентгенографии) могут быть осложнены присутствием разных осложнений, таких как, например, перфорация верхнечелюстных пазух, нижнечелюстного канала и тому подобное [3, 6, 10].

Новый метод позволяет избегать осложнений, используя инновационные шины шаблоны, который дает возможность:

- виртуального планирования положения имплантатов и анализ возможности имплантации;
- подготовки данных для изготовления направляющих шаблонов с любыми вариантами фиксации (назубной, на костной, надсневой);
- виртуального восстановления искусственных зубов в области дефектов зубных рядов;
- разметки данных компьютерной томографии построение кроссекций (сечений) по оси планируемой искусственной опоры;
- установки виртуальных аналогов имплантатов (для любых систем) в плоскости сечений, сэкономив на этом немалую сумму;
- проектирования и изготовления направляющих шаблонов;
- виртуального планирования направляющих шаблонов с высокой точностью посадки;
- планирование аугментации.
- конструировать установку индивидуального абатмента и коронки, который позволяет прогнозировать окончательный результат и выполнить не просто правильную установку имплантата, но и провести целенаправленное лечение с окончательной реставрацией слизистой оболочки полости рта.

Цифровые данные о зубах с 0,5 микронной погрешностью могут быть собраны с помощью внутри – или вне ротовых сканеров. Эта информация может быть использована для изготовления хирургического шаблона и протезирования с помощью CAD-программного обеспечения. Другими словами, цифровое изображение зубов сопоставляется с виртуальной КТ-моделью, что позволяет улучшить качество изображения. В то же время мы можем получить гибридное 3D изображение состояния костного сегмента. Программа, разработанная специально для наложения срезов КЛКТ (DICOM-файлов) на сканированные изображения (STL-файлы), также может быть использована для регистрации прикуса в центральной окклюзии и потом при компьютерной томографии.

После всестороннего анализа клинической ситуации, вместе с техником следует планировать ориентировочный план лечения, который будет предусматривать установку той конструкции имплантата, который подходит именно к этому участку сегмента кости. По соглашению с пациентом врач также может получить вместе с хирургическим шаблоном, абатмент и временную коронку.

Для снятия оттиска планируемой челюсти, используют специализированную ложку R2Tray (рис. 1). Традиционным методом изготавливается модель челюсти (рис. 2), для моделирования индивидуальной ложки с комбинированием прикусного валика (рис. 3). Ложка необходима для создания КТ виртуального оттиска челюсти. Полученная с помощью компьютерной томографии данные 3D оттиска, сопоставляется с виртуальным сканом (сканер T-300. Рис. 6) гипсовых моделей.



Рис. 1. Ложка R2Tray.



Рис. 2. Модель челюсти.



Рис. 3. Ложка с прикусом.

После сбора информации о состоянии полости рта пациента, все данные загружаются в программу R2Gate для виртуальной моделировки зубного ряда и расстановки имплантатов со-

гласно анатомическим особенностям зоны интереса. По этой программе можно установить виртуально имплантат согласно нашим требованиям в трехмерном объеме, тем самым учесть не

только его погружение по глубине и расположение относительно состояния костной структуры, что обеспечивает надежность и долговечность

данной комбинации. Проверка программы, внимательно изучаем прилегание имплантата в костной ложе, запас окружающей твердой опоры (рис. 4).

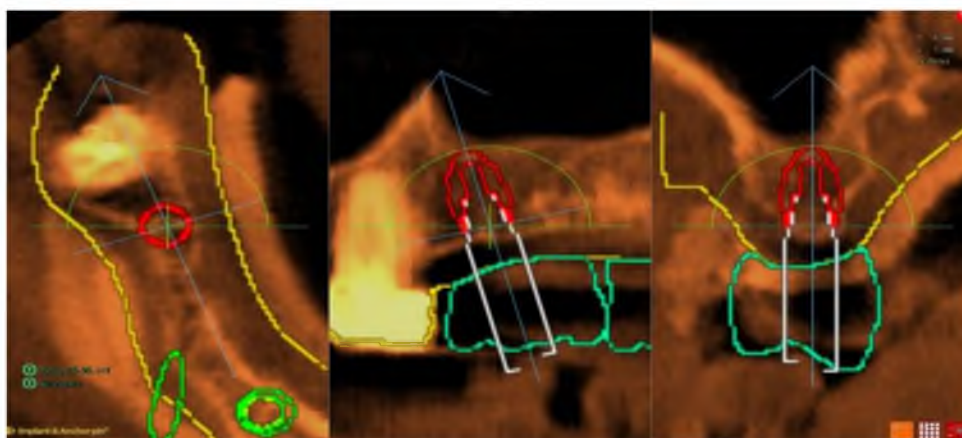


Рис. 4. Позиционирование имплантатов по месту установления.

При удовлетворительном результате распечатывается шаблон, на 3 D принтере (рис. 5).



Рис. 5. 3D принтер worplat.

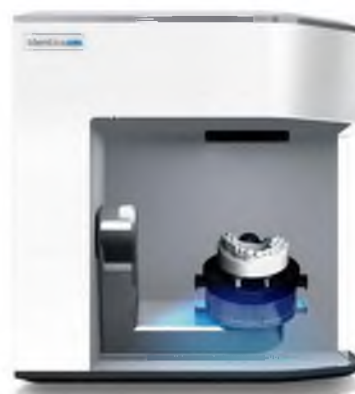


Рис. 6. Сканер стационарный T-300.

Программа оснащена функцией DigitalEye. За счет математического преобразования оттенков серого по цветовой шкале, появилась возможность визуальнее более достоверно определять тип плотности участков кости. Программа спо-

собствует расчету алгоритма подготовки имплантационного ложа для обеспечения высокой первичной стабильности имплантата которую можно проверить (резонансно-частотного анализа) прибором MEGAISQ (рис. 7).



Рис. 7. MEGA-ISQ – Аппарат для определения коэффициента стабильности имплантата.

Измерение коэффициента стабильности имплантата (КСИ) дает клиницисту возможность максимально точно оценить каждую конкретную клиническую ситуацию. Сравнивая первичную и вторичную стабильности имплантата можно получить значимую информацию об особенностях процесса заживления и остеоинтеграции. Подобный подход гарантирует успех имплантации даже у пациентов из группы высокого риска. Специальное окно в шаблоне позволяет проводить хирургический протокол по формированию костного ложа с орошением, тем самым предохраняя костную ткань от перегрева. Инновационный метод имплантации дает возможность:

- точного пространственного расположения имплантата под ортопедическую конструкцию независимо от количества;

- безопасное позиционирование имплантата во всех направлениях, включая глубину погружения;
- простота и предсказуемость операции;
- возможность фиксации постоянных абатментов и временных коронок сразу после операции;
- предварительного анализа состояния костной ткани и десны;
- высокоточное определение структуры и типа костной ткани.

По этим виртуальным моделям мы можем изготовить реальную ортопедическую конструкцию протеза временную или постоянную, выбрав материал для изготовления (рис. 8).



Рис. 8. Виртуальная модель ортопедической конструкции.

Трехмерное компьютерное планирование, является современным подходом в решении сложных клинических ситуаций. Оправдывает надежду пациентов иметь за короткое время надежное восстановление эстетической и функциональной целостности. В конструкциях анатомической формы уже заранее задается контур десневого края, который сохраняется в постоянной конструкции.

Литература

1. Арутюнов, С.Д. Компьютерное моделирование конструкций зубных протезов /С.Д. Арутюнов// Сб. тр. – М.: Медицина, 2000. – С. 51-54.
2. Брагин, Е.А. Восстановление элементов и функции зубочелюстной системы ортопедическими методами лечения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук /Е.А. Брагин. – Воронеж, 2003. – 33 с.
3. Результаты и перспективы исследования проблем дентальной имплантологии в России // [В.М. Безруков и др.]// Стоматология. – М., 2000. – №1. – С. 52-55.

4. Оптимизация ортопедического лечения больных с одиночно стоящими зубами на челюстях/ [В.П. Глуштенко и др.]/ Современная ортопедическая стоматология. – М., 2009. – №11. – С. 12-16.
5. Гросс, М.Д. Нормализация окклюзии / М.Д. Гросс, Дж.Д. Мэтьюс. – М.: Медицина, 1986. – 287 с.
6. Загорский, В.А. Протезирование зубов на имплантатах / В.А. Загорский, Т.Г. Робустова. – М.: Бином, 2011. – 351 с.
7. Калбаев, А. А. Состояние и пути совершенствования дентальной имплантации в Кыргызской Республике / [Текст]: дис. ... д-ра мед. наук. / А.А. Калбаев. – Бишкек, 2014. – 202 с.
8. Карл Е., Миш К.Е. Ортопедическое лечение с опорой на дентальные импланты. – Москва: Рид Элсивер. – 2010. – 616 с.
9. Коноваленко, В.Г. Биомеханическое обоснование несъемных ортопедических конструкций при лечении пациентов с дефектами зубных рядов, осложненных деформациями: Автореф. дис. ... канд. мед. наук / В.Г. Коноваленко. – Волгоград, 2009. – 23 с.
10. Eureka R2: Concept, Principle & Clinical Cases / [Kwang-Bum Park et al.] - Seoul Korea, 2015. - 358 p.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.А. Бообекова¹, Ч.К. Калканбаева², Э.К. Исаева²

¹ Кыргызский Государственный медицинский институт повышения квалификации и переподготовки

² Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: У 120 беременных с хроническим пиелонефритом проведена оценка течения беременности и функции почек в III триместре беременности – основная группа. У женщин основной группы чаще выявлялись соматические заболевания, в структуре гинекологических заболеваний преобладали хронические заболевания придатков. Течение беременности чаще осложнялись невынашиванием и гипертензивными нарушениями беременности, преждевременными родами, развитием ФПН плода. При анализе функционального состояния почек обследованных женщин было выявлено значимо сниженное СКФ и клиренса креатинина

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, беременность, функция почек.

ӨНӨКӨТ КҮЧӨШ АЯЛДАРДЫН КОШ БОЙЛУУЛУК УЧУРУНДА

А.А. Бообекова¹, Ч.К. Калканбаева², Э.К. Исаева²

¹ Кыргыз мамлекеттик кайра даярдоо институту

² И.К. Ахунбаев атындагы КММА

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Кош бойлуулуктун III чейрегинен кош бойлуулук жана бөйрөк кызматына өнөкөт күчөш менен 120 кош бойлуу аялдарга баа-жылы – негизги тобу аялдар, негизги топ көп, соматикалык оорудан жабыркагандар, түзүлүшү тараган өнөкөт оорулар Артка тарт-жылы гинекологиялык ооруларды аныкталган. Кош бойлуу учурунда көп кош бойлуулуктун боюнча жана кан менен татаал, мурда эмгектик, NEF жана адам түйүлдүгүнүн өрчүшүнүн, бөйрөк милдети карап аялдар болгон анализдөө кыйла креатинин жагынан жол-жоболоштурууну жана GFr кыскарган көрсөтгү.

Негизги сөздөр: өнөкөт күчөш, кош бойлуулук, бөйрөккө.

PREGNANCY COURSE IN WOMEN WITH CHRONIC PYELONEPHRITIS

A.A. Boebekova¹, Ch.K. Kalkanbaeva², E.K. Isaeva²

¹ Kyrgyz State Medical Institute for Advanced Studies and Retraining

² Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In 120 pregnant women with chronic pyelonephritis, an assessment of the course of pregnancy and kidney function in the third trimester of pregnancy – the main group. Women of the main group more often showed somatic diseases, in the structure of gynecological diseases prevalent chronic diseases of the appendages. The course of pregnancy was more often complicated by miscarriage and hypertensive disorders of pregnancy, premature birth, development of FPN of the fetus. When analyzing the functional state of the kidneys of the examined women, a significantly decreased GFR and clearance of creatinine

Key words: chronic pyelonephritis, pregnancy, kidney function.

Введение. В последние годы наблюдается высокая частота и значительный рост соматической заболеваемости у женщин детородного возраста, а также повышение частоты осложнений беременности и родов у данной категории пациенток. Хроническую соматическую патологию имеют 70% беременных женщин, у 76% во время беременности возникают обострения заболеваний (анемия, пиелонефрит и прочее) [1, 2]. У женщин с экстрагенитальной патологией отмечается более высокая частота осложнений беременности (угроза прерывания, гипертензивные нарушения

беременности, фетоплацентарная недостаточность), преждевременные роды [3, 4].

Наиболее часты осложнения беременности и родов у больных с пиелонефритом. У них чаще происходят преждевременные роды, в родах наблюдается слабость родовой деятельности [5, 6]. Оценка функции почек у беременных с пиелонефритом важна как с клинической, так и с исследовательской точки зрения

Цель исследования: Оценка течения беременности и функционального состояния почек у беременных с пиелонефритом.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 беременных с пиелонефритом в III триместре беременности, которые составили основную группу и 25 соматически здоровых пациенток с физиологическим течением беременности – группа контроля. В обеих группах использовали клинико-анамнестический метод, лабораторно-инструментальные методы обследования. Для оценки функционального состояния почек определяли скорость клубочковой фильтрации (СКФ) и канальцевую реабсорбцию почек (КРП), клиренс креатинина. Проводили статистическую обработку цифрового материала общепринятыми методами.

Результаты исследования и их обсуждение

Средний возраст обследованных основной группы составил $26,9 \pm 1,2$ года, женщин контрольной группы – $23,7 \pm 1,4$ года.

Структура соматических заболеваний в основной группе выглядела следующим образом: анемия определялась у 70,3% пациенток, заболевания органов дыхания – у 16,2%, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 26,4%, эндокринной системы – у 26,7%.

Гинекологические заболевания у беременных с пиелонефритом были представлены воспалительными заболеваниями придатков – в 35,5% случаев против 15,3% в группе контроля ($p < 0,05$).

В группе с пиелонефритом частота невынашивания беременности составила 14,5% по сравнению с группой контроля – 6,3% ($p > 0,05$).

Из осложнений беременности у женщин основной группы наиболее часто наблюдались ФПН (35,1% против 11,9% в контроле) и гипертензивные нарушения беременности (34,7% против 8,6% в контроле). Угрожающие преждевременные роды диагностированы у 44,8% женщин с

пиелонефритом и у 20,3% в группе контроля. Внутритрубно инфицирование – у 57,7% и 15,3% соответственно.

По результатам общего анализа мочи и анализа мочи по Нечипоренко лейкоцитурия диагностирована у 90,4% женщин основной группы. Бактериурия в количестве 10^5 КОЕ/мл и выше была у 44,6% беременных основной группы.

Наиболее частым возбудителем хронического пиелонефрита являлась *Escherichia coli* (66,2%), грамположительные стрептококки и стафилококки выявлялись в 24,5% случаев, грамотрицательные бактерии семейства *Enterobacteriaceae* – в 10,3%, *Klebsiella* – в 6,2%.

При анализе функционального состояния почек обследованных женщин было выявлено значимо сниженное СКФ и клиренса креатинина у беременных с пиелонефритом (рис. 1).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о том, что хронический пиелонефрит отрицательно влияет на функциональное состояние почек у беременных.

Знание влияния экстрагенитальной патологии на течение беременности и развитие плода, а также знание влияния самой беременности на ЭП позволяют правильно вести разрешенную беременность и сохранить здоровье женщины и получить здоровое потомство.

Беременность следует рассматривать как экстремальное состояние. Функционирование ряда органов и систем женского организма во время беременности протекает на грани с патологией, причем имеются “критические сроки”, когда легко наступает срыв, декомпенсации той или иной системы или органов.

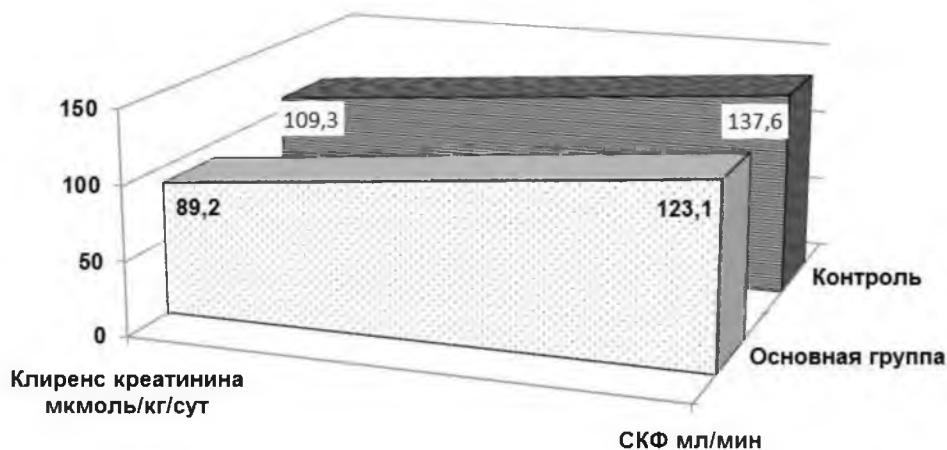


Рис. Показатели функционального состояния почек.

Литература

1. Медведь В.И. Преэклампсия в клинике экстрагени-
тальной патологии //Почки. – 2013. - №3 (05).
– С. 21-23.
2. Никольская И.Г. Пielонефрит и беременность.
Этиология, патогенез, классификация, клиниче-
ская картина, перинатальные осложнения // Рос-
сийский вестник акушерства и гинекологии.
- 2007. - №2. - С. 34-36.
3. Стяжкина С.Н., Черненко М.Л., Кривенко П.А.,
Гайлямова Л.И. Течение и исходы беременности у
женщин с хроническим пиелонефритом // Совре-
менные проблемы науки и образования. - 2015.
- №1.
4. Piccoli G.B., Attini R., Vasario E., Conijn A., Biolcati
M., D'Amico F., Consiglio V., Bontempo S., Todros T.:
*Pregnancy and chronic kidney disease: A challenge in
all CKD stages.* Clin J Am Soc Nephrol 5: 844-855,
2010.
5. Орджоникидзе И.И. Беременность и роды при за-
болеваниях мочевыводящих путей. - М.: Медицина,
2009. – 176 с.
6. Nevis I. F., Reitsma A., Dominic. Ar. *Pregnancy Out-
comes in Women with Chronic Kidney Disease: A Sys-
tematic Review* // Clin J Am Soc Nephrol. 2011
November; 6(11): 2587-2598.

**ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЁЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Ж.М. Насирдинова

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра акушерства и гинекологии №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе проведен проспективный и ретроспективный анализ 45 историй родов беременных женщин больных туберкулезом, поступивших в Городской Перинатальный Центр с 2004 года по 2017 год. Выявлено, что у 11% женщин диагноз туберкулеза был подтвержден в клинически тяжелой стадии заболевания. В анамнезе, у данного контингента беременных женщин, заражение туберкулезом произошло в 1-2 триместре беременности. Заболевание протекало без выраженных клинических проявлений, на фоне проявлений раннего токсикоза беременных, что вызвало трудности своевременной диагностики. Ухудшение тяжести заболевания произошло в третьем триместре беременности, в послеродовом периоде и в 4% случаев исход был летальный.

Ключевые слова: туберкулез и беременность, диагностика туберкулеза при беременности, исход беременности при туберкулезе.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДА КУРГАК УЧУК МЕНЕН ЖАБЫРКАГАН
КОШ БОЙЛУУ АЯЛДАРДЫН ИЛДЕТИН АНЫКТООДОГУ КЫЙЫНЧЫЛЫКТАРЫ**

Ж.М. Насирдинова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясы
№1 акушердик жана гинекология кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул илимий иште 2004-жылдын 2017-жылга чейин Шаардык перинаталдык борборго келип түшкөн 45 кургак учук менен жабыркаган кош бойлуу аялдардын төрөт тарыхтарынын ретроспективдик жана проспективдик анализи жүргүзүлдү. Алардын 11% кургак учуктун өткөөл оор абалында аныкталган. Бул аялдардын оору баянында кургак учук менен жабыркаганы кош бойлуулуктун биринчи жана экинчи үч илигинде болгон. Илдет көрүнүктүү клиникалык белгилерди көрсөткөн жок, ошол себептен диагнозу убагында коюлган жок. Кош бойлуулуктун үчүнчү үч илигинде, төрөттөн кийинки мезгилде аялдардын ахыбалдары кескин түрдө начарлап кетти жана алардын 4% леталдуу жыйынтык менен бүттү.

Негизги сөздөр: кургак учук жана кош бойлуулук, кош бойлуулукта кургак учукту аныктоо, кургак учук менен жабыркаган кош бойлуу аялдардын төрөт жыйынтыгы.

**THE PROBLEMS OF DIAGNOSTICS OF THE TUBERCULOSIS
IN PREGNANT WOMEN IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

J.M. Nasirdinova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
The #1 department of obstetrics and gynecology
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In this research, work was analyzed the 45 history labors in pregnant woman with tuberculosis, which entered to the Municipal perinatal center duration 2004-2017 years. It is educated, that for 11% women with tuberculosis was confirmed at the heavy degree of diseases. In anamneses at this contingent of women, the infected by tuberculosis was during the first and second trimester of pregnancy. The disease was current without clear of clinical symptoms. Worsening of severity diseases happened in the third trimester of pregnancy, post delivery times and in 4% cases an end was lethal.

Key words: tuberculosis and pregnancy made of diagnosis the tuberculosis during pregnancy, the outcome of pregnancy in women with tuberculosis.

Актуальность. В Кыргызстане частота материнской смертности остается высокой за последние десятилетия [1-5]. В 2016 г. от осложнений

беременности, родов и послеродового периода зарегистрирована смерть 48 женщин, или 30,3

умерших женщин на 100 000 родившихся живыми (Демографический ежегодник Кыргызской республики, 2012-2016). В Кыргызской Республике за данный период времени реализуется программа, утвержденная приказом МЗКР за №315 от 2008 года «Программа по улучшению перинатальной помощи в Кыргызской Республике на 2008-2017 годы». В программе предусмотрено реализация целей Саммита Тысячелетия по улучшению положения человечества во всем мире, по борьбе с ВИЧ и СПИДом, малярией и туберкулезом. В последние годы в мире, на фоне преимущественного поражения населения мужского пола отмечена тенденция к росту заболеваемости туберкулезом легких среди женщин репродуктивного возраста [7, 8, 12]. В Кыргызстане в 2016 году смертность от туберкулеза среди женщин составила 118 на 100 000 населения, в то время как среди мужчин составила 305 на 100 000 населения (Демографический ежегодник Кыргызской республики, 2012-2016). Однако, за последние пять десятилетий в отечественной литературе исследовательской работы посвященной туберкулезу при беременности встречается редко [14, 15]. Туберкулез беременных один из тяжелых осложнений во время беременности. Выявление туберкулеза на фоне беременности представляет определенные сложности, так в ранних сроках беременности проявления туберкулезной интоксикации часто принимают за проявления токсикоза беременных, что затрудняет своевременную диагностику. При тяжелых формах легочного туберкулеза в третьем триместре беременности за счет динамичного увеличения высоты стояния дна матки, происходит некоторое сжатие легких, закрывая кавернозные полости, создавая мнимое благополучие в течение беременности. Однако в послеродовом периоде за счет снижения высоты стояния дна матки, происходит раскрытие имеющихся полостей, генерализация процесса и, по мнению исследователей за счет увеличения нагрузки на организм матери в послеродовом периоде, происходит резкое ухудшение состояние матери. Обзор исследовательских работ отече-

ственных и зарубежных ученых и практиков показал, что отягощенное течение туберкулеза встречается во всех трех триместрах беременности и в послеродовом периоде, акушерский исход при этом имел четкую взаимосвязь с получением своевременной специфической терапии при беременности [7, 8, 12]. Учитывая выше изложенные данные, целью настоящей работы явилось: изучить сроки диагностики туберкулеза, исход беременности и родов у женщин с туберкулезом при беременности. Для выполнения поставленной цели, задачами исследования были:

1. Изучить структуру клинических форм туберкулеза у беременных женщин, страдающих туберкулезом.
2. Изучить сроки беременности, при которых, впервые выявлен туберкулез и исход данной беременности.
3. Изучить акушерский и перинатальный исход у беременных женщин с туберкулезом.

Материалы и методы исследования

Для выполнения поставленных задач проводили исследования историй родов у беременных женщин, поступивших в Городской перинатальный центр (таблица).

1. 40 беременных женщин с физиологическим течением беременности, поступивших в родильный блок ГПЦ за апрель-июль месяцы 2015 г. составили контрольную I группу.
2. 45 беременных женщин заболевших туберкулезом, поступившие в акушерские отделения ГПЦ в период 2004-2017 гг., вошли в основную II группу.

У всех беременных был проведен ретроспективный и проспективный анализ историй родов. В исследуемых группах применялись общепринятые методы клинко-лабораторных и инструментальных исследований и консультации фтизиатров. У больных туберкулезом рентгенография органов грудной клетки, бактериальной посев мокроты, при необходимости пункция плевральной полости, проводились в условиях Национального центра фтизиатрии специалистами центра.

Таблица 1

Характеристика исследуемых групп

№	Группы исследования	N	Средний возраст беременных	Срок беременности
1	контрольная	40	27,3 ± 0,711	39,3 ± 0,212
2	основная	45	27,7 ± 0,717	38,2 ± 0,519

Для классификации туберкулезного поражения органов у беременных мы придерживались рекомендаций ВОЗ (2005), и все туберкулезные поражения органов были разделены на следующие группы:

1. Легочная форма
2. Внелегочная форма
3. Легочные и вне легочные формы поражения
4. Большие и малые остаточные изменения (МОИ и БОИ)

Статистическая обработка полученных данных проводилась по стандарту, методом вариационной статистики, разницу средних величин оценивали по t-критерию Стьюдента и вероятности Р, с вычислением средних ошибок. Женщины обеих групп были в сопоставимых сроках беременности и средний возраст исследуемых групп, не имел достоверной разницы (таблица 1).

Результаты и их обсуждение

При анализе историй родов у 45х беременных женщин с туберкулезом выявлено, что впервые

туберкулезом заболели при данной беременности 60%. В структуре заболеваний туберкулезом превалировала легочная форма туберкулеза. Легочная форма туберкулеза была диагностирована в 71% случаев (таблица 2), из них с бацилло-выделением выявлено в 14 случаев (31%). Среди внелегочных форм превалировал экссудативный плеврит 2 случая – 4 %, милиарный туберкулез и сочетание туберкулезного менингоэнцефалита с милиарным туберкулезом в фазе инфильтрации выявлено по 1 случаю.

Таблица 2

Распределение клинических форм туберкулеза во II группе

№	Структура клинических форм туберкулёза	n	%
1	Легочный	32	71
2	Вне легочный	5	11
3	Легочный туберкулез в комбинации с вне легочным ТБ	3	7,0
4	Малые и большие остаточные изменения (МОИ и БОИ)	5	11
5	Всего	45	100

Течение туберкулеза и беременности осложнилось в 2х случаях (4,44%) кахексией: на фоне милиарного туберкулеза легких, туберкулезного менингита с мозговой комой. При легочной формой туберкулеза была выделена группа диссеминированного туберкулеза легких (куда были отнесены и 2 случая милиарного туберкулеза легких), впервые выявленные в сроках 28-31 недель беременности. Всего составили 3 случая (7%) в общей структуре туберкулезного поражения. Выявлено, что у 11% женщин диагноз туберкулеза был подтвержден в запущенной стадии заболевания. В анамнезе, у данного контингента беременных женщин, заражение туберкулезом произошло в 1-2 триместре беременности. С момента постановки диагноза всем беременным проводилась специфическая терапия по назначению фтизиатров, начиная со 2 триместра беременности по рекомендации ВОЗ по программе «Directly observed treatment short course – DOTS». В итоге, только в одном случае специфическая терапия не была проведена из-за категорического отказа беременной от лечения, у которой была выявлена множественно лекарственная устойчивая форма болезни.

Беременные, перенесшие туберкулезное поражение органов и клинически излеченные, отнесены в группу больших и малых остаточных изменений в 6 случаях (13%).

В основной группе в 27 случаях (60%) туберкулез был диагностирован впервые при данной беременности в различных её сроках. Среди 27 беременных, с впервые выявленным туберкулезом, заболевание диагностировано в 15 случаях

(55,5%) в сроке 28-36 недель, в 9 случаях (33,3%) – в сроках 14-27 недель беременности, в 3х случаях (11%) – в сроках до 14 недель беременности. Трудность своевременного выявления и постановки диагноза туберкулеза почти во всех случаях были связаны с не выраженностью клинических симптомов заболевания во втором триместре беременности и проявлением болезни схожей с симптомами токсикоза беременных, таких как тошнота, рвота, слабость, быстрая утомляемость в первом триместре. Соответственно не было проведено своевременной адекватной терапии. Однако с момента подтверждения диагноза и назначения лечения по программе DOTS, в 35 случаях (78%) доношенной беременности и в 6 случаях (13%) преждевременных родов установлено удовлетворительное состояние рожденных детей в постнатальном периоде, и все дети были рождены без видимой патологии и уродств. В данный расчет не вошли 4 случая (2 случая прерывания по мед показаниям в сроках 22-25 нед., 2 случая летального исхода). В одном случае беременная отказалась от лечения с милиарным туберкулезом, с множественной лекарственно-устойчивой формой беременность закончилась летальным исходом в позднем послеродовом периоде. В другом случае из-за поздней диагностики в 34 недель беременности и быстрой генерализацией процесса на фоне менингоэнцефалита туберкулезной этиологии с нарушением психического здоровья женщины, состояние ухудшилось до мозговой комы, женщина умерла до родов без родоразрешения в условиях Националь-

ного центра фтизиатрии. Так летальность в основной группе составила – 4%. В течение беременности у женщин с туберкулезом в 36х случаях (80%) сопровождалась анемией различной степени тяжести, в 2 х случаях (4%) сочеталась с преэклампсией легкой степени и гестационными отеками без протеинурии в одном случае. Хронический пиелонефрит и гломерулонефрит сопровождали туберкулез у беременных в 11% случаев, в 4% случаев гепатоз беременных и гепатит «С» минимальной активности.

Учитывая тяжесть и обширность поражения органов при туберкулезе у беременных в 2х случаях летального исхода, можно констатировать позднюю обращаемость и трудность своевременной диагностики на фоне протекающих проявлений токсикоза у беременных, в условиях первичного и вторичного звена лечебных учреждений. В случае отказа и отсутствия приверженности к терапии как при множественно лекарственно-устойчивой форме болезни, привело к усугублению тяжести течения туберкулеза, что непосредственно отразилось на летальном исходе беременности.

Выводы:

1. Легочная форма туберкулеза была диагностирована в 71% случаев, из них с выделением бацилл выявлено в 31% случаев, при этом в 60% случаев туберкулез был диагностирован впервые при данной беременности в различных её сроках;
2. В 55% случаев туберкулез был выявлен в сроках 28-36 недель, в 33,3% случаев в сроках 14-27 недель беременности, в ранних сроках до 14 недель беременности туберкулез выявлен в 11% случаев.
3. Туберкулез беременных в 80% случаев сопровождался с анемией беременных, в 4% случаев с преэклампсией легкой степени и гестационными отеками без протеинурии, с хроническим пиелонефритом и гломерулонефритом в 11% случаев, в 4% случаев с гепатозом беременных и гепатитом «С» минимальной активности.
4. В случаи назначения и приема лекарств по программе DOTS в 78% случаев доношенной беременности и в 13% случаев преждевременных родов, беременности закончились рождением детей в удовлетворительном состоянии без видимых уродств и патологий и удовлетворительной адаптацией в постнатальном периоде;
5. Прерывание беременности по мед показаниям в основной группе было в сроках 22-25 недель в 4% случаев, летальный исход при данной патологии составил также 4% случаев.

Литература

1. Болбачан О.А., Ишен к Г. Проблемы материнской смертности в Кыргызстане. // Медицина Кыргызстана – Бишкек. – 2012. – №4. – С. 27-28.
2. Василевский М.Г., Василевская Н.М., Ибрагимова Д.Д. Эпидемиология материнской смертности. // Медицина Кыргызстана, - Бишкек. – 2013. №1. – С. 42-45.
3. Ишеналиева Ч.А., Чернова Н.Е. Анализ материнской смертности в республике за 1997 год. // Сб. научных статей НИИ и П КР. – Бишкек, 1998. – С.30-37.
4. Мусуралиев М.С. Оценка эффективности оперативного гемостаза при массивных кровотечениях. // Центральнo – азиатский медицинский журнал. – Том X. Приложение 8. Бишкек, 2004. – С. 245-249.
5. Рыбалкина Л.Д. Программа снижения материнской смертности от поздних гестозов (ПГ) в Кыргызской Республике / В кн.: Сб. науч. трудов. Вопросы акушерства и педиатрии. – Бишкек, 1995. – 145 с.
6. Зайков С.В. Беременность и туберкулез. // Медицинские аспекты здоровья женщины. – Винниц. – 2010. - №3(30).
7. Каюкова С.И. Взаимовлияние беременности, родов, послеродового периода и туберкулеза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: дисс. ... канд. мед. наук, - Москва, - 2004. – 157 с.
8. Ковганка П.А. Влияние легочного и внелегочного туберкулеза на течение беременности, родов и перинатальные исходы: док. мед. наук, - М., 2005. – 286 с.
9. Маисеенко Д.А., Егорова А.Т. Активный туберкулез легких и беременность. // Здоровье Казахстана. – Астана, 2014. – №11/31. – С. 24.
10. Мамбетов К.Б. Особенности гормонального профиля и качество жизни у женщин репродуктивного возраста больных туберкулезом легких: автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – Бишкек, 2013. – 28 с.
11. Мордык А.В., Пузырева Л.В., Валеева Г.А. Взаимовлияние туберкулеза и беременности: есть ли возможность преодолеть негативные тенденции? // Медицинский альманах. - №4 (39). – 2015. – С. 72-75.
12. Противотуберкулезная работа в городе Москве. – Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, 2012 г. /Под ред. Е.М Богородской и В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ. – 2013. – 164 с.
13. Таимбетова Т. Беременность и туберкулез. – Талдыкорган, 2011.
14. Якимова А.В., Шкуруний В.А. Беременность и роды у больных туберкулезом органов дыхания женщины: особенности развития и исход. // Акушерства и женских болезней. – 2009. – Том LYIII. №4. – С. 70-78.
15. Bergeron K.G., Bonebrake R.G., Gray C.J. Tuberculosis in pregnancy: current recommendations for

- screening and treatment in USA // Expert Opin. Infect. Ther.* – 2004. – N. 2 (4). – P. 598.
16. Забировой Г.И. Влияние на потомство туберкулёзного процесса бактериальной терапии матери в период беременности (экспериментально-клинические данные): дисс. ... канд. мед. наук, - Фрунзе, 1966. – 179 с.
17. Ибраева А.А. Репродуктивная функция жительниц Кыргызстана больных туберкулёзом: дисс. ... канд. мед. наук, (14.01.01.) – Бишкек, 2012. – 112 с.

**ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ
У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ**

Ч.А. Орозова, Ч.К. Калканбаева, А.А. Бообекова

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

Резюме: Ретроспективный анализ показал, что у женщин с воспалительными заболеваниями репродуктивной системы частота акушерских кровотечений составляет 2,5%. В этой группе пациенток достоверно чаще диагностировались анемия (в 3,7 раза), заболевания сердечно-сосудистой системы (в 2,9 раза) и мочевыделительной системы (в 2,0 раза). Из гинекологических заболеваний достоверно чаще выявлялись эрозия шейки матки (в 3,0 раза), кольпит (в 2,7 раза), эндоцервицит (в 2,6 раза), хронический сальпингоофорит (в 2,3 раза), хронический эндометрит (в 1,9 раза).

Ключевые слова: акушерские кровотечения, воспалительные заболевания репродуктивной системы.

**КӨБӨЙҮҮ СИСТЕМАСЫНЫН СЕЗГЕНҮҮ ООРУЛАРЫ БАР АЯЛДАР МЕНЕН
АКУШЕРДИК КАН ЖАНА ТОБОКЕЛДИКТЕРДИ ЭСКЕ ООРУСУНУН**

Ч.А. Орозова, Ч.К. Калканбаева, А.А. Бообекова

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

Корутунду: Латуучу талдоо жыныс системасынын жыштыгы акушердик кан сезгенүү оорулары менен аялдар 2,5% экенин көрсөткөн. Бейтаптардын Бул топ боюнча аз кандуулук кыйла көп (3,7 эсеге), диагноз, жүрөк-кан тамыр системасын (2,9 эсе), жана сийдик бөлүп чыгаруу системасынын (2,0 эсе). Гинекологиялык дарттарды кыйла көп моюнчасынын эрозиясын аныкталган (3,0 эсе) болгондуктан, colpitis (2,7 эсеге), endocervicitis (2,6 эсеге), өнөкөт salpingo (2,3 эсеге), өнөкөт endometritis (1,9 жолу).

Негизги сөздөр: акушердик кан агуу, көбөйүү системасынын оорулары.

**THE FREQUENCY OF DEVELOPMENT AND RISK FACTORS OF OBSTETRIC HEMORRHAGE
IN WOMEN WITH INFLAMMATORY DISEASES OF THE REPRODUCTIVE SYSTEM**

Ch.A. Orozova, Ch.K. Kalkanbaeva, A.A. Boobekova

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

Summary: Retrospective analysis showed that in women with inflammatory diseases of the reproductive system, the frequency of obstetric hemorrhages is 2,5%. In this group of patients, anemia (3,7 times), cardiovascular system diseases (2,9 times) and urinary system (2,0 times) were diagnosed more often. Of the gynecological diseases, erosion of the cervix (3,0 times), colpitis (2,7 times), endocervicitis (2,6 times), chronic salpingo-oophoritis (2,3 times), chronic endometritis (1,9 times).

Key words: obstetric hemorrhages, inflammatory diseases of the reproductive system.

Введение. Акушерские кровотечения были и остаются самыми драматическими среди urgentных осложнений в акушерстве и не покидают «большую пятёрку» причин материнской смертности [1, 2].

За последние несколько лет уровень воспалительных заболеваний половых органов увеличился на 40% и продолжает расти, что приводит к различным осложнениям. В результате этих изменений возникают различные патологические отклонения в течение гестации, родов и пуэрперия [3, 4, 5]. Ограничение медикаментозного воздействия из-за возможного неблагоприятного

влияния на плод создает дополнительные трудности в использовании традиционных способов лечения инфекционно-воспалительных процессов гениталий [6, 7].

Обнаружение клинических и акушерских факторов риска развития послеродового кровотечения – основной шаг в предотвращении его возникновения.

Цель исследования: Изучить факторы риска развития акушерских кровотечений у женщин с воспалительными заболеваниями органов репродуктивной системы.

Материал и методы исследования

Проведен анализ 209 историй женщин с послеродовыми кровотечениями, имевших в анамнезе воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, которые составили основную группу и 35 историй здоровых пациенток с физиологической кровопотерей – группа контроля. Проводили изучение соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, наличия и характера акушерских кровотечений. Полученный цифровой материал обрабатывали общепринятыми статистическими методами.

Результаты и их обсуждение

Проведен анализ причин акушерских кровотечений за 2012-2016 г.г. у пациенток клинического родильного дома №2 г. Бишкек, который продемонстрировал, что за 5 лет наблюдения на 34008 родов было зарегистрировано 842 случая акушерских кровотечений, что составило 2,5%.

Анализ причин акушерских кровотечений показал, что первое место по частоте составила гипотония матки в раннем послеродовом периоде –

36,6%. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты диагностирована у 18,6%, предлежание плаценты – у 15,9%, аномалии прикрепления плаценты – у 7,8%, разрывы мягких тканей родовых путей – у 9,7%, другие причины выявлены у 11,3% пациенток.

Анализ объема кровопотери по годам наблюдения показал, что кровопотеря до 1000 мл преобладала, составив в среднем 82,4% случаев. Кровопотеря до 2000 мл имела наибольший показатель в 2012 г., составив 25,3% случаев, но за весь период наблюдения этот показатель составил 13,4%. Кровопотеря до 3-х литров имела место у 3,3% пациенток, имея наибольший показатель в 2012 г. (рис. 1).

Из общего числа историй были отобраны 209 историй женщин с послеродовыми кровотечениями, имевших в анамнезе воспалительные заболевания органов репродуктивной системы, которые составили основную группу. В группу контроля были включены 35 историй женщин, не имевших кровотечений.

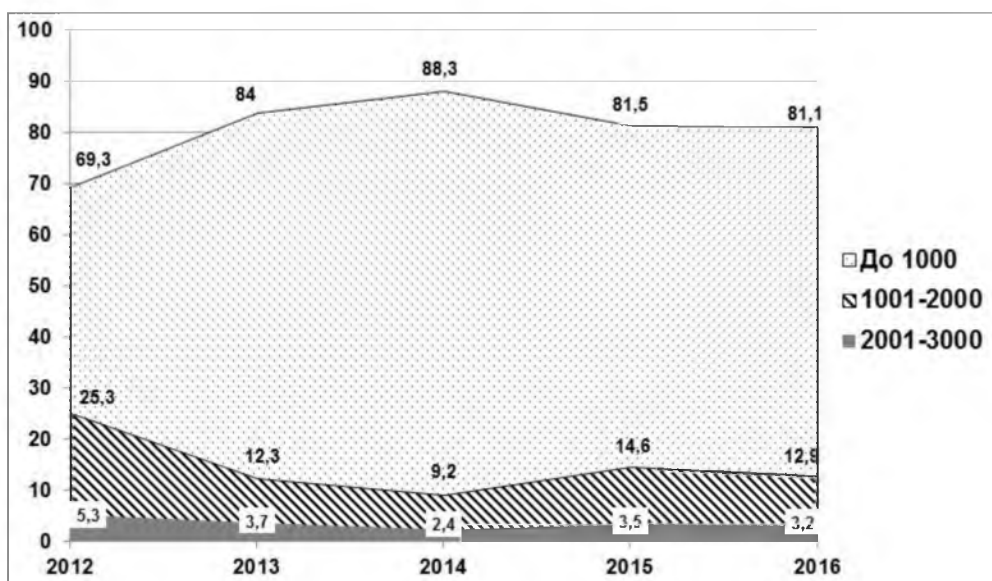


Рис 1. Диаграмма. Объем кровопотери (%±m мл).

Женщины активного репродуктивного возраста составили в основной группе 54,0%, в контрольной группе – 51,5%, что не имело достоверных различий. Средний возраст родивших практически не изменился, составив $25,5 \pm 1,2$ и $25,7 \pm 1,3$ лет в 2012 и 2016 гг. соответственно. Уменьшилась доля молодых беременных (18-20 лет) с 9,5% в 2012 до 7,5% в 2016 году. Увеличилась доля женщин в возрасте от 25 до 34 лет (22,3% в 2012 г. и 31,8% в 2016 г.), незначительно уменьшилось количество беременностей у пациенток старше 35 лет (6,8% в 2012 г. и 6,2% в 2016 г.).

Социальный портрет обследованных женщин выглядел следующим образом. Городских жительниц в основной группе было 80,9%, в контрольной – 82,9%, сельских – 19,1% и 17,1% соответственно. В основной группе домохозяйками были 67,9% женщин, служащими – 18,2%, учащимися – 7,2%, безработными – 4,8%, предпринимателями – 1,9% женщин. В контрольной группе домохозяйками были 51,4%, служащими – 22,9%, учащимися – 14,3%, безработными – 5,7%, предпринимателями – 5,7%.

При изучении соматической заболеваемости было выявлено, что у пациенток с воспалительными заболеваниями до наступления беременности достоверно чаще ($p < 0,05$), чем в группе контроля, диагностировались анемия (в 3,7 раза), заболевания сердечно-сосудистой системы (в 2,9 раза) и мочевыделительной системы (в 2,0 раза) (рис. 2). В среднем на 1 пациентку основной группы приходилось 1,6 экстрагенитальных заболеваний, против 0,8 в группе контроля.

Из гинекологических заболеваний у пациенток основной группы достоверно чаще выявлялись эрозия шейки матки (в 3,0 раза), кольпит (в 2,7 раза), эндоцервицит (в 2,6 раза), хронический сальпингоофорит (в 2,3 раза) (рис. 3). Хронический эндометрит в 1,9 раза превышал показатель

контроля, но не имел достоверного отличия. В среднем на 1 пациентку основной группы приходилось 1,1 гинекологических заболеваний, что было в 2,5 раза больше, чем в группе контроля.

Таким образом, проведенный анализ показал, что за 5 лет наблюдения акушерские кровотечения составили 2,5% случаев, что не выходит за рамки среднестатистических показателей. Среди причин акушерских кровотечений первое место по частоте составила гипотония матки в раннем послеродовом периоде – 36,6%, преобладала кровопотеря до 1000 мл, составив 82,4% случаев. Увеличилась доля женщин в возрасте от 25 до 34 лет (31,8%).

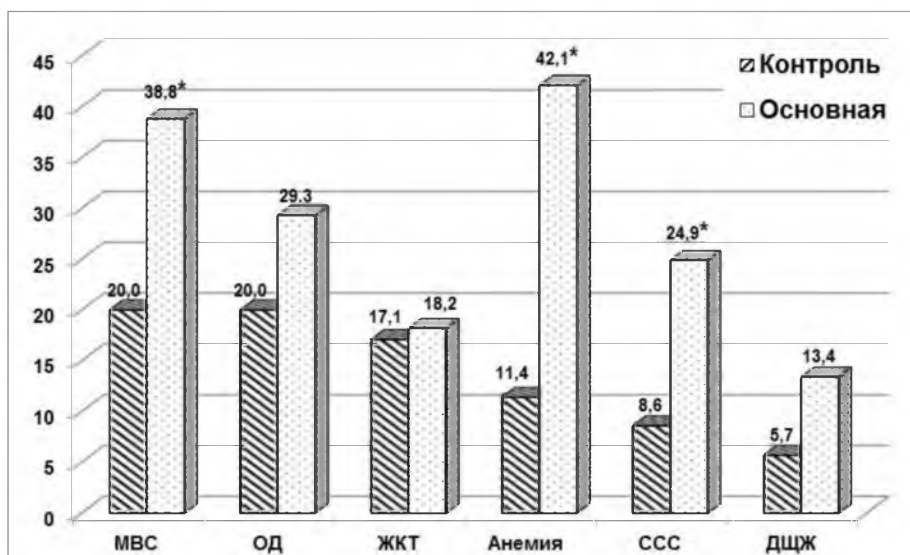


Рис. 2. Структура экстрагенитальной патологии ($M \pm m\%$).

Примечание: * – достоверное отличие от группы контроля при $p < 0,05$.

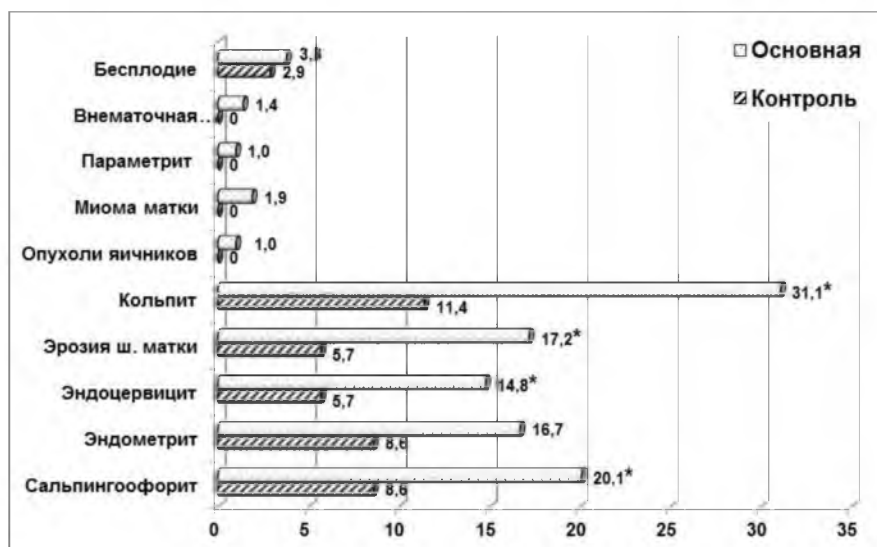


Рис. 3. Структура гинекологических заболеваний ($M \pm m\%$).

Примечание: * – достоверное отличие показателей от значения группы контроля ($p < 0,05$).

При изучении соматической заболеваемости было выявлено, что в среднем на 1 пациентку основной группы приходилось 1,6 экстрагенитальных заболеваний, против 0,8 в группе контроля. В среднем на 1 пациентку основной группы приходилось 1,1 гинекологических заболеваний, что было в 2,5 раза больше, чем в группе контроля.

Литература

1. Айламазян Э.К. Акушерство: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2015: 436-463.
2. Águila S. Zero in on Postpartum Hemorrhage to Reduce Cuba's Maternal Mortality // MEDICC Review. – 2015. - Vol 17, No 1. – P. 64.
3. Савичева А.М. Бактериальный вагиноз и аэробный вагинит как основные нарушения баланса вагинальной микрофлоры. Особенности диагностики и терапии // Акушерство и гинекология. – 2017. - №5. – С. 24-31.
4. Kenyon C. The global epidemiology of bacterial vaginosis: a systematic review. // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2013. - Vol. 209, №6. - P. 505-523.
5. Дикке Г.Б. Полимикробные ассоциации в этиологии воспалительных заболеваний половых органов у женщин // Акушерство и гинекология. – 2017. - №6. – С. 151-156.
6. Сердюков С.В. Профилактика и лечение осложнений беременности при воспалительных заболеваниях гениталий: Автореф. дисс... к.м.н. - Волгоград, 2005. - 18 с.
7. Макаров И.О. Особенности прегравидарной подготовки у женщин с инфекционным генезом невынашивания беременности // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2011. - №1. - С. 5-7.

**ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ
У НОВОРОЖДЕННЫХ**

Ж.А. Асанбекова, Т.М. Бектурсунов, З.Э. Абдылдаева, Э.Ш. Ишаева, Б.К. Урматова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра пропедевтики детских болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: изучена структура заболеваемости внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных, путем ретроспективной обработки их историй болезни. Выявлено, что наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечается при ВПГ – 86% и ЦМВ инфекции – 85%. Факторами риска развития ВУИ у новорожденных являются заболевания матери во время беременности такие, как маловодие, анемия, течение ОРВИ, с гипертермией. Установлено, что риск развития ВУИ выше – у мальчиков, по сравнению с девочками, у недоношенных, у новорожденных, с более тяжелым течением болезни, а также госпитализированных в позднем сроке. Клинические признаки ВУИ наиболее выражены были со стороны органов пищеварения – 86% и ЦНС – 42,3%, менее респираторной системы – 27%.

Ключевые слова: новорожденный, внутриутробная инфекция.

**ЫМЫРКАЙЛАРДЫН ЖАТЫНДАГЫ ИНФЕКЦИЯСЫНА АЛЫП КЕЛЕ ТУРГАН КООПТУУ
ФАКТОРЛОР**

Ж.А. Асанбекова, Т.М. Бектурсунов, З.Э. Абдылдаева, Э.Ш. Ишаева, Б.К. Урматова
И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Балдар ооруларынын пропедевтика кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Ретроспективдүү жолу менен оорулуу ымыркайлардын оору баяндары иштетилип, жатындагы инфекция (ЖИ) дарты изилденди. Мында ВПГ – 86%, ЦМВ инфекциясы – 85% кездешери табылды. Ымыркайларда ЖИ дарты пайда болушуна кош бойлуу энелердин ОРВИ гипертермиясы, аз кандуулук менен ооруну, операция жолу менен төрөтүү – кооптуу факторлор болуп табылды. ЖИ дартына көбүрөөк эркек балдар, ара төрөлгөн жана ооруканага кеч жаткырылган ымыркайлар чалдыгат. ЖИнын белгилери көбүнчө тамак сиңирүү органдарында – 86%, борбордук нерв системасында – 42,3% кездешет, азыраагы респиратордук системасында – 27%.

Негизги сөздөр: ымыркай, жатындагы инфекция.

RISK FACTORS FOR INTRAUTERINE INFECTION IN NEWBORNS

Zh.A. Asanbekova, T.M. Bektursunov, Z.E. Abdylidaeva, E.Sh. Ishaeva, B.K. Urmatova
Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Department of propaedeutics of childhood diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The structure of the incidence of intrauterine infection (IUI) in newborns was studied by retrospective processing of their case histories. It was revealed that the highest rate of occurrence was observed with herpes simplex virus (HSV) – 86% and cytomegalovirus infection (CMV) infection - 85%. Risk factors for the development of IUI in newborns are maternal illnesses during pregnancy, such as malnutrition, anemia, acute respiratory viral infection, and hyperthermia. It was found that the risk of developing IUI is higher in boys than in girls, in premature babies, in newborns with a more severe course of the disease, and also in hospitalized in the late term. Clinical signs of IUI were most pronounced on the part of the digestive organs – 86% and the central nervous system – 42.3%, less than the respiratory system – 27%.

Key words: newborn, intrauterine infection.

Актуальность проблемы. В последние годы отмечается неуклонное увеличение частоты случаев ВУИ и повышение их роли в формировании акушерско-гинекологической и перинатальной патологии. В настоящее время внутриутробные инфекции широко распространены

среди новорожденных по всему миру. Внутриутробные инфекции во многом определяют показатели мертворождаемости, неонатальной и младенческой смертности. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в диагностике

и лечении перинатальных инфекционно-воспалительных заболеваний, в структуре заболеваемости и смертности детей первого года жизни сохраняется значительный удельный вес пациентов с данной патологией. Это может быть связано как с улучшением диагностики, так и с истинным распространением воздействия различных инфекционных агентов на детский организм [1].

Установлено, что физическое развитие детей с клиническим проявлением внутриутробной инфекции и детей с высокой и средней степенью риска внутриутробного инфицирования достоверно ниже, по сравнению со здоровыми и детьми с низкой степенью риска. [2]

Маркёры перинатально значимых инфекций при исследовании проб клинического материала от маловесных недоношенных новорожденных диагностированы в 41,0%. Наиболее часто определяли Cytomegalovirus – 14,1% и Ureaplasma spp. – 17,9%. При серологическом обследовании маркеры активных стадий изучаемых инфекций не были обнаружены. Для повышения эффективности диагностики внутриутробных инфекций у новорожденного необходимо исследовать методом ПЦР максимально возможное число проб различных биологических сред организма. Диагноз внутриутробной инфекции устанавливается с учетом всего комплекса клинических, лабораторных и морфологических данных с учетом сроков обследования – оптимально в первые дни жизни [3]. Доказано, что одним из главных этиологических факторов при задержке внутриутробного развития является внутриутробная инфекция [4]. Наиболее частыми возбудителями вирусных заболеваний плода и новорожденного являются вирусы семейства герпеса, в частности – цитомегаловирус, вирусы простого герпеса 1 и 2 типов и вирус Эпштейна-Барр [5]. Параллельно с общим увеличением инфицированности населения возрастает частота неонатального герпеса: за последние 25 лет она увеличилась в 10-20 раз и составляет от 1:2500 до 1:7500 новорожденных детей [6, 7].

Значимость внутриутробных инфекций определяется не только тяжестью клинических проявлений у новорожденного, но и серьезными отдаленными последствиями в виде психоневрологических, нейросенсорных и соматических нарушений, нередко приводящих к инвалидизации детей и значительному снижению качества их жизни [8].

Именно поэтому инфекции, перенесенные в период внутриутробного развития, оказывают

существенное влияние на все дальнейшее развитие ребенка, в том числе и на его интеллект.

Цель: выявить факторы риска развития внутриутробной инфекции (ВУИ) у новорожденных, которые находились на стационарном лечении в отделении патологии новорожденных ГДКБ СМП г. Бишкек.

Задачи:

1. Ретроспективная обработка историй болезней новорожденных, которые находились на стационарном лечении в ГДКБСМП с лабораторно подтвержденным (ИФА, ПЦР) ВУИ в клиническом диагнозе.
2. Проспективная обработка 31 историй развития, здоровых новорожденных Городского перинатального центра г. Бишкек.
3. Выявление наиболее часто встречаемых факторов риска развития ВУИ, вычисление абсолютного количества и в % соотношении.
4. Вычисление ОИП (OR), специфичности (Sp), чувствительности (Se) и диагностической эффективности признаков.

Материалы и методы исследования

Был проведен ретроспективный анализ 662 историй болезни отделения патологии новорожденных ГДКБ СМП города Бишкек за I, II, III, IV, IX месяцы 2017 г., отобрано 59 историй болезни, лабораторно (ПЦР, ИФА) подтвержденной ВУИ. В качестве контрольной группы – одновременно проводился проспективный анализ 31 истории развития здоровых новорожденных Городского перинатального центра г. Бишкек, родившихся за период август-сентябрь 2017 года. Применен по охвату сплошной способ сбора материала, по времени – текущее наблюдение, по виду – выкопировка анкетная, когортным методом выборки. Анкета включает 19 вопросов. Способ счетной обработки – ручной.

Результаты

При изучении ВУИ у новорожденных в зависимости от сезонности, нами выявлено, что чаще заболеваемость ВУИ отмечается в зимний период (14-17,75%) по сравнению с весенне-летним периодом (9,48-11,2%). В зависимости от пола встречаемость ВУИ чаще среди мальчиков (40-68%), чем у девочек (19-32%). Из общего числа, 19% новорожденных в дебюте заболевания были госпитализированы в отделение реанимации новорожденных (ОРН), затем при стабилизации состояния были переведены в вышеуказанное отделение. В структуре заболеваемости ВУИ у новорожденных, наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечался при ВПГ – 86% (титр Ig G от 1:20 до

1:800) и при ЦМВ инфекции – 85% (титр Ig G от 1:10 до 1:800), низкий коэффициент при хламидийной инфекции – 6,7% (титр Ig G от 1:5 до 1:80) и при микоплазменной инфекции 5% (титр Ig G 1:5), а при токсоплазмозе всего 1,6% (титр Ig G 0,6).

Нами выявлено, что ВУИ у новорожденных чаще диагностировано в поздний неонатальный период (83%), у родителей работающих (73%), со специальным образованием (70%), до 30-летнего возраста (66%). Почти все родители жители городские (97%), проживающие большинство в Ленинском районе – 31,5%, затем в Октябрьском районе – 26,3%, в Свердловском районе – 24,5%, самый низкий в Первомайском районе – 17%. Из них жители новостроек составляли всего 20,3%.

При изучении акушерско-гинекологического анамнеза матерей новорожденных, ВУИ выявлена при первой беременности (37,2%) и первых родах (44,1%). Половина из них (54,2%) перенесла ОРВИ, с гипертермией (31%), и в зависимости от сроков беременности, больше всего у 28% беременных женщин в III триместре, у 19% в I триместре, у 12,5% во II триместре. Медицинские аборт в анамнезе были у 15,2% женщин, а выкидыши у 10%. Анемия была диагностирована у 37,2% женщин, из них у большинства (40%) I степень, а II степень только у 9% женщин.

Чаще женщины страдали от проявлений урогенитальной инфекции, такие как кольпит (17%), течение пиелонефрита (13,5%), также отмечался отечный синдром (10%), протеинурия (3,3%), и реже гипертензия (1,6%).

На УЗИ чаще выявлено маловодие (11,8%) чем многоводие (1,6%). Роды завершились в срок и самостоятельно у 74,5%, преждевременно у 16,9%, путем кесарева сечения только

у 13,5%. Околоплодные воды патологически были изменены у 11,8% роженец.

К моменту госпитализации в основном жаловались на желтушное окрашивание кожи новорожденных – 73%, на слабость, вялость, беспокойство – 45,7%, отказ от груди – 25,4%, заложенность носа – 20%, на кашель – 18,6%, на гипертермию – 16,9%, на рвоту – 13,5% и метеоризм – 10%. До госпитализации 11,8% из них получили амбулаторное лечение. Каждый шестой новорожденный был госпитализирован сразу после рождения, каждый десятый только на 3-день жизни. Новорожденные с нормальным весом составляли лишь 42,3%. К груди в первые 30 минут были приложены 18,6%, и в дальнейшем были на грудном вскармливании 47,4%.

По данным клинических проявлений преобладали симптомы поражения органов пищеварения – 86%, чаще всего проявления желтухи, ЯНЭК, синдром раздраженного кишечника. Поражение ЦНС составляло 42,3%, чаще ГИЭ, синдром угнетения и гипервозбудимости, смешанная энцефалопатия, ДЦП, гидроцефалия. Поражение респираторной системы, такие как бронхит, пневмония, аспирационный дистресс-синдром, синдром дыхательной недостаточности, отмечалось у 27% новорожденных. Тимо-мегалия – у 10%, реже отмечалось (по 5%) поражение кожи (дерматит и т.д.) и ЛОР-патология (ринит, отит). У 3,3% новорожденных ВПС и хромосомные заболевания. Меньше всего по 1,6% – с поражением глаз и МВС.

Вычисление отношения шансов (OR) наличия патологического воздействия проведено среди новорожденных с ВУИ и среди контрольных наблюдений (табл. 1).

Таблица 1
Отношение шансов наличия патологического воздействия среди новорожденных с ВУИ и здоровыми новорожденными

Признаки	Новорожденные				ОШ (OR)
	Диагностировано ВУИ (n=59)		Контрольная группа (n=31)		
	да	нет	да	нет	
Маловодие	11,8%	88,2%	3,3%	96,7%	3,9
ОРВИ у матери	54,2%	45,8%	19,3%	81,7%	4,9
Гипертермия у матери	31%	69%	3,3%	96,7%	13
Искусственное родоразрешение. Кесарево сечение.	13,5%	86,5%	6,4%	93,5%	2,3
По полу – мальчики	68%	32%	48%	52%	2,3
Недоношенность	16,9%	82,1%	3,3%	96,7%	5,9
Новорожденные получившие	19%	81%	3,3%	96,7%	6,8

лечение в ОРН					
Городские жители	97%	3%	87%	13%	4,8

Таким образом, риск развития внутриутробной инфекции у новорожденных повышается в 13 раз, если у матери во время беременности отмечалась гипертермия, в 3,9 раз – если диагностировано маловодие, в 4,9 раз – при перенесенной ОРВИ матерью, в 2 раза повышается при родоразрешении путем кесарева сечения. Среди новорожденных риск развития ВУИ в 2 раза выше – у мальчиков, чем у девочек, в 4,8 раз чаще у

рожденных в городе, в 5,9 раз чаще у недоношенных, в 6,8 раз чаще у новорожденных, которые нуждались в реанимационной помощи при поступлении.

По наиболее часто встречаемым признакам у матери и у ребенка, проведены вычисления (табл. 2) чувствительности (Se) и специфичности (Sp).

Таблица 2

Чувствительность и специфичность признаков у новорожденных с ВУИ

№	Признаки	Se	Sp
1	Гипертензия у матери	2%	97%
2	III-V беременность	12%	91%
3	Родоразрешение путем кесарева сечения	13,5%	93,6%
4	Течение ОРВИ при беременности	54,%	80,7%
5	С повышением температуры при беременности	31%	96%
6	Городские жители	97%	13%
7	Анемия при беременности	37,2%	64,6%
8	Маловодие при беременности	11,8%	96,7%
9	Наличие мед.абортов в анамнезе матери	15,2%	81%
10	Наличие выкидышей в анамнезе матери	10%	81%
11	Госпитализация в поздний неонатальный период	83%	96%
12	Необходимость в реанимационной помощи	19%	97%
13	По половой принадлежности – мальчики	68%	52%

Как видно из таблицы 2, риск развития ВУИ выше у мальчиков, по сравнению с девочками, у новорожденных, с более тяжелым течением болезни, а также у госпитализированных в позднем сроке и родившихся в городе, также у новорожденных, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности.

При наличии высокоспецифичных признаков (Sp) у матери таких как, третья и более по счету беременность, наличие медицинских абортов и выкидышей в анамнезе, течение беременности с гипертензией, с ОРВИ с гипертермией, с маловодием и анемией, также родоразрешение путем

кесарева сечения, госпитализация в поздние сроки и необходимость в реанимационной помощи (по тяжести состояния на момент поступления) – повышает возможность распознать и своевременно диагностировать ВУИ у новорожденных.

При рассмотрении всех признаков (табл. 3), наиболее диагностически значимым признаком у новорожденных с ВУИ является госпитализация в поздние сроки и указание в анамнезе матери о перенесенной ОРВИ с гипертермией во время беременности.

Таблица 3

Диагностическая эффективность признаков у новорожденных с ВУИ

№	Диагностическая эффективность	
	признаки	показатели
1	Ранний неонатальный период	0,1
2	Поздний неонатальный период	0,89
3	Гипертензия у женщины	0,49
4	Роды путем кесарева сечения	0,53
5	III-V и более беременность	0,51
6	Городские жители	0,55
7	Наличие маловодия у женщины	0,54
8	Наличие анемии у женщины	0,5

9	ОРВИ при беременности	0,67
10	Гипертермия при беременности	0,64
11	Недоношенность	0,56

Выводы:

1. В структуре заболеваемости ВУИ у новорожденных, наиболее высокий коэффициент встречаемости отмечался при ВПГ – 86% и при ЦМВ инфекции – 85%.
2. Риск развития ВУИ у новорожденных повышается у женщин, во время беременности которых отмечалась ОРВИ с гипертермией, маловодие, анемия и родоразрешение путем кесарева сечения. Среди новорожденных риск развития ВУИ выше у мальчиков, чем у девочек, а также у недоношенных и у новорожденных, госпитализированных в ОРН при поступлении.
3. По данным клинических проявлений, наиболее выражены симптомы поражения органов пищеварения – 86%, далее ЦНС – 42,3% и реже респираторной системы – 27%.
4. ВУИ новорожденных диагностирован чаще у мальчиков, чем у девочек, у новорожденных, родившихся в городе, также у госпитализированных в поздний неонатальный период, матери которых перенесли ОРВИ во время беременности.
5. Перенесенные в анамнезе медицинские аборт и выкидыши, третья и последующая беременность по счету, а также маловодие и анемия, гипертензия, течение ОРВИ с гипертермией у женщин во время беременности и родоразрешение путем кесарева сечения, госпитализация новорожденного в поздние сроки и необходимость в реанимационной помощи (по тяжести состояния на момент поступления) – повышает возможность распознать и

своевременно диагностировать ВУИ у новорожденных.

Литература

1. Фризе К. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных /К. Фризе, В. Кахель; пер с нем. А.В. Разанова. - М.: Медицина, 2003. - 423 с.
2. Лысенко И.М., Косенкова Е.Г. Современные принципы диагностики внутриутробных инфекций у детей / Педиатрия. – М., 2014. – 70 с.
3. Результаты диагностики внутриутробных и перинатальных инфекций у недоношенных маловесных детей / [Е.Б. Наговицына и др.] // Бюллетень. - 2014. - 87 с.
4. Особенности адаптации новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития / [М.И. Евсюкова и др.] // Оригинальные исследования. - 2003. - 23 с.
5. Васильев В.В. Врожденные инфекции в практике семейного врача. Российский семейный врач. 2013. - Т. 17 (1). – С.16-27.
6. Протоколы диагностики, лечения и профилактики внутриутробных инфекций у новорожденных детей Российской ассоциации перинатологов: методические рекомендации. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ; 2002: 104.
7. Санталова Г.В., Гасилина Е.С. Инфекции простого герпеса у детей (диагностика, подходы к терапии): Учебн. пособие для системы послевузовского образования врачей. Самара: ГОУ ВПО «Сам ГМУ»; 2010.
8. Состояние здоровья внутриутробно инфицированных детей / [М.Ю. Корнева и др.] // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. – 2005. – № 2. – С. 48-52.
9. Кельмансон И.А. Признаки доказательной педиатрии. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2004. - 240 с.

ПИЩЕВОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ ШКОЛЬНИКОВ

Ф.А. Кочкорова, М.К. Эсенаманова, А.Т. Эрбаев

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

Резюме: в статье приведен обзор литературы, посвященный факторам формирования стереотипов пищевого поведения, особенностям пищевого поведения детей и подростков школьного возраста и его значение в сохранении и укреплении здоровья.

Ключевые слова: пищевое поведение, здоровье, рациональное и сбалансированное питание, пищевые продукты, алиментарно-зависимые заболевания, дети и подростки, макро- и микронутриенты.

ОКУУЧУЛАРДЫН ТАМАКТАНУУ АДАТЫ ЖАНА ДЕН-СОЛУГУ

Ф.А. Кочкорова, М.К. Эсенаманова, А.Т. Эрбаев

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

Корутунду: макалада окуучулардын тамактануу адаттарынын стереотиптеринин калыптануу факторлору, мектеп жашындагы балдар жана өспүрүмдөрдүн тамактануу адаттарынын өзгөчөлүктөрү, ошондой эле алардын ден-соолукту сактоо жана чындоодогу маанисин камтыган адабияттык баяндама берилген.

Негизги создор: тамактануу адаттар, ден-соолук, туура тамактануу, тамак-аш, тамак аштын мүнөзүнө байланышкан ооруулар, балдар жана өспүрүмдөр, макро- жана микронутриенттер.

FOOD BEHAVIOR AND HEALTH OF SCHOOL CHILDREN

F.A. Kochkorova, M.K. Esenamanova, A.T. Erbaev

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

Summary: The article provides a review of literature on the factors of the formation of eating behavior stereotypes, the peculiarities of eating behavior of children and adolescents of school age, and its importance in maintaining and strengthening health.

Key words: food behavior, health, rational and balanced nutrition, food products, alimentary-dependent diseases, children and adolescents, macro- and micronutrients

Здоровое питание – один из важных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья. Рациональное (здоровое) питание – одна из главных составляющих частей здорового образа жизни, один из основных факторов продления периодов активной жизнедеятельности организма, а в детском и подростковом возрасте рациональное питание имеет важное значение для роста и развития, здоровья и благополучия [1, 2].

Характер и структура питания современного человека становятся основным «фактором риска» развития многих алиментарно-зависимых заболеваний, в том числе заболеваний желудочно-кишечного тракта, сердечнососудистой системы, железодефицитной анемией, сахарным диабетом, ожирением эндокринной патологии, и развитие онкологических процессов [3].

В организме человека нет органа или системы, нормальное функционирование и работоспособность которых не зависели бы от характера питания. Правильное питание играет огромную роль

на каждом этапе развития организма. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации: празднование различных событий, установление и формирование деловых и дружеских взаимоотношений. В первую очередь, традиции, пищевые привычки отражают уровень развития культуры, национальную, территориальную и религиозную принадлежность, а также семейное воспитание в сфере пищевого поведения [4].

Для взрослых людей пища имеет огромное значение, прежде всего, для нормальной жизнедеятельности организма, а также для профилактики развития ряда заболеваний, обострений имеющихся хронических процессов и сохранения здоровья в пожилом возрасте.

Важнейшим фактором поддержания здоровья, работоспособности и активного долголетия чело-

века является полноценное и регулярное снабжение организма необходимыми микронутриентами – витаминами, минеральными веществами, микроэлементами. В последние годы резко изменилась структура питания населения, снизилось потребление белков, витаминов, минеральных веществ, что ведет к стойкому ухудшению показателей здоровья, негативно отражается на качестве жизни и учебе, а также к росту инвалидизации и смертности [5, 6, 7, 8].

В подростковом возрасте энергия и нутриенты нужны не только для поддержания нормального функционирования организма и формирования запасов, но также для роста и развития [9]. Скорость роста меняется с возрастом, при этом самый быстрый рост отмечается в первый год жизни и в течение пубертатного периода. Подростковый возраст – уязвимая в пищевом отношении стадия развития, так как скорость роста увеличивается, а потребности в калориях и основных питательных веществах многократно возрастают, поскольку пубертатный рост стимулирует аппетит [10]. Все подростки должны иметь возможность получать безопасную пищу в адекватном количестве, что способствует оптимальному физическому росту, когнитивному, социальному и эмоциональному развитию [11]. Поскольку некоторые хронические заболевания взрослой жизни начинаются на протяжении периода детства и подросткового периода, должен быть разработан специальный диетологический подход к питанию, содержащий рекомендации специально для подростков [12].

По данным российских ученых только каждый 10-й школьник, окончивший школу, является здоровым. Индустриализация сельского хозяйства и пищевой промышленности, привела к резкому сужению спектра сырьевых ресурсов, используемых для приготовления пищевых продуктов, увеличила содержание в них как природных, так и искусственно созданных соединений с потенциальными негативными эффектами на организм. Интенсивное использование фармакологических препаратов, многие из которых потенциально способны вызывать микробиологические нарушения в пищеварительном тракте человека, распространение вредных привычек, неблагоприятные демографические тенденции, рост количества и интенсивности негативных стрессовых воздействий, вошли в противоречие с адаптационными возможностями современного человека и привели к заметному увеличению числа традиционных и новых «болезней цивилизации», таких как оппортунистические инфекции, бо-

лезни сердца и сосудов, рак, мочекаменная и желчекаменная болезни, бронхиальная астма, гепатиты различного генеза, ожирение, подагра, остеохондроз, остеопороз, сахарный диабет и др. [13]. Из-за несбалансированного питания, гипокинезии, загрязнения среды обитания, разрушения эволюционно сложившихся микробиоценозов человека, увеличения числа лиц с вредными привычками снижается деловая и социальная активность населения, меняются поведенческие реакции, происходят изменения в генофонде. Питание за последние 30-40 лет, т.е. в течение жизни одного поколения, существенно изменилось. В связи с развитием современных технологий резко снизились энергозатраты детей. Однако употребление меньшего количества пищи приводит к явному дефициту незаменимых микронутриентов (витаминов, минеральных веществ и полиненасыщенных жирных кислот – ПНЖК) [14].

Пищевой рацион детей и подростков должен быть сбалансированным и полноценным, и удовлетворять энергетические потребности организма, связанные с бурным ростом и физическим развитием, учитывая активную жизнедеятельность организма. Рациональное (здоровое) питание по отношению детей и подростков является необходимым условием обеспечения их здоровья; устойчивости к действию инфекций и других неблагоприятных внешних факторов; способности к обучению во все возрастные периоды. Питание в этой возрастной группе направлено на обеспечение гармоничного роста и развития организма, оптимальной работоспособности, адаптации к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды, нормализации обменных процессов, так как в этом возрасте организм ребенка претерпевает кардинальные изменения. В школьном возрасте завершается формирование скелета и изменяется масса тела, происходят изменения в нервно-психической сфере [6, 15, 16].

По данным эпидемиологических исследований именно в школьный период ребенок теряет здоровье, у него развиваются не просто временные изменения, а стойкие нарушения связанные с нерациональным питанием.

За последние 7 лет распространенность ожирения и сахарного диабета среди взрослых и подростков в КР возросла в 1,4-1,5 раз, увеличилась распространенность язвенной болезни среди детей до 14 лет в 1,7 раз [17, 18]. Подобное явление, возможно, объясняется как появлением значительного количества новых пищевых изделий, пригодных для длительного хранения, часто несбалансированных по своему составу, содержащих консерванты, стабилизаторы и вкусовые

наполнители, усилением пропаганды фастфуда, так и недостаточным материальным обеспечением в семье, отсутствием у школьников мотивации и необходимых знаний в вопросах рационального и сбалансированного питания, а также низким уровнем культуры питания в семьях [19, 20, 21, 22].

Формирование стереотипов пищевого поведения является продуктом взаимодействия множества факторов, среди них особенно значимые – национальные традиции, социальная среда, возраст, материально-экономическое положение, объем знаний по вопросам питания и общий уровень образованности, личные вкусовые пристрастия. В связи с этим формирование рациона питания в целом в значительной степени определяется стереотипом пищевого поведения человека [4]. Правильное пищевое поведение, сложившееся в детстве, способствует сохранению здоровья во взрослой жизни и играет важную роль в профилактике хронических заболеваний [23, 24].

Недостаточное и неполноценное питание приводит к нарушениям здоровья, что в свою очередь способствует дальнейшему ухудшению состояния питания. Нездоровый рацион, а также сформированная «углеводно-жировая» модель питания способствует росту ожирения и избытка массы тела у школьников, что увеличивает риск развития сердечнососудистых и других системных заболеваний на более поздних этапах жизни [25, 26].

Отставание в ФР, изменение соотношения массы и длины тела может быть интегративным проявлением количественной и качественной недостаточности питания, что должно привлекать внимание врачей к адекватности питания ребенка его потребностям [27]. Также в возникновении нарушений физического развития большую роль играют нарушения пищевого поведения. Под пищевым поведением понимается ценностное отношение к пище и её приёму, стереотип питания в обыденных условиях и при психическом напряжении; поведение, ориентированное на образ собственного тела, и деятельность по формированию этого образа и включает в себя установки, формы поведения, привычки и эмоции, касающиеся еды, которые индивидуальны для каждого человека [28].

В зависимости от места, которое занимает процесс приёма пищи в иерархии ценностей человека, от количественных и качественных показателей питания пищевое поведение может оцениваться как адекватное или девиантное [29]. Девиантный тип пищевого поведения формируется

в детстве. Имеет значение неумеренное употребление пищи по праздникам, поощрение детей сладостями за хорошее поведение, привычка употреблять жирную и сладкую, то есть высококалорийную пищу, обильное питание в вечернее время [30]. Огромное влияние на становление представлений о правильном питании имеет окружающая среда, в первую очередь семья, школа. Дети часто копируют пищевое поведение взрослых, их пищевые предпочтения, поэтому родители становятся основоположниками формирования стиля питания своих детей [31]. Любой соматический или эмоциональный дискомфорт ребенка воспринимается матерью как голод. Постоянное кормление ребенка в ситуациях внутреннего дискомфорта не позволяет ему научиться различать соматические ощущения и эмоциональные переживания, например, голод от тревоги и внутреннего напряжения. В семьях не происходит адекватное обучение другому поведению в период стресса и закрепляется единственный и неправильный стереотип: “когда мне плохо, я должен есть”. Обнаружены нарушенные взаимоотношения между матерью и ребенком. В основном они проявляются формальной гиперопекой, при которой главными заботами матери являются только две: одеть и накормить ребенка. Привлечь внимание такой матери ребенок может, только когда он голоден и его нужно накормить. Процесс приема пищи становится суррогатной заменой других проявлений любви и заботы. Это повышает символическую значимость приема пищи. Именно школа должна формировать стереотипы здорового питания и вносить соответствующие коррективы, поскольку школьники – это «взрослые люди» уже с устоявшимися, часто неправильными вкусовыми привычками, в частности дети приучиваются к сахару, сладостям, соли уже с детства [16]. Таким образом, у детей формируется неправильное пищевое поведение и неправильные вкусовые привычки. Потребление конфет, других сладостей с высокой энергетической плотностью, но низкой пищевой ценностью, является фактором риска многих неинфекционных заболеваний. Пристрастие детей к слишком соленой пище в дальнейшем приводит к возникновению гипертонической болезни и тем больше потребление соли, тем выше риск повышения артериального давления.

Дети и подростки едят больше вне дома, пьют больше безалкогольных напитков и чаще перекусывают [32, 33, 34] и более 50% своих калорий получают из жира или простых сахаров (32% и 20% соответственно) [35].

Регулярное потребление «взрослой» пищи (острых блюд, консервированных продуктов, маринованных, копченостей, колбас, солений) способствует задержке роста у 70% и веса у 36% детей, поскольку такой рацион обеспечивает поступление всего 21% суточной потребности кальция [36].

Именно родители и методы их воспитания играют важнейшую роль в формировании здорового образа жизни детей, в том числе в вопросах рационального питания [37]. По мере того, как ребёнок растёт, происходит диверсификация источников питания, появляются новые факторы, влияющие на пищевое поведение, многие подростки сами выбирают себе закуски и еду. К началу подросткового периода мнение сверстников становится более значимым, чем мнение родителей. Очень часто основные приемы пищи и перекусы происходят вне дома, при этом ребёнок остаётся без надзора взрослых. Мнение сверстников, давление со стороны СМИ, пропагандирующих «фастфуд», вносит существенный вклад в тенденцию к перееданию. Практически любое блюдо «фастфуда» является источником избыточного количества рафинированных углеводов, транс-жиров, различных ароматизаторов, красителей и улучшителей вкуса, обладающих канцерогенным действием [38, 39, 40]. Потребление подростками подслащённых газированных напитков значительно увеличивает количество потребляемых калорий, закуски также часто способствуют превышению общей необходимой калорийности и представляют собой суррогаты, не содержащие необходимых питательных веществ [41]. В настоящее время многие подростки потребляют много подслащенных напитков, таких продуктов, как картофель фри, пицца и гамбургеры, при этом уделяя мало внимания фруктам, овощам, молочным продуктам, продуктам из цельного зерна, постному мясу и рыбе.

Формирование стереотипов пищевого поведения является продуктом взаимодействия множества факторов, среди них особенно значимые – национальные традиции, социальная среда, возраст, материально-экономическое положение, объем знаний по вопросам питания и общий уровень образованности, личные вкусовые пристрастия. В связи с этим формирование рациона питания в целом в значительной степени определяется стереотипом пищевого поведения человека [42]. Исследования, проведенные в России показали, что большинство школьников отдаёт предпочтение мучным изделиям, таким как пицца (29%), кексы (13%), сосиски в тесте (27%), при

этом чувство голода на таком рационе испытывали 63% учащихся [43].

Известно, что неполноценное нерегулярное питание приводит к транзитной гипогликемии, обостряет чувство голода, которое школьники вновь восполняют продуктами из школьного буфета. Такое питание приводит к потреблению избыточного количества жиров в целом, насыщенных жиров, транс-жиров, а также сахара, наряду с недостаточным потреблением микронутриентов [44].

Школьный возраст включает в себя подростковый период – это время от начала полового созревания до стадии развития, когда происходит полное созревание организма. Также является ключевым периодом развития организма, в течение которого завершается формирование скелета, происходит гормональная перестройка, качественные изменения в нервно-психической сфере, связанные с процессами обучения, интенсивный рост и изменения массы тела в школьном возрасте сопоставимы лишь с периодом раннего детства [45, 46, 47, 48]. Высокая скорость роста школьников и лежащие в его основе метаболические процессы, требуют постоянного поступления с пищей достаточного количества белка, витаминов, минеральных солей и микроэлементов [49, 50, 51].

Дети школьного возраста не любят, есть каши, супы, молочные, мясные и овощные блюда, а любимыми продуктами считают газированные напитки, сладости, картофель и колбасу [52, 53]. Недостаточное использование в питании рыбы, кисломолочных продуктов, растительных масел, овощей, фруктов, что в свою очередь ведет к недостаточному содержанию в рационе ПНЖК, в особенности семейства омега-3, пищевых волокон, витаминов (С, В₂ А и β-каротинов), кальция, железа, йода, цинка; избыточное потребление соли, специй, сахаров, использование в рационе пищевых жиров низкого качества являются распространенными недостатками фактического рациона школьников [16, 54]. Это ведет к значительной частоте возникновения у детей и подростков школьного возраста таких алиментарно-зависимых заболеваний, как железодефицитная анемия, задержка роста (витамин А, цинк, йод, железо), снижение способности к обучению (йод, железо, витамины В₁, В₂, В₆) и др. Изучение фактического питания школьников в последние 10-15 лет выявило достоверный дефицит в рационе витамина В₂ и кальция, что в значительной мере было обусловлено недостаточным потреблением молока и молочных продуктов [55].

Дефицит йода на 30% повышает риск развития хронических заболеваний у школьников. Также у каждого ребенка с зобом отмечается снижение слуховой и зрительной памяти, ухудшение способности к обучению, нарушение формирования личности [56]. Немаловажное значение имеет дефицит железа, который ведет к снижению умственной и физической работоспособности, ухудшая тем самым способность детей к обучению.

Недостаточное поступление с пищей витаминов-антиоксидантов (Е, А, β-каротина), цинка и селена ведет к нарушению антиоксидантного статуса организма – одного из типовых патогенетических механизмов развития или осложнений многих заболеваний, в частности сахарного диабета, болезней кожи и суставов. Дефицит ряда витаминов (А, Е, С) и микроэлементов (цинка, селена и др.) служит одной из причин снижения иммунного ответа, предопределяющего повышение чувствительности школьников к различным инфекциям.

Кроме того, дефицит потребления витамина А может привести к тяжелым нарушениям со стороны органов и систем. Известно, что в основе этих нарушений лежит генерализованное поражение эпителия, характеризующееся его метаплазией и кератинизацией. Особенно типичны поражения: кожных покровов (сухость кожи, фурункулез и т.п.), дыхательных путей (склонность к ринитам, ларингитам, бронхитам, пневмониям), желудочно-кишечного тракта (диспептические расстройства, нарушение желудочной секреции, склонность к гастритам, колитам), мочевыводящих путей (склонность к пиелитам, уретритам, циститам). Значительно страдают также органы зрения – нарушение темновой адаптации, конъюнктивиты, сухость роговицы. Нарушение барьерных свойств кожи и слизистых и иммунологического статуса организма при дефиците витамина А становится причиной резкого снижения устойчивости детей к инфекциям, в особенности к острым респираторным заболеваниям. Дефицит витамина А и β-каротина в питании является также одним из факторов риска возникновения злокачественных новообразований [55, 57].

Другим важным витамином – регулятором полноценного развития в подростковом возрасте – является витамин Е. Дефицит витамина Е приводит к резким перепадам настроения, усталости, безразличию, плохому настроению. Так происходит потому, что в организме нарушается передача нервных импульсов, все органы начинают работать не в полной мере, в целях сохранения

энергии [58, 59]. Также недостаток витамина Е может приводить к нарушению репродуктивной функции.

Наиболее серьезной проблемой является также прогрессивный рост желудочно-кишечных заболеваний (язвенной болезни желудка, дуодениты и др.), которые в настоящее время занимают первые места в структуре заболеваемости школьников [60]. В развитии этой группы заболеваний важную роль играет нарушение режима питания, связанное с невозможностью получения горячего питания в школе и его качеством (включение в состав рациона специй, колбасных изделий недостаточно высокого качества, кулинарных жиров и др.) [57, 61]. Режим питания школьников зависит от учебной нагрузки, занятий спортом, трудовой деятельности и других моментов. Учитывая, что школьники проводят значительное время в школе (от 4 до 11-12 часов), причем процесс обучения носит, весьма интенсивный характер, важное значение имеет организация горячего питания в школах, так как частые изменения интервалов между едой часто приводят к нарушению аппетита. Поэтому вопросы соблюдения режима питания являются одним из главных компонентов совершенствования организации и структуры рациона питания учащихся дома и в школьных пищеблоках. Домашнее питание должно дополнять школьное, что обеспечивает полноценность всего суточного пищевого рациона [62, 63]. При организации режима дня детей и подростков необходимо уделять внимание режиму питания – завтрак перед уходом в школу, второй завтрак в школе (в 10-11 ч.), предназначенные для восполнения энергозатрат и запасов пищевых веществ, интенсивно расходуемых в процессе обучения, обед (дома или в школе) и ужин (не позднее, чем за 2 часа до сна). Школьный рацион должен состоять из завтрака и обеда и обеспечивать 25-35% суточной потребности в энергии, а по содержанию белков, жиров, углеводов, витаминов и минеральных солей и микроэлементов завтрак и обед в сумме должны обеспечивать 55-60% рекомендуемых суточных физиологических норм потребности [16].

Рацион должен быть дифференцирован по своей пищевой и энергетической ценности в зависимости от возраста. Кулинарная обработка продуктов для школьников старшего возраста практически не отличается от таковой для взрослых, в то же время школьникам 7-10 лет необходимы определённые элементы щажения, их рационы должны включать ограниченные количества жареных блюд, специй и пряностей, маринадов

[64, 65]. В питании школьников не следует использовать тугоплавкие жиры (бараний, гусиный, утиный, свиной), черный перец. Не рекомендуется широко применять маргарины, которые допустимы при обжаривании, выпечке, разогревании готовых блюд, тогда как при приготовлении бутербродов, заправке каш, пюре, супов целесообразно использовать сливочное масло, а при приготовлении салатов – растительные масла.

Таким образом, питанию, как основному фактору формирования здоровья у детей, нужно уделять должное внимание в условиях семьи и образовательных учреждений. При формировании культуры здорового питания необходимо проводить комплексную и систематическую работу, когда постепенно формируются основы гигиены и режима питания, дается представление о полезных продуктах и полезной пище, необходимых питательных веществах, рациональной структуре питания, культуре питания разных народов и т.п. Также необходима просветительская работа с родителями, с целью вовлечения родителей в процесс формирования культуры здорового питания в семье.

Литература

1. Story, M. *Bright Futures in Practice: Nutrition* / M. Story, K. Holt, D. Sofka // *National Center for Education in Maternal and Child Health*. – 2002;
2. Dietz, William H. *American Academy of Pediatrics Guide to Your Child's Nutrition: Feeding Children of All Ages* [Text]: article / Dietz William H., Stern Loraine // *New York, Villard Books*. 1999. – 234 p.
3. Дроздова, Т.М. *Физиология питания* [Текст]: учебник / Т.М. Дроздова, П.Е. Влоцинский, В.М. Позняковский. – Новосибирск: Сибирское университетское издательство, 2007. – 352 с.
4. Малкина-Пых, И. Г. *Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога* [Текст] / И. Г. Малкина-Пых – М.: ЭКСМО, 2007. – 92 с.
5. Боев, В.М. *Микроэлементозы в системе социально-гигиенического мониторинга* [Текст] / В. М. Боев «Гигиеническая наука и практика на рубеже XXI века»: Материалы IX Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей. – М.: 2001. – С. 721-724.
6. Спиричев, В.Б. *Обеспеченность витаминами различных групп населения Республики Башкортостан* [Текст]: статья / В.Б. Спиричев, В.М. Коденцова, О.А. Вражесинская и др. // *Вопросы питания*. – 1993. – №5. – С. 36-40.
7. *Atlas of health in Europe* [Text] / Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. – 123 p.
8. Бессесен, Д., *Избыточный вес и ожирение* [Текст]: учебник / Д. Бессесен, Р. Кушнер. – М.: «Бином», 2004. – 240 с.
9. Нотова, С.В. *Особенности питания учащихся и их успеваемость* [Текст]: статья / С.В. Нотова, Т.И. Бурцева, Ж.Ю. Горелова // *Вопросы современной педиатрии*. – 2007. – Т.6. – №5. – С. 70-73.
10. Дедов, И.И. *Ожирение* [Текст]: книга / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. – М.: МИА, 2006. – 456 с.
11. Golden, N.H. *Update on the Medical Management of Eating Disorders in Adolescents* / N.H. Golden, D.K. Katzman, S. M Sawyer et all. // *Adolesc Health*. – 2015.
12. Nagraj, S.K. *Interventions for the management of taste disturbances* / Nagraj S. K., Naresh S., Srinivas K. et all. // *Cochrane Database Syst Rev*. – 2014.
13. Шендеров, Б.А. *Функциональное питание и его роль в профилактике метаболического синдрома* [Текст] / Б.А. Шендеров. М.: Дели принт, 2008. – 273 с.
14. Мартинчик, А.Н. *Фактическое потребление энергии и основных пищевых веществ детьми и подростками России в середине 90-х годов* [Текст]: статья / А.Н. Мартинчик, А.К. Батулин // *Профилактика заболеваний и укрепление здоровья*. – 1998. – № 3. – С. 14-15.
15. *Atlas of health in Europe* // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003. – 123 p.
16. Тутельян, В.А. *Детское питание* [Текст]: руководство для врачей / В.А. Тутельян, И.Я. Конь. – М.: 2013. – 737 с.
17. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2009 г.* [Текст]. – Бишкек, 2010. – 296 с.
18. *Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Кыргызской Республики в 2016 г.* [Текст]. – Бишкек, 2017. – 379 с.
19. Багнетова, Е.А. *Особенности питания старшеклассников, проживающих в гипокомфортных условиях ХМАО-Югры* [Текст]: статья / Е.А. Багнетова, В.И. Корчин, И.А. Кавеева // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2014. – №8. – С. 11-13.
20. Ковтюк, Н.И. *Аспекты питания современных школьников* [Текст]: статья / Н. И. Ковтюк // *Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения*. – 2014. – февраль. – С. 69-72.
21. Хуснутдинова, З.А. *Организация и характер питания школьников в условиях семьи* [Текст]: статья / З.А. Хуснутдинова // *Профилактическая и клиническая медицина*. – 2014. – №2 (51). – С. 50-52.
22. Уразбахтин, И.Р. *Гигиенические и медико-социальные аспекты организации питания школьников в современных условиях (по материалам Республики Башкортостан)* [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01 / И.Р. Уразбахтин. – Казань, 2004. – 24 с.
23. *Centers for Disease Control and Prevention Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 1996; 45:1-37.

25. Perry, CL. Promoting healthy dietary behaviors. *Healthy Children* 2010. [Text]: article/ C.L. Perry, M. Story, L.A. Lytle // *Enhancing Children's Well-ness*. Thousand Oaks, CA, Sage. - 1997. - Vol. 8. -p. 214-249.
26. Кучма, В.Р. Международный опыт организации школьного питания [Текст]: статья / В. Р. Кучма, Ж. Ю. Горелова // *Вопросы современной педиатрии*. - 2008. - Т. 7. - №2. - С. 14-21.
27. Тапешкина, Н.В. Гигиеническая оценка питания детей школьного возраста и пути его оптимизации: (на примере юга Кузбасса) [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.01/Н.В. Тапешкина. - Пермь, 2009. - 23 с.
28. Короткова, М.О. Проблемы и перспективы укрепления здоровья школьников на муниципальном уровне [Текст]: статья / М.О. Короткова, В.И. Чирков, Г.М. Насыбуллина // *Гигиена и санитария*. 2007. - №3. - С. 53-55.
29. Ахмедова, Р.М. Ожирение и метаболический синдром в детском возрасте: современный взгляд на проблему [Текст]: статья / Р.М. Ахмедова, Л.В. Сафронова // *Вопросы диагностики в педиатрии*. - 2012. - Т. 4. - №1. - С. 13-19.
30. Дедов, И.И. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ [Текст]: руководство для практикующих врачей / И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, Е.Н. Андреева // М.: Литература, 2006. - 1080 с.
31. Дедов, И.И. Обучение больных с ожирением [Текст]: учебник / И.И. Дедова, А. Бутровой, Л.В. Савельевой // М.: - 2001. - С. 1-52.
32. Николаева, С.В. Изменение питания и здоровья детей [Текст]: статья / С.В. Николаева // *Вопросы современной педиатрии*. - 2013. - Т. 12. - №1, С. 108-111.
33. Jahns, L. The increasing prevalence of snacking among US children from 1977 to 1996. [Text]: article/ L. Jahns, A.M. Siega-Riz, B.M. Popkin // *J. Pediatr.* - 2001; 138:493-498.
34. Gleason Phil, Suitor Carol, US Food and Nutrition Service. Special nutrition programs; Food and Nutrition Service; 2001. Children's diets in the mid-1990s: dietary intake and its relationship with school meal participation; p. 1 v.
35. Lin, B.H. American children's diets not making the grade [Text]: article/ B.H. Lin, J. F. Guthrie, E. Frazao // *Food Review*. - 2001; 24:8-17.
36. Gleason, P, Suitor C. Food for thought: children's diets in the 1990s. [Text]: article / P. Gleason, C. Suitor // Princeton, NJ, Mathematica Policy Research, Inc.; 2001.
37. Sekiyama, M. Snack foods consumption contributes to poor nutrition of rural children in West Java, Indonesia. [Text]: article/ M. Sekiyama, K. Roosita, R. Ohtsuka // *Asia Pac J. Clin. Nutr.* - 2012. - №21 (4). - P. 558-567.
38. Куляшова, А.В. Пищевое поведение и стиль семейного воспитания как факторы риска развития ожирения у детей [Текст]/А.В. Куляшова // *Аспирантские чтения - 2010: материалы докл. всерос. конф.* - Самара, 2010. - С. 183-184.
39. Barr, S. I. Introduction to dietary reference intakes [Text]: article/ S. I. Barr // *Appl. Physiol. Nutr. Metab.* 2006. - Vol. 31, N. 4 - P. 61-65.
40. Camilleri, M Appetite and obesity: a gastroenterologists perspective [Text]: article/ M. Camilleri, A.B. Grudell // *Neurogastroenterol. Motil.* 2007. - Vol. 19, N5. - P. 333-341;
41. Badaloo, A. Relation between liver fat content and the rate of VLDL apolipoprotein B100 synthesis in children with protein-energy malnutrition [Text]: article/ A. Badaloo et al. // *Am. J. Clin. Nutr.* 2005. - Vol. 81, N5. - P. 1126-1132.
42. Bowman, S. A. Gortmaker S.L., Ebbeling C.B., et al: Effect soft food consumption on energy intake and diet quality among children in a national household survey. *Pediatrics* 2004; 113: 112-118
43. Щелкановцев, В.А. Организация здравоохранения и общественное здоровье [Текст]: статья / В.А. Щелкановцев, Л.А. Маюрникова, С.Ф. Зинчук // *Сибирский медицинский журнал*. - 2007. - №1. - С. 58-61.
44. Гаджиев, Р.С. Условия и образ жизни подростков в крупном городе [Текст]: статья / Р.С. Гаджиев, Р.С. Рамазанов // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. - 2004. - №5. - С. 18-20
45. Luis, A. Moreno Child Growth, General Aspects of Nutrition [Text]: article / Luis, A. Moreno, Berthold Koletzko // *Pediatric Nutrition in Practice*. - 2008.
46. Health and development through physical activity and sport. Geneva, World Health Organization, 2003 (accessed 9 July 2003). [Text]//http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_NMH_NPH_P_AH_03.2.pdf
47. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни [Текст]. Женева, Всемирная организация здравоохранения. - 2002.
48. Волков, А.И. Динамика эпидемиологических показателей заболеваемости органов пищеварения у детей. Детская гастроэнтерология: настоящее и будущее [Текст] / А.И. Волков, Е.П. Усанова // *Педиатрия России: тез. докл. 7-й конгр.* - М., 2002. - С. 54-55.
49. Сухарева, Л.М. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков [Текст]: статья / Л.М. Сухарева, И.К. Раппопорт, И. В. Звездина // *Гигиена и санитария*. - 2002. - №3. - С. 52-55.
50. Дети России 2000-2001гг. [Текст]. РАМН НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения им. Н.А. Семашко. - М.: 2003. - 80 с.
51. Хайров, Х.С. Антропометрическая оценка пищевого статуса школьников 10 лет г. Душанбе [Текст] / Х.С. Хайров // *Питание детей: XXI век: тезисы докл. 1-й всерос. конгр. с междунар. участ.* - М., 2000. - С. 72-73.

52. Шевченко, И.Ю. Пищевой статус подростков в новых условиях обучения и содержания [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.02.01 / И.Ю. Шевченко. - Красноярск, 2001. - 30 с.
53. Скальная, М.Г. Химические элементы микронутриенты как резерв восстановления здоровья жителей России [Текст]: учебное пособие / М.Г. Скальная, В.А. Тутельяна, И.П. Бобровниченко. - Оренбург: ГОУ ОГУ, - 2004. - 61 с.
54. Ильин, А.Г. Современные тенденции динамики состояния здоровья подростков, методические подходы к его изучению [Текст]: статья / А.Г. Ильин, И.В. Звездина, М.М. Эльянов и др. // Гигиена и санитария. 2000. - №1. - С. 60-64.
55. Тутельян, В.А. Руководство по детскому питанию [Текст]: учебник / В.А. Тутельян, И.Я. Конь. - М.: 2004. - С. 12-15
56. Мартинчик, А.Н. Общая нутрициология [Текст]: учебное пособие / А.Н. Мартинчик, И.В. Маев, О.О. Якушевич. - М.: МЕДпресс-информ, - 2005. - 392 с.
57. Щеплягина, Л.А. Медико-социальные последствия йоддефицитных состояний [Текст]: статья / Л.А. Щеплягина // Российский педиатрический журнал. - 1998. - №1. - С. 33-37.
58. Лапардин, М.П. Питание населения Приморского края [Текст]: статья / М.П. Лапардин // Вопросы питания. - 2006. - Т. 75. - №2. - С.9-13.
59. Тапешкина, Н.В. Влияние алиментарного фактора на показатели здоровья детского населения г. Междуреченска [Текст]: статья / Н.В. Тапешкина // Медицина в Кузбассе (Кемерово). - 2008. - №9. - С. 83-85.
60. Тапешкина, Н.В. Рациональное сбалансированное питание, как один из факторов, влияющий на показатели здоровья детей и подростков [Текст] / Н.В. Тапешкина, Е.Н. Лобыкина // Питание и здоровье. Материалы X Всерос. конгресса диетологов и нутрициологов. - М., 2008. - С. 105-106.
61. Конь, И.Я. Оптимизация питания в детских образовательных учреждениях. Что сделано, дальнейшие направления [Текст]: статья / И.Я. Конь, Л.Ю. Волкова // Здоровье населения и среда обитания. - 2009. - №10. - С. 4-6.
62. Хавкин, А.И. Функциональные нарушения желудочно-кишечного тракта у детей раннего возраста [Текст] / А.И. Хавкин. - М.: Правда, 2000. - 72 с.
63. School Meals in Primary Schools in England [Text]. Питание в начальных школах Англии. - London. - 2004. - 183 p.
64. Lim, Y.P. Sharing Singapore's experience in dietetic practice and school nutrition programmers [Text]: article/ Y.P. Lim // Asia Pac J Clin. Nutr. - 2008. - №17. - Suppl. P. 1-4.
65. Тутельян, В.А. Справочник по диетологии [Текст]: учебное пособие/ В.А. Тутельян, М.А. Самсонова. - М.: Медицина, 2002. - 274 с.
66. Конь, И.Я. Педиатрическая диетология: основные направления и достижения [Текст]: статья / И.Я. Конь // Русский медицинский журнал. - 2013. - №25. - С. 1209-1216.

**ОСОБЕННОСТИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ
С СИНДРОМОМ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ**

А.Ш. Кадырова¹, Д.К. Кушубеков²

¹ Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина

² Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе представлены клинические данные детей с черепно-мозговыми травмами при синдроме жестокого обращения (возрастной состав, жалобы, клинические проявления, результаты функциональных методов обследования).

Ключевые слова: дети, черепно-мозговые травмы, синдром жестокого обращения, ЧМТ, СЖО.

**КАТААЛ МАМИЛЕ ЖАСООНУН КЕСЕПЕТИНЕН БАЛДАРДЫН БАШ СӨӨК-МЭЭСИНИН
ЖАБЫРКАШЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

А.Ш. Кадырова¹, Д.К. Кушубеков²

¹ Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия славян университети

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Резюме: Эмгекте катаал мамиле жасоонун кесепетинен балдардын баш сөөк-мээсинин жабыркашынын өзгөчөлүктөрү (курактык курамы, даттануусу, клиникалык көрүнүшү, текшерүүнүн функционалдык усулдарынын натыйжалары) баяндалды.

Негизги сөздөр: балдар, баш сөөк-мээнин жабырканышы, катаал мамиле жасоонун кесепети, ЧМТ, СЖО.

**PECULIARITIES OF THE CHILDREN CRANIOCEREBRAL TRAUMA
AT A CHILD ABUSE SYNDROME**

A.Sh. Kadyrov¹, D.K. Kushubekov²

¹ Kyrgyz- Russian Slavic University named after B.N. Yeltzin,

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The clinical data of children with craniocerebral trauma at a child abuse syndrome (age structure, complaints, clinical manifestations, results of functional examination methods) are presented in the article.

Key words: children, craniocerebral trauma (CCT), child abuse syndrome (CAS).

Введение. Актуальность детской травмы, в современных условиях, обуславливаются как анатомо-физиологическими параметрами так и рядом социальных факторов [1, 2]. Особое место в структуре черепно-мозговых травм (ЧМТ) занимают случаи ЧМТ, полученных в результате «синдрома жестокого обращения» (СЖО) с ребенком. В большинстве случаев, родителями или родственниками скрываются факты из-за страха перед общественной или уголовной ответственности за нанесение телесных повреждений.

Возникновение ЧМТ без непосредственного воздействия на область головы у детей является одной из причин игнорирования медицинской помощи взрослыми. В таких ситуациях повреждения головного мозга развиваются вследствие воздействия на тело ребенка внезапного ускорения и/или торможения, т.н. синдром «shaken baby» или синдром «встряхнутого ребенка».

Особую трудность в диагностике ЧМТ у детей до 1 года представляет такой факт, как отсутствие осознанного вербального контакта. Кроме того, повышенная двигательная активность, отсутствие совершенной координации, незрелого инстинкта самосохранения увеличивают вероятность травматизации центральной нервной системы (ЦНС).

По современным представлениям, легкая ЧМТ у детей – сотрясение головного мозга, на сегодня, не является чисто функциональным и обратимым явлением. У детей, в ряде случаев, легкая ЧМТ рассматривается как фактор риска развития острого нарушения мозгового кровообращения в детском возрасте или причиной развития эпилепсии [1]. Трудности диагностики детской ЧМТ, представляют так же дети, которые уже имеют те или иные неврологические нарушения, вследствие перенесенных перинатальных факторов

риска. В случаях с более старшими детьми, получивших травму головы, могут возникнуть проблемы в уточнении причин возникновения клинических симптомов ЧМТ. Проявления атравматических заболеваний мозга, таких как, врожденные арахноидальные кисты, артериовенозные мальформации, опухоли и аневризмы сосудов головного мозга и др., ошибочно коррелируются с полученной механической травмой. В таких примерах травма является лишь провоцирующим, пусковым моментом срыва компенсации и развития истинных или первичных заболеваний головного мозга.

Особая проблема клинической нейротравматологии состоит в полном отсутствии каких-либо принципиальных отличий детской и взрослой травмы головного мозга. Методы диагностики, лечения детской травматической болезни экстраполированы от взрослого контингента. Диагностика ЧМТ у детей на догоспитальном этапе усложнена тем, что их высокие компенсаторные возможности нивелируют начальные симптомы ЧМТ, характерные для взрослых. При этом диагноз верифицируется только лишь рентгенологическими или нейровизуализационными данными.

Все выше перечисленные проблемы обусловили необходимость настоящих исследований.

Материалы и методы исследования

Объектом исследования явились 153 истории болезни детей от 1 года до 16 лет, поступивших на стационарное лечение в отделение нейротравматологии городской детской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Бишкек (ГДКБСМП) за период 2015-2016 гг. с диагнозом ЧМТ при СЖО, из которых 64,7% составили мальчики и 35,3% – девочки. Методами исследования явились: клинические данные (жалобы, объективный осмотр, неврологический статус), рентгенограмма костей черепа, магнитно-резонансная томография (МРТ), нейросонография (НСГ), электроэнцефалография, эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), осмотр глазного дна.

Результаты и обсуждение

Анализ историй болезни больных детей с ЧМТ показывает (рис. 1), детей в возрасте от 1 года до 6 лет, подвергшихся жестокому обращению, составляет 7,8% из числа обследованных.

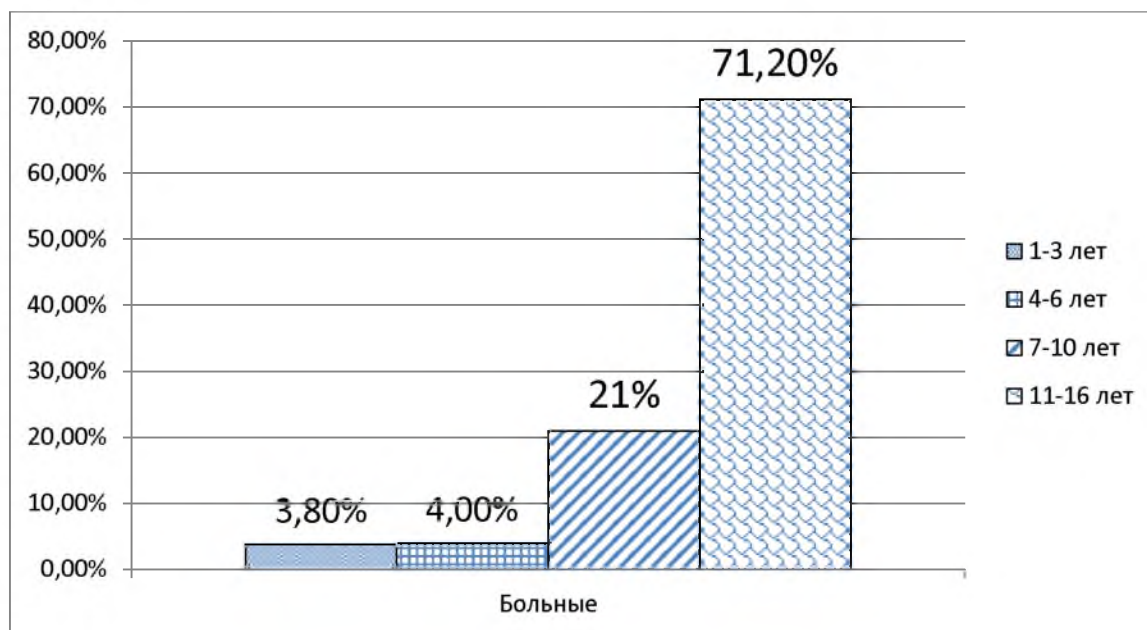


Рис. 1. Возрастной состав детей с ЧМТ при СЖО.

Тогда как число детей в возрасте 7-16 лет составляет 92,2%, что связано с повышенной социализацией детей данного возраста, их поведенческой активностью пубертатным периодом.

Данные обстоятельств полученной травмы у детей показали, что детей 80 (52,3%) подверглись избиению со стороны взрослых: 28 (35%) детей

подверглись насилию со стороны соседей; 18 детей (11,7%) избиты родственниками, из них в 13 случаях отцом; 73 ребенка (47,7%) пострадали в результате избиения другими детьми.

Первые симптомы, насторожившие родителей в отношении здоровья ребенка, появились на первые сутки у 74,5% детей. Из них 6 больных (4%)

находились в тяжелом состоянии и были госпитализированы в отделение реанимации. 17% детей обратились на следующий день. 8,4% детей обратились позже 3х дней.

В отделении нейротравматологии состояние детей было оценено по шкале ком Глазго у 81% детей.

Известно, что самой частой причиной обращения, особенно у взрослого человека с ЧМТ является потеря сознания и рвота [5, 6]. Дети младшей группы, в силу возраста не могут адекватно сформулировать свои жалобы и не указывают на факт потери или нарушения сознания. В наших наблюдениях, случаи нарушения сознания был активно выявлены лишь в 3,9% наблюдений (Рис. 2).

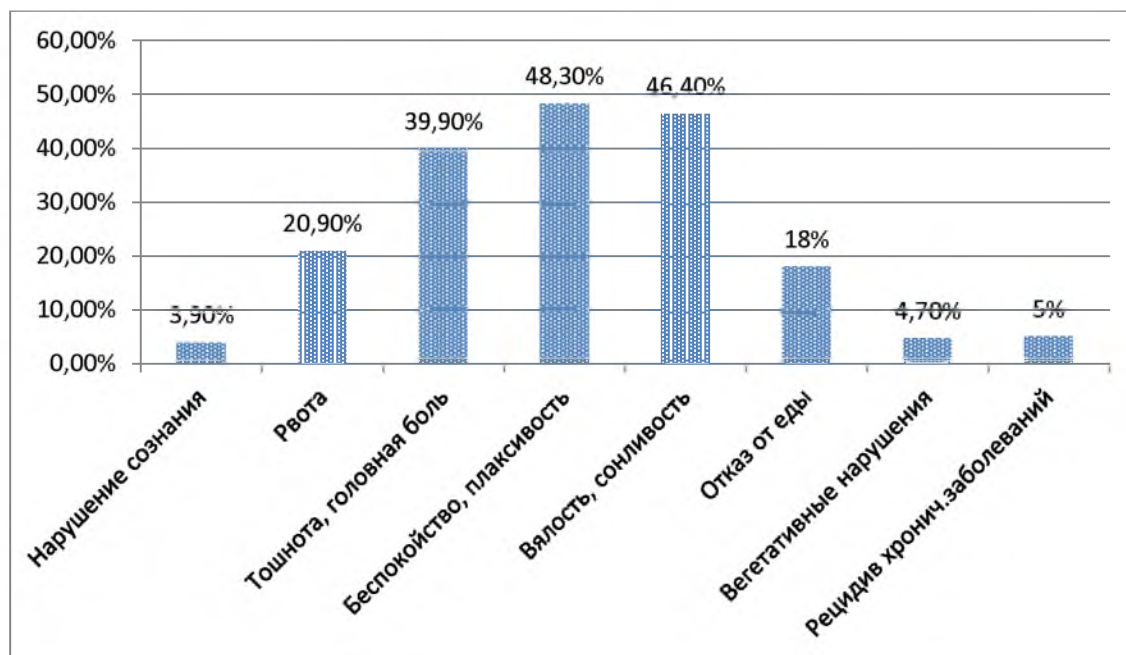


Рис. 2. Жалобы при поступлении.

Указание на рвоту встречалось в 20,9% случаев. О тошноте и головной боли сообщали 39,9% детей. Кроме того, со слов сопровождающих взрослых, активно предъявлялись жалобы на то, что ребенок сильно плакал или беспокоился после травмы, 48,3%. Жалобы на повышенную сонливость, вялость у ребенка, отказ от подвижных игр отмечены у 46,4% детей.

Отказ от еды встречался у 11,7% детей. Вегетативные проявления, в виде посинения, побледнения лица или обмякания, встречались редко – в 4,7% случаев. Жалобы на обострение или возникновение заикания, недержания мочи, обострение припадков у детей с эпилепсией встречался также, довольно, редко, 5% детей.

Подтверждение диагноза проводилась следующими методами. 83,6% случаях проводился осмотр невролога; 16,4% узким специалистом не осматривались. Осмотр окулиста проводился в 79,9% случаев. ЛОР врачом осмотрены были 15,6% больных. Рентгенограмма костей черепа проводилась детям в 58,1% случаев. НСГ проведена в 5,2% наблюдений. ЭхоЭГ проведена в 78,4% случаев. ЭЭГ проведена 1,3% больным. МРТ обследование – 8,4%. Это говорит о том, что

часть детей с ЧМТ при СЖО не получают полного обследования. И это, в большинстве, случаев связано с ограниченностью ресурсов данного стационара.

Оценка динамики объективных, неврологических симптомов затруднительна, ввиду их неспецифичности для младшей категории больных. В основном симптоматика неврологических дисфункций проявлялась угнетением либо оживлением сухожильных рефлексов, 20,9% и 58,8% соответственно. Горизонтальный нистагм встречался в основном у детей старшего возраста в 78% случаев. Растормаживание оро-спинальных рефлексов отмечалось в 87,6% наблюдений. У детей с ушибами головного мозга отслеживалась четкая очаговая симптоматика в виде контрлатеральных парезов, в виде утери ранее приобретенных навыков, 4% больных. Развитие судорожных синдромов встречалось в 2% случаев.

Из представленных данных можно говорить о том, что работа специалистов должна быть доказательна с использованием современных технологий клинической диагностики. Характер жалоб у детей с ЧМТ при СЖО, в большинстве случаев

носит неспецифический характер, что не позволяет с большей достоверностью у детей с синдромом жесткого обращения своевременно диагностировать ЧМТ. Освоение относительно новой техники НСГ, такой как транстемпоральная нейросонография должна рассматриваться в качестве перспективы. Всем детям важно проводить краниографию, независимо от тяжести состояния и возраста ребенка. Исследование функциональной активности коры головного мозга методом ЭЭГ, должно оцениваться в динамическом процессе. [1, 2, 3, 4]

Необходимо внедрение современной «педиатрической модели» оказания медицинской помощи пострадавшим с ЧМТ, с использованием скрининг-метода нейровизуализации у детей с открытым большим родничком и использованием педиатрической шкалы ком Глазго на этапе госпитализации и на этапе дальнейшего пребывания в стационаре. При подозрении на ЧМТ средней и тяжелой степени тяжести, а также при оценке уровня сознания по ШКГ менее 12 баллов, необходимо применение МРТ или КТ-исследования, для более точной диагностики характера травмы. [5, 6]

Вывод

Комплексный подход к оценке состояния больного с ЧМТ при СЖО с использованием «педиатрической» модели медицинской помощи при ЧМТ, будет способствовать совершенствованию ранней диагностики и дифференциальной оценке тяжести травмы в детском возрасте, а значит, позволит своевременно и оптимально подобрать необходимую тактику ведения больного.

Литература

1. Канавец С.П., Егоров А.Ю., Усанов Е.И. Качество жизни детей, перенесших черепно-мозговую травму со сдавлением мозга эпидуральной гематомой // *Нейрохирургия*. – 2005. – №1. – С. 26-31.
2. Манжос П.И., Бычков В.А. Черепно-мозговая травма у детей: учебное пособие для студентов медицинского факультета специальности «Лечебное дело». – М., 2008.
3. Мидленко А.И. Региональная модель оказания медицинской помощи детям с черепно-мозговой травмой: автореф. ... дис. д-ра мед. наук. – СПб., 2005. – 42 с.
4. Усанов Е.И., Кириченко К.Н., Абульханова А.Р. Поздняя эпидуральная гематома у детей // *Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Поленовские чтения»*. – СПб., 2010. – С. 318.
5. Усанов Е.И., Цыбизов А.И., Коршунов Н.Б., Кириченко К. Н. Прогностические критерии исходов черепно-мозговой травмы у детей // *Российский нейрохирургический журнал им. Проф. Поленова*. – 2011. – Т. III. №3. – С. 54-60.
6. Усанов Е.И., Яковенко И.В., Кириченко К.Н., Копылов В.В. Закрытая черепно-мозговая травма у детей. Клиническая картина, диагностика и лечение. СПб. СЗГМУ имени И.И. Мечникова. – 2015. – №124.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛАКТИАЛЕ МАЛЫШ»
ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕКРЕТОРНОЙ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ**

У. Сулайманов, М. Беделбаев, Д.С. Ерушкевич, Г.А. Карамурзаева, Н. Жообаев, Р.М. Кадырова
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кафедра детских инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В работе проведено сравнительное клиническое исследование препарата Лактиале (саше). Наблюдали две группы больных общим количеством 60 детей в возрасте от 1 месяца до 1 года с секреторной диареей средней тяжести, получавших стационарное лечение в кишечном отделении Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Из них 30 пациентов, получавшие «Лактиале малыш», составили основную группу, а остальные 30 пациентов, не получавшие этот препарат были в контрольной группе.

Анализ частоты и длительности основных клинических признаков у наблюдаемых больных в сравниваемых группах показала, что частая рвота – ($36,4 \pm 12,4\%$; $80,8 \pm 8,5\%$), длительность температуры тела ($1,8 \pm 0,5$; $4,0 \pm 1,0$ дней), стула ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ дней), сроки пребывания в стационаре ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ дней), дольше были у больных контрольной группы.

Ключевые слова: дети, острые кишечные инфекции, гастроэнтерит, энтерит, лечение «Лактиале».

**БАЛДАРДЫН СУУ АРАЛАШ ИЧ ӨТКӨГҮНДӨ «ЛАКТИАЛЕ» ДАРМЕГИНИН
ЭФФЕКТИВТИВДҮҮЛҮГҮ**

У. Сулайманов, М. Беделбаев, Д.С. Ерушкевич, Г.А. Карамурзаева, Н. Жообаев, Р.М. Кадырова
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Лактиале дармегинин (саше) колдонуунун клиникалык салыштырмалуугу изилденген. Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасында ич өткөк бөлүмүндө дарыланган 1 айдан 1 жашка чейинки балдардын клиникалык дарты суу аралаш ич өткөгүнүн орточо оор түрүндө кездешкен 60 бейтап 2 топко бөлүнгөн. Алардын ичинен 30 бейтап «Лактиале» менен дарыланган негизги топту түзгөн, 2 топту «Лактиале» менен дарыланбаган көзөмөл тобун түзүшкөн.

Кароодогу бейтаптардын негизги клиникалык белгилеринин анализи жана жыштыктын узактыгы боюнча көзөмөл тобу менен салыштырууда, топтордо көрсөткөндөй тез-тез кусуу – ($36,4 \pm 12,4\%$; $80,8 \pm 8,5\%$), дененин температурасынын узактыгы ($1,8 \pm 0,5$; $4,0 \pm 1,0$ күн), зацынын ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ күн) мөөнөтүнүн узактыгы ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ күн) көзөмөл тобундагы бейтаптарда болушкан.

Негизги сөздөр: балдар, курч ичеги жугуштуу оорусу, гастроэнтерит, энтерит, дарылоо "Лактиале".

**EFFICIENCY OF APPLICATION OF "LACTIALE" PREPARATION FOR TREATMENT
OF SECRETARIAL DIARRHEA IN CHILDREN**

U. Sulaimanov, M. Bedelbaev, D. Erushkevich, G. Karamurzaeva, N. Zhoobaev, R.M. Kadyrova
Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev
Department of Children's Infectious Diseases
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: A comparative clinical study of Lactiale (sachet) was conducted. Two groups of patients were observed with a total of 60 children aged 1 month to 1 year with moderate secretion diarrhea who received treatment in the intestinal department of the Republican Clinical Infectious Disease Hospital (RCIB). 30 patients were received the Lactile Toddler, and 30 patients who did not receive this drug were in the control group. Analysis of the frequency and duration of the main clinical signs in the observed patients in the compared groups showed that frequent vomiting – ($36,4 \pm 12,4\%$; $80,8 \pm 8,5\%$), body temperature ($1,8 \pm 0,5$; $4,0 \pm 1,0$ days), stools ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ days), hospital stay ($2,1 \pm 0,5$; $3,9 \pm 0,8$ days), were longer in patients of the control group.

Key words: children, acute intestinal infections, gastroenteritis, enteritis, treatment of "Lactiale".

Введение. Проблема острых кишечных инфекций (ОКИ) в педиатрии одна из актуальных, которая определяется, прежде всего, высоким уровнем патологии среди детей раннего возраста [1, 3, 6]. В структуре инфекционных заболеваний ОКИ стоят на втором месте после острых респираторных инфекций [6]. Не рациональная антибиотикотерапия ОКИ часто приводит к развитию дисбактериоза кишечника, а также частота водянистых диарей у детей первого года жизни позволяет апробировать биопрепарат «Лактиале малыш».

Лактиале – современный синбиотик (пробиотик+пребиотик), который состоит из комплекса семи важнейших полезных бактерий – бифидобактерий, лактобактерий и энтерококка, которые в норме присутствуют в микрофлоре кишечника здорового человека. *Основные действующие вещества:* *Lactobacillus casei*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium breve*, *Lactobacillus acidophilus*, *Bifidobacterium infantis*, *Lactobacillus bulgaricus* [1, 2, 5].

Лактиале малыш назначается детям от 6 месяцев при установленном дисбалансе микрофлоры кишечника, а также с целью профилактики дисбактериоза кишечника, появлению которых могут способствовать длительная терапия антибиотиками, нарушение привычного рациона питания, резкая смена условий окружающей среды (переезд и др.). Курс терапии препарата «лактиале малыш» – 1 месяц [3, 4, 5].

Целью настоящей работы являлась оценка эффективности применения препарата «Лактиале малыш» у детей, лечившихся в инфекционном стационаре с секреторными диареями [2].

Материалы и методы исследования

В течение декабря 2017 года и января 2018 года наблюдали 60 детей от первого года жизни с синдромами гастроэнтерита и энтерита, получавших стационарное лечение в кишечных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Проведено клинико-эпидемиологическое обследование, использовались общеклинические, биохимические методы иссле-

дования. Бактериологический анализ кала методом количественного исследования был проведен всем больным с секреторными диареями. Однако, положительный результат был выявлен у 8,3% детей, где выделяли *cytrobacterium*, *klebsiella*, *staphylococcus aureus*. У большинства 91,7% больных результаты бактериологического анализа кала были отрицательными, что вероятно связано с течением вирусных диарей.

Исследуемые дети были разделены на две группы: 1 гр. – больные получавшие «Лактиале малыш» (30), 2 гр. (контрольная) – не получавшие «Лактиале малыш» (30). Препарат назначался детям по одной саше 2 раза в день, который принимали с $1,9 \pm 0,1$ дня болезни.

Критериями включения были больные дети, у которых одинаково часто в сравниваемых группах диагностировали синдром гастроэнтерита и энтерита.

Критериями исключения явились все дети, поступившие в инфекционный стационар с синдромами гастроэнтероколита, энтероколита и колита.

Оценку переносимости и безопасности исследуемого препарата проводили на основании анализа частоты возникновения нежелательных реакций у основной группы. Эффективность терапии оценивали по сокращению частоты стула и улучшению его характера, длительности интоксикации, рвоты и пребывания в стационаре детей с секреторными диареями. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и обсуждение

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом (Рис 1): дети в возрасте 0-3 месяцев жизни – (19,9%; 30,0%), 4-6 месяцев жизни – (26,7%; 23,4%), 7-9 месяцев жизни – (30,0%; 33,3%), 10-12 месяцев жизни (23,4%; 13,3%). Среди заболевших, девочек было 40,0% и 43,3%, мальчиков – 60,0% и 56,7%. Среди заболевших детей большинство (61,7%) были городскими жителями. При изучении эпидемиологического анамнеза удалось выявить контакт с больными ОКИ лишь у 11,7% детей.

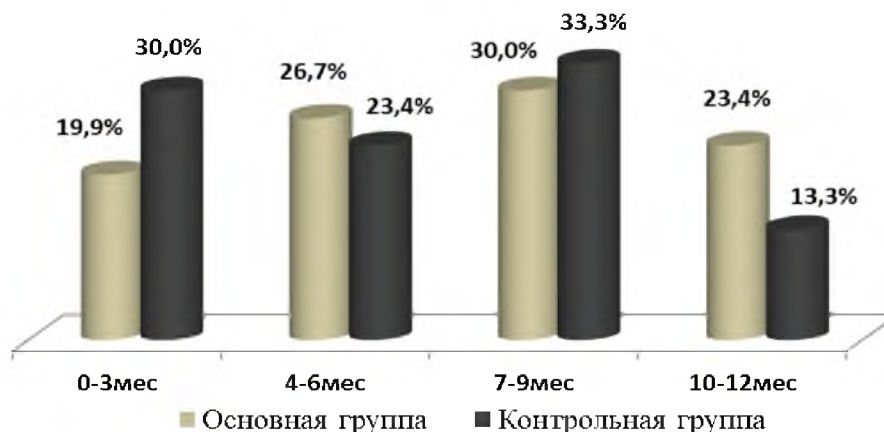


Рис. 1. Возрастная структура детей с секреторной диареей.

На догоспитальном этапе дети антибактериальную терапию получали одинаково часто (50,0%; 100,0%) в сравниваемых группах. Однако, при поступлении в инфекционный стационар больных секреторной диареей детей антибиотики были уже отменены с приемного отделения, так как в кале отсутствовала патологическая примесь. Следует отметить, что до поступления в стационар синдром обезвоживания развился у 6,6% детей, не получавших «Лактиале малыш».

У всех детей в сравниваемых (1; 2) группах больных секреторная диарея протекала в среднетяжелой форме.

Частота и длительность основных клинических признаков (табл. 1, 2) у наблюдаемых больных в сравниваемых группах показала, что повышение температуры 38,0-39°C отмечалось в 93,3%; 86,6% случаях и достоверно ($P<0,05$) дольше ($1,8\pm0,5$; $4,0\pm1,0$ дней) была у больных, не получавших Лактиале (2 гр.). Вероятно, более длительному повышению температуры у больных, не получавших Лактиале (2) способствовала

пневмония, из-за которой дети получили антибактериальную терапию ($4\pm1,3$) дня.

Рвота наблюдалась в (77,3%; 86,7%), ($P>0,05$) случаях, где 1-2-х кратная - достоверно ($P<0,05$) чаще ($63,6\pm10,2\%$; $19,2\pm6,4\%$) отмечалась у больных основной группы (1), тогда как частая рвота – ($36,4\pm12,4\%$; $80,8\pm8,5\%$), в течение ($1,1\pm0,3$; $3,2\pm1,0$ дней), $P<0,05$ была у больных контрольной группы (2).

Характер стула был водянистым достоверно ($P<0,05$) чаще ($96,7\pm3,3\%$; $70,0\pm10,0\%$) у больных основной группы (1 гр.), а жидкий стул наблюдался достоверно ($P<0,05$) чаще ($3,3\pm1,1\%$; $30,0\pm10,0\%$) у детей, не получавших Лактиале (2 гр.) в течение ($2,1\pm0,5$; $3,9\pm0,8$) дней, ($P<0,05$).

Заболевание осложнилось пневмонией достоверно ($P<0,05$) чаще в группе детей, которые не получали «Лактиале малыш» (6,7%; 30,0%). Вероятно, это связано с тем, что дети из контрольной группы (2) находились в стационаре дольше, что не исключает развитие внутрибольничной инфекции.

Таблица 1

Частота клинических признаков у больных в сравниваемых группах

Показатели (%)	1 группа (основная) n=30, M±m, %	2 группа (контрольная) n=30, M±m, %	P
Температура (38-39°C)	86,6±6,6	93,3±4,7	P>0,05
Рвота:	77,3±8,9	86,7±6,6	P>0,05
1-2 кратная	63,6±10,2	19,2±6,4	P<0,05
частая	36,4±12,4	80,8±8,5	P<0,05
Стул:			
Жидкий	3,3±1,1	30,0±10,0	P<0,05
Водянистый	96,7±3,3	70,0±10,0	P<0,05

Таблица 2

Длительность интоксикации, лечения и сроки пребывания наблюдаемых больных в стационаре

Показатели	1 группа (основная) n=30, M±m, %	2 группа (контрольная) n=30, M±m, %	P
Длительность температуры и симптомов интоксикации	1,8±0,5	4,0±1,0	P<0,05
Длительность рвоты	1,1±0,3	3,2±1,0	P<0,05
Длительность стула	2,1±0,5	3,9±0,8	P<0,05
Длительность пребывания в стационаре	2,1±0,5	3,9±0,8	P<0,05

Анализ данных периферической крови позволил выявить у (10,0%) больных лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ и у (66,7%) больных отмечался лимфоцитоз.

Все наблюдаемые дети из сравниваемых групп были выписаны с улучшением на (2,1±0,5; 3,9±0,8) день, P <0.05.

Выводы:

1. Применение «Лактиале малыш» в лечении больных секреторными диареями способствует уменьшению длительности симптомов интоксикации, сокращению частоты рвоты и стула, укорачивает сроки пребывания в стационаре, тем самым предотвращает суперинфекцию
2. Доступность, удобный способ применения (саше), отсутствие побочных явлений позволяет рекомендовать для восстановления нормальной микрофлоры кишечника детей с ОКИ и профилактики дисбактериоза кишечника с первых месяцев жизни.

Литература

1. Кадырова Р.М. Острые кишечные инфекции: методическое пособие для студентов, ординаторов, врачей. – 2006. – 61 с.
2. Корнева В.В. Применение синбиотика “лактиале” в комплексной терапии вегетативной дисфункции у детей и подростков // Современная педиатрия. – 2013. - №7 (55). – С. 66-71.
3. Парфенов А.И. Острая диарея. Эффективная фармакотерапия // Гастроэнтерология. - 2015. - №3. – С. 37.
4. Парфенов А.И., Бондаренко В.М. Что нам дал вековой опыт познания симбиотной кишечной микрофлоры // Терапевтический архив. 2012. Т. 84. №2. С. 5-10.
5. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: a position paper by the Espghan Working Group for Probiotics and Prebiotics / Szajewska H., Guarino A., Hojsak I. et al. // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2014. - Vol. 58, N4. - P. 531-539.
6. ВОЗ. Диарея. [электронный ресурс] www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ru/ апрель 2017.

**СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТНОСТИ
ТРУДОСПОСОБНОГО НАСЕЛЕНИЯ В СТРУКТУРЕ НЕНАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ**

Б.М. Мамадыев¹, М.Ш. Мукашев²

¹ Ошское областное бюро судебно-медицинской экспертизы (начальник – Мамадыев Б.Б.)
г. Ош, Кыргызская Республика

² Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н, проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся данные исследования о смертности трудоспособного населения г. Ош и Ошской области за 2000 год. Установлено, что причиной смерти наибольшего количества умерших по данным Ошского областного бюро была патология сердечно-сосудистой системы (16,9%) и преимущественно у мужчин 12,4% против (4,5%) женщин. Значительная часть смертельных случаев пришлась на возраст от 26 до 55 лет (17,9%), причем на возраст от 36 до 45 лет – 8,4%. Не менее критическим может считаться и возраст от 56 до 65 лет (7,3%). По этнопризнакам преобладающее большинство умерших были русские (50%), сравнительно – узбеки (26,08%), кыргызы (17,39%), татары (6,53%), что связано с отказом местных жителей от вскрытия трупов по религиозным причинам.

Ключевые слова: ненасильственная смерть, трудоспособное население, сердечно-сосудистая патология.

**ЖУМУШКА ЖАРАМДУУ КАЛКТЫН ӨЛҮМҮНҮН
КҮЧ КОЛДОНБОГОН ӨЛҮМДҮН АРАСЫНДАГЫ ОРДУ**

Б.М. Мамадыев¹, М.Ш. Мукашев²

¹ Ош облустук соттук-медициналык экспертиза бюросу (башчысы – Мамадыев Б.Б.)
Ош ш., Кыргыз Республикасы

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул изилдөөдө Ош облустунун жумушка жарамдуу калкынын күч колдонбогон өлүмдөн каза тапкандыгы жөнүндө айтылат. Каза болгондордун көбү жүрөк-кан тамыр ооруларынан (16,9%) жана көбүнчө эркектердин (12,4%) өлүмгө учурашы аныкталды салыштырмалуу аялдарга караганда (4,5%). Өлүмгө учурагандардын арасында жашы 26дан 55ке чейинки кишилер басымдуулук кылат (17,9%), ошонун ичинде 36дан 45ке чейинки жаштагы кишилер 8,4% түздү. Опурталдуу деп 56дан 65 жашка чейинки куракты да айтсак болот (7,3%). Каза болгондордун көпчүлүгүн орус улутундагылар түздү (50%), өзбектер 26,08%, кыргыздар 17,39% жана татарлар болсо 6,53% түздү. Мындай көрүнүш жергиликтүү улуттардын динине байланыштуу маркумдарды союуга бербегендиги менен түшүндүрсө болот.

Негизги сөздөр: күч колдонбогон өлүм, жумушка жарамдуу, жүрөк-кан-тамыр.

**FORENSIC-MEDICAL CHARACTERISTICS OF MORTALITY
OF THE WORKING POPULATION IN THE STRUCTURE OF NON-VIOLENT DEATH**

B.M. Mamadyev¹, M.Sh. Mukashev²

¹ Osh regional bureau of forensic medical examination (chief – Mamadyev B.B.)
Osh, the Kyrgyz Republic

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., professor Kudaybergenova I.O.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The article presents data on the mortality rate of the able-bodied population of Osh and Osh region for 2000 y. It was found that the cause of death of the largest number of deaths according to the Osh regional bureau was the pathology of the cardiovascular system (16.9%) and predominantly in men 12.4% against (4.5%) of women. A significant proportion of deaths occurred in the age range from 26 to 55 years (17.9%), with an age of 36 to 45 years – 8.4%. No less critical is the age from 56 to 65 (7.3%). According to ethnographic

evidence, the prevailing majority of the deceased were Russians (50%), and Uzbeks (26.08%), Kyrgyz (17.39%), Tatars (6.53%), which is due to the refusal of local residents to open corpses for religious reasons. **Keywords:** non-violent death, the working-age population, cardiovascular disease.

Устойчивое развитие любого государства на 66% обеспечивается качеством (индексом) развития человеческого потенциала, который определяется, прежде всего, состоянием здоровья, образования и уровнем бедности населения. Поэтому в системе жизненных ценностей на одно из первых мест выдвигается здоровье, особенно на фоне возрастающего характера хронических болезней, являющихся основной причиной инвалидности и смертности [1].

Для изучения путей формирования здоровья населения и его тенденций необходим анализ интегрированной системы медико-демографических показателей здоровья населения, ведь демографическая ситуация является одним из наиболее важных признаков, отражающих социально-экономическое благополучие общества. Она оценивается по уровню рождаемости, смертности, естественному приросту, брачности и состоянию половозрелой структуры общества [2].

По мнению Сердюкова А.Г. и соавт. [3], учет региональных особенностей является необходимым условием рациональной деятельности системы здравоохранения на конкретной территории, а показатели смертности среди медико-демографических признаков имеют особое значение, поскольку её изучение проводится на основе государственной регистрации и может дать объективные результаты [4]. Необходимость изучения смертности связана так же с прогнозом численности населения, планированием социального и экономического развития общества и системы здравоохранения [3].

Объектами судебно-медицинской экспертизы, кроме насильственной (убийства, самоубийства и несчастные случаи) смерти является и ненасильственная (внезапная, скоропостижная) смерть, когда врач лечебно-профилактического учреждения (ЦСМ, стационара) не может взять на себя ответственность за выдачу «Медицинского свидетельства о смерти» [5, 6].

В структуре причин смертности населения РФ по материалам судебно-медицинской экспертизы, большое место занимает скоропостижная и внезапная смерть, явившаяся результатом заболеваний, причем болезни сердечно-сосудистой системы занимают в данной структуре одно из ведущих мест. Смертность от болезней системы кровообращения, по данным В.И. Витер, А.В. Пермякова (2000) и др., остается самой высокой, особенно среди лиц работоспособного возраста

(женщины до 55 лет, мужчины до 60 лет). У большинства умерших скоропостижно причиной смерти являлась ишемическая болезнь сердца (ИБС) [7, 8].

На основании изучения 1550 случаев скоропостижной смерти у населения трудоспособного возраста установлено, что 74,13% умерших были лицами мужского пола и 25,87% — лица женского пола [9]. Наибольший процент умерших составляли мужчины в возрасте 41-60 лет — 63,28%, женщины этого же возраста составили 20,51%. При изучении распределения диагнозов по нозологическим признакам выявлено преобладание ИБС над другими заболеваниями и ведущей непосредственной причиной смерти явилась острая коронарная недостаточность.

Анализ результатов судебно-медицинских экспертиз случаев скоропостижной смерти за 1999-2005 гг. в Бюро судебно-медицинской экспертизы Департамента здравоохранения Москвы и Московской области [9] показал, что 59,2% умерли от заболеваний сердечно-сосудистой системы и смещении скоропостижной смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в сторону более молодых возрастных групп. Наибольший процент умерших составляют мужчины в возрасте 48-60 лет.

По данным ряда российских авторов [2], в последние годы прослеживается выраженная тенденция к росту ненасильственной смертности — от 31,17% в 20004 году до 54,64% в 2008 году. В 97-98% случаев ненасильственной смерти причинами являются заболевания органов и систем. При этом 1-е место занимают болезни системы кровообращения, уровень которых составляет 75-76%, с высоким уровнем смертности населения молодого и среднего возраста.

По мнению [10], основными причинами смертности населения южного региона Кыргызской Республики являются болезни органов кровообращения (49%) и травмы (9,7%).

Исследованиями смертности населения трудоспособного возраста Удмуртской Республики [11] установлено, что $77,3 \pm 0,7\%$ умерших составили мужчины, $22,7 \pm 0,7\%$ составили женщины. И в $25,4 \pm 0,8\%$ причиной смерти послужили болезни системы кровообращения.

По вопросам ненасильственной смертности населения в нашей стране, однако, к сожалению, каких-либо исследований как в масштабе всей

страны, так и на региональном уровне, не проводилось. С учетом этого мы поставили **цель** изучить ненасильственную смертность населения трудоспособного возраста на региональном уровне по материалам Ошского областного бюро судебно-медицинской экспертизы, районных отделений СМЭ Араванского, Кара-Суйского и Узгенского районов Ошской области за 2000 год.

Материал и методы исследования

Был изучен архивный материал в виде актов и заключений судебно-медицинских исследований и экспертиз трупов, поступивших в morgi областного бюро и районных отделений по направлениям, постановлениям правоохранительных органов; журналов регистрации трупов, корешков медицинских свидетельств о смерти, и подвергнуты статистической обработке.

Результаты

Установлено что в 2000 году из 177 исследованных в судебно-медицинском morgе г.Ош трупов в возрасте от 16 до 65 лет 25,9% (46 случаев) вошли в категорию ненасильственной смерти. Наибольшее количество умерших составили мужчины (34 случая, 19,2%); 12 случаев (6,7%) составили женщины. Значительная часть смертельных случаев приходилась на возраст от 26 до 55 лет – 32 случая (17,9%), причем на возраст от 36 до 45 лет – 15 случаев (8,4%), что может свидетельствовать о наиболее критическом периоде в жизни. Не менее критическим может считаться и возраст от 56 до 65 лет – 13 случаев (7,3%). По классам болезни ведущими причинами ненасильственной смерти являются заболевания сердечно-сосудистой системы, что подтверждает данные и российских авторов. Из 46 случаев ненасильственной смерти в 16,9% причиной смерти в трудоспособном возрасте была патология сердечно-сосудистой системы. Мужчины погибают гораздо чаще (в 12,4%) против 4,5% женщин.

Далее по частоте причин ненасильственной смерти в трудоспособном возрасте является патология дыхательной системы, в том числе и осложнения туберкулеза, на долю которой пришлось 13 случаев из 46, причем наибольшее количество смертельных случаев пришлось на возраст от 36 до 55 лет – 8 случаев (4,4%). Это совпадает с данными А.Ш. Тороевой, А.Ж. Буржубаевой, Т.К. Мергенбаевой (2007), которые установили, что в структуре смертности от различных заболеваний в КР болезни органов дыхания занимают второе место, уступая только смертности от заболеваний сердечно-сосудистой системы, а 37,2% внебольничной пневмонии приходится на взрослых и подростков [12]. Среди

лиц, умерших в трудоспособном возрасте от патологии органов дыхания, 10 случаев выпали на долю мужчин (5,6%), и 3 случая – на женщин (1,6%). Патология пищеварительной системы как причина ненасильственной смерти в трудоспособном возрасте выявлена лишь у 3х умерших (1,6%). По данным Пиголкина Ю.И. и соавт. [2] болезни органов пищеварения находятся на 4м месте среди всех причин смерти.

По этнопризнакам преобладающее большинство умерших были русскими (23 случая, 50%), узбеки (12 случаев, 26,08%) и кыргызы (8 случаев, 17,39%) и татары (3 случая, 6,53%). Такая статистика объясняется тем, что коренные жители (кыргызы, узбеки) в большинстве случаев отказываются от вскрытий трупов, прежде всего по религиозным мотивам и диагностика причин случаев смерти на дому, на улице и в иных местах остается не выясненной.

Анализ ненасильственной смерти населения в трудоспособном возрасте в районных отделениях судебно-медицинской экспертизы показал, что в Араванском районе ни одного случая не зарегистрировано, однако это отнюдь не обозначает отсутствие таковых, а свидетельствует об отсутствии аутопсийных исследований.

По Узгенскому району зарегистрировано всего 2 случая, по Кара-Суйскому – 12 случаев, что составило 24% общего количества трупов, подвергавшихся судебно-медицинскому исследованию, из которых в 7 случаях (14%) установлена сердечно-сосудистая патология, в 3х случаях (6%) – заболевания органов дыхания.

Следует отметить, что статистические данные о ненасильственной смерти населения по данным судебно-медицинских и патологоанатомических служб не полностью отражают истинное положение, т.к. основная часть умерших на дому, да и в стационарах, не подвергаются аутопсийному исследованию. В связи с чем необходимо изучать архивные данные ЗАГСов областей, регионов, районов и городов для более точного изучения проблемы смертности населения, в том числе и трудоспособного. В этом плане значительную помощь и ясность внесло бы изучение имевшихся и имеющихся медицинских документов, среди которых особое значение имела бы амбулаторная карта ГСВ, ЦСМ, ФАП и карты вызова скорой помощи. Наличие и изучение медицинских документов выявило бы, прежде всего, факт обращения гражданина за медицинской помощью, характере заболевания, объеме оказанной медицинской помощи, полноте и качестве обследования, диспансеризации и частоте наблюдения врачом.

Выводы:

1. Ненасильственная смертность населения трудоспособного возраста, по материалам Омского областного бюро судмедэкспертизы за 2000 год, в основном, обусловлена сердечно-сосудистой патологией, чаще наступает у лиц мужского пола. В то же время эти данные не отражают истинную картину ненасильственной смерти населения, т.к. основная часть подобных случаев не проходит регистрацию в системе судебно-медицинской и патологоанатомической служб области, что требует обязательного изучения архивных данных органов ЗАГСа области, районов и городов.
2. Для снижения смертности населения трудоспособного возраста от заболеваний сердечно-сосудистой системы необходимо проводить дальнейшие эпидемиологические, медико-социальные исследования по выявлению факторов, способствующих высокой смертности.

Литература

1. Муйдинов, Ф.Ф. Эпидемиологическая оценка социально-гигиенических и поведенческих факторов риска, формирующих структуру заболеваемости юношей призывного возраста (на примере Баткенской области): Автореф... канд. мед. наук / Ф.Ф. Муйдинов / - Бишкек, 2012. - С. 26.
2. Пиголкин, Ю.И. Характеристика смертности в Российской Федерации / Ю.И. Пиголкин, Ю.В. Сидорович // Судмедэкспертиза. - 2011. - №1. - С.14-18.
3. Сердюков, А.Г. Динамика смертности населения Астраханской области (Социально-гигиеническое исследование) / А.Г. Сердюков, Ю.Г. Винникова, В.Н. Кульков. - Астрахань: Астрах. гос. мед. акад., 1999. - 174 с.
4. Джуваяков, П.Г. Анализ смертности от ишемической болезни сердца в Астрахани с 1983 по 1997 г. / П.Г. Джуваяков, Г.П. Джуваяков, Т.Н. Панова // Судмедэкспертиза. - 2002. - №3. - С.3-5.
5. Дымов, А.С. Врачебное диагностическое мышление: дефекты и пути оптимизации / А.С. Дымов, В.И. Витер, Н.И. Неволлин. - Екатеринбург, 2004.
6. Поздеев, А.Р. Судебно-медицинская оценка дефектов лечения в премортальный период / А.Р. Поздеев. - Н.Новгород; Ижевск, 2004.
7. Макаров, В.М. Экспертная оценка внезапной смерти и суицидов: Автореф. ... канд.мед.наук / В.М. Макаров. - Ульяновск, 2005. - 16 с.
8. Старикова, И.Л. Нозологический профиль и клинико-морфологическое сопоставление при внезапной сердечной смерти: Автореф... канд.мед.наук / И.Л. Старикова. - Челябинск, 2006. - 18 с.
9. Шабалина, Т.М. Судебно-медицинские и медико-социальные аспекты летальных исходов от сердечно-сосудистых заболеваний у населения работоспособного возраста / Т.М. Шабалина // Судмедэкспертиза. - 2008. - №4. - С. 6-8.
10. Шамишев, А.А. Социально-эпидемиологические детерминанты общественного здоровья населения и пути совершенствования медико-санитарной помощи на региональном уровне (на модели южных областей Кыргызской Республики): Автореф... доктора мед.наук / А.А. Шамишев. - Бишкек, 2013. - 37 с.
11. Юдинцева, И.В. Судебно-медицинские и социальнo-гигиенические аспекты причин смерти трудоспособного населения: Автореф... канд. мед.наук / И.В. Юдинцева. - Ижевск, 2009. - 18 с.
12. Абжалбекова, Н.Т. Особенности заболеваемости и смертности от болезней органов дыхания в Кыргызстане / Н.Т. Абжалбекова, М.Г. Василевский // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2009. - №1. - С. 141-144.

**ОБЪЕМ И СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ,
ПРОВЕДЕННЫХ В ОТДЕЛЕ КОМИССИОННЫХ И КОМПЛЕКСНЫХ ЭКСПЕРТИЗ
РЦСМЭ МЗ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ ЗА 2013-2014 ГОДЫ**

М.Ш. Мукашев¹, Т.Т. Матсаков², О.Д. Ибраева², С.В. Яксанова²

¹ Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)

² Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ КР (директор – Кошонов Д.Ж.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: За 2013 год зарегистрировано 609 случаев комиссионных и комплексных экспертиз, из которых 44 возвращены без исполнения. По материалам уголовных дел 357 (58,6%), гражданским делам 10 (1,6%), по отказному материалу – 242 (39,7%) случая. В 36 (5,9%) случаях экспертизы были первичными. Основными поводами назначения экспертиз было установление степени вреда здоровью. Основанием для производства экспертиз, в основном, были постановления правоохранительных органов. За 2014 год зарегистрировано 772 случая, из которых 50 случаев возвращены без исполнения. Экспертизы, в основном, проводились по материалам уголовных дел и на основании постановлений. По полу подэкспертными в большей степени были лица мужского пола. За профессиональные правонарушения медицинских работников и в 2013 и в 2014 году экспертизы проводились, в основном, в отношении акушер-гинекологов.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, комиссионная, постановления, степень вреда здоровью, уголовные дела, профессиональные правонарушения.

**2013-2014-ЖЫЛДАРЫ КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИНИН РЕСПУБЛИКАЛЫК СОТ-МЕДИЦИНАЛЫК ЭКСПЕРТИЗА
БОРБОРУНУН КОМИССИЯЛЫК ЖАНА КОМПЛЕКСТИК ЭКСПЕРТИЗАЛАР
БӨЛҮМҮНДӨ ӨТКӨН ЭКСПЕРТИЗАЛАРДЫН КӨЛӨМҮ
ЖАНА ӨЗӨКТҮК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

М.Ш. Мукашев¹, Т.Т. Матсаков², О.Д. Ибраева², С.В. Яксанова²

¹ И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы
(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И.О.)

² Саламаттык сактоо Министрлигинин Республикалык сот-медициналык экспертиза борбору
(башчысы – Кошонов Д.Ж.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2013-жылы 609 комиссиялык-комплексдик экспертиза катталган, анын ичинен 44-ү аткарылбастан кайтарылган. Кылмыш иши боюнча 357 (58,6%), жарандык иши боюнча 10 (1,6%), жабылган иштер боюнча – 242 (39,7%) катталган. Биринчи жолу 36 иш боюнча (5,9%) экспертиза жүргүзүлгөн. Экспертизаны дайындоонун негизги себептери болуп жаракаттын оордугун аныктоо болгон. Экспертиза жүргүзүү көбүнчө укук сактоо органдарынын токтомунун негизинде болгон. 2014-жылы 772 иш катталган, анын ичинен 50-ү аткарылбастан кайтарылган. Экспертизалар көбүнчө кылмыш иштери боюнча жана токтомдун негизинде өткөрүлгөн. Жыныстык жагынан экспертизалар көбүнчө эркектерге өткөрүлгөн. Медицина кызматкерлеринин кесиптик укук бузуулары боюнча 2013-2014-жылдары көбүнчө акушер-гинекологдор тартылган.

Негизги сөздөр: соттук-медицина экспертиза, комиссияндук, токтом, жаракаттын оордугу, кылмыш иш, кесиптик укук бузуу.

THE VOLUME AND STRUCTURAL CHARACTERISTICS
OF THE FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS CONDUCTED IN THE DEPARTMENT
OF COMMISSION AND COMPLEX EXAMINATIONS OF THE RCFME MH
OF THE KYRGYZ REPUBLIC FOR 2013-2014 YEARS

M.Sh. Mukashev¹, T.T. Matsakov², O.D. Ibraeva², S.V. Yksanova²

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., professor Kydaibergenova I.O.)

² Republican Center of Forensic Medical Examination of the Ministry of the Kyrgyz Republic
(director – Koshokov D.J.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: In 2013, 609 cases were registered, of which 44 were returned without execution. According to the materials of criminal cases 357 (58.6%), civil cases 10 (1.6%), according to the rejected material 242 (39.7%) cases. In 36 (5.9%) cases, the examinations were primary. The main reasons for the appointment of examinations were the establishment of the degree of harm to health. The basis for the production of examinations in the main were the decisions of law enforcement agencies. For 2014, 772 cases were registered, of which 50 cases were returned without execution. Examinations, mainly, were conducted on the basis of materials of criminal cases and on the basis of decisions. On the floor under the expert were mostly male. For professional offenses of health workers, both in 2013 and in 2014, examinations were conducted, mainly, with regard to obstetrician-gynecologists.

Keywords: forensic medical examination, commission, decisions, degree of harm to health, criminal cases, professional offenses.

В структуре областных бюро и Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ Кыргызской Республики отдел комиссионных и комплексных экспертиз (бывший отдел сложных экспертиз) является одним из важных, решаая наиболее сложные, спорные вопросы судебно-медицинской экспертизы. Работа данного отдела проводится на основе «Правил производства судебно-медицинской экспертизы по материалам уголовных и гражданских дел», утвержденных приказом МЗ КР №59 от 09.02.2012 года.

С целью выяснения объема и структурной характеристики комиссионных судебно-медицинских экспертиз нами проведен анализ проведенных комиссионных судебно-медицинских экспертиз в отделе Республиканского центра судебно-медицинских экспертиз МЗ КР за 2013-2014 годы.

В журнале регистрации отдела комиссионных и комплексных экспертиз за 2013 год зарегистрировано 609 экспертиз, из которых в 44 случаях материалы дела возвращены без исполнения, в основном, по причине неуклюпектованности медицинскими документами, неявкой подэкспертных на повторные медицинские и судебно-медицинские обследования, что составило 7,2% от общего количества зарегистрированных случаев.

Наибольшее количество поступивших дел было связано с возбужденными уголовными делами (357 случаев), в то время как по гражданским делам было всего лишь 10 экспертиз, что в процентном соотношении составили (58,6% и 1,6% соответственно), а по отказному материалу – 242 случая (39,7%) (рис. 1). В 3х (0,4%) случаях комиссия экспертиза проводилась с повторным судебно-медицинским исследованием эксгумированных трупов.



Рис. 1. Представленные материалы дела.

В 36 случаях (5,9%) из 609 зарегистрированных дел экспертизы были первичными в связи с экспертизой состояния здоровья, профессиональных правонарушений медицинских работников, заражения сибирской язвой.

Основанием для производства комиссионных судебно-медицинских экспертиз в 592 случаях

(97,2%) были постановления судебно-следственных органов, из которых в 417 случаев (70,4%) вынесенные следователями органов внутренних дел, 88 (14,8%) – следователями прокуратур, 84 (14,1%) – судами, 3(0,5%) – ГСИН и только в 17 случаях из 609 зарегистрированных дел (2,7%) – на основании определения судов (рис. 2).

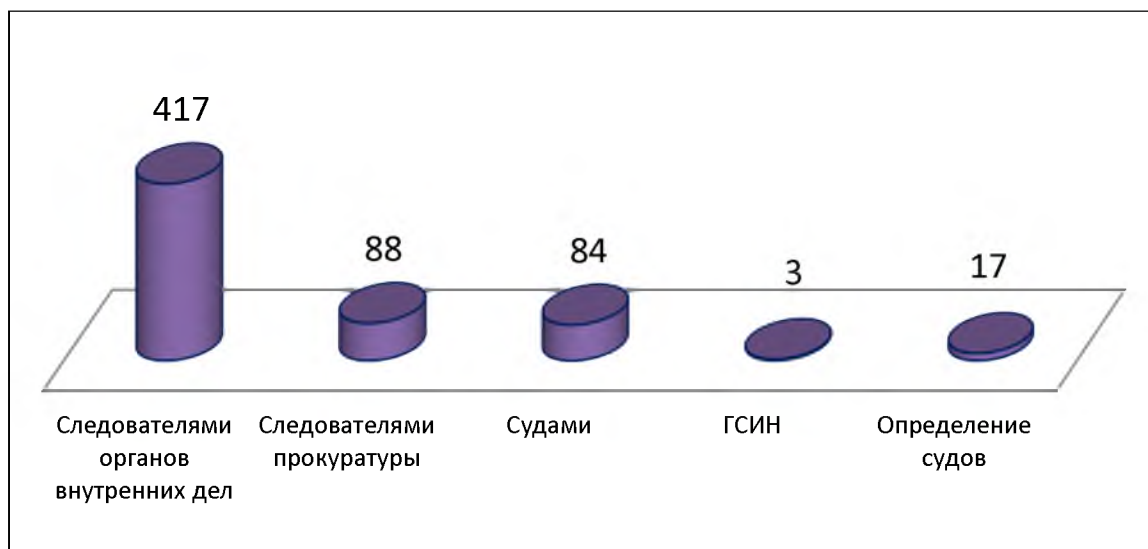


Рис. 2. Правоохранительные органы, назначившие экспертизы.

Поводами для назначения экспертиз были: установление степени вреда здоровью (441 случай, 72,4%), причины и механизма смерти (76 – 12,4%), состояния здоровья (40 – 6,5%), изнашивания (8 – 1,3%), а в 44 случаях (7,2%) материалы дела возвращены без исполнения (рис. 3).

Из 40 экспертиз по определению состояния здоровья и степени вреда 10 (25%) случаев касались коллективного отравления (сальмонеллезом).

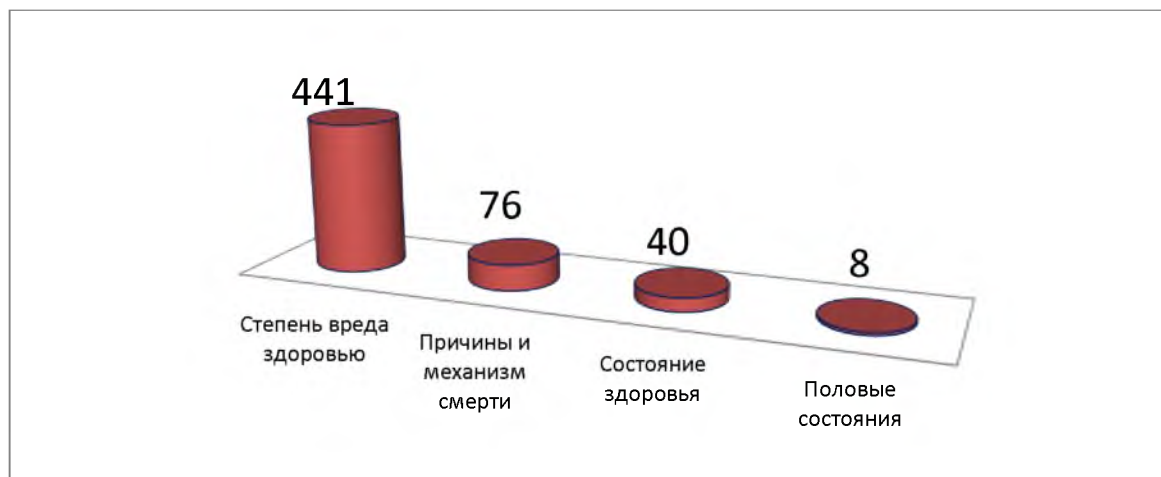


Рис. 3. Поводы для назначения экспертиз.

Из 609 представленных материалов дела 44 (7,2%) касались судебно-медицинской оценки профессиональных действий медицинских работников («Врачебные дела»). Анализ таких дел показал, что судебно-медицинской экспертной

оценке чаще подвергались действия врачей, занимающихся экстренной, urgentной деятельностью, каковыми являются акушеры - гинекологи, хирурги. Так, из 44 врачебных дел 20 случаев (45,4%) касались акушеров-гинекологов и в 10

случаях – хирургов (22,7%). К сожалению, имеются материалы дела и в отношении терапевтов, инфекционистов, онкологов, дерматологов и стоматологов, но значительно в меньшем количестве.

При производстве комиссионных экспертиз в 250 случаях изучалась медицинская карта стационарного больного (41,05%), 109 – амбулаторные карты (17,8%), 78 случаях – R-снимки (12,8%) и в 1 случае (0,16%) влажный архив и микропрепарат.

Комиссионная судебно-медицинская экспертиза в 271 случае подтвердила результаты первичных экспертиз, что составило 44,4% от общего количества зарегистрированных дел, в 153 случаях (25,4%) – изменила либо по степени вреда (в большей части), либо по механизму травмы и причины смерти (в меньшей степени) (рис. 4).

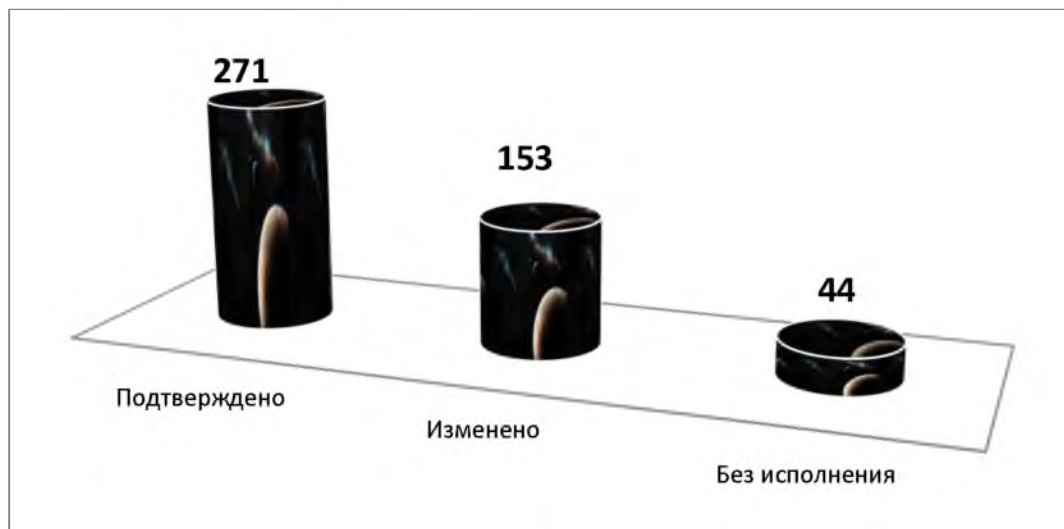


Рис. 4. Результаты экспертиз.

По половому составу материал распределен следующим образом: мужчины – 329 (54,02%), женщины 280 (45,09%).

В 2014 году зарегистрировано 772 случая по материалам уголовных и гражданских дел, из которых 50 (6,4%) возвращены без исполнения по причине не обеспечения органами правоохраны

требований экспертной комиссии о предоставлении дополнительных материалов (медицинские документы) и отказ подэкспертных от дополнительных обследований.

В 416 (53,8%) случаях были предоставлены материалы уголовных дел, в 343 (44,4%) случаях материалы отказных дел и в 13 (1,6%) случаях – гражданские дела (рис. 5).

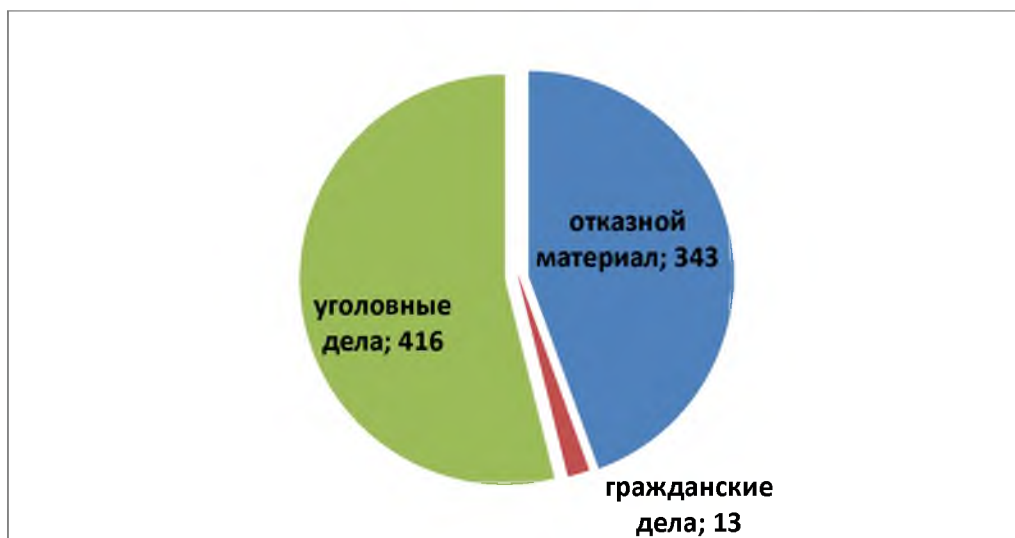


Рис. 5. Виды представленных материалов.

В 1 (0,1%) случае возникла необходимость в производстве эксгумации трупа.

Большое количество экспертиз по отказным материалам связаны с надзорной прокурорской проверкой прекращенных дел в отделениях внутренних дел.

Из 772 зарегистрированных случаев 36 (4,6%) были первичными по поводу установления состояния здоровья в связи с заражением сибирской язвой, а также с предъявлением исков по гражданским делам, в 17 случаях (из 36) - по поводу сроков годности применения репретина больным, находящимся на гемодиализном лечении.

В связи с выяснением новых обстоятельств по определению степени вреда здоровью пострадавших при июньских событиях 2010 года на юге

республики (межэтнические столкновения) было проведено 163 (21,1%) повторных экспертиз из общего количества зарегистрированных дел (772).

Преимущественное количество экспертиз проводилось на основании постановлений судебно-следственных органов (741 - 95,9%), из которых по постановлениям судов - 65 (8,7%), прокуратуры - 110 (14,8), постановлениям органов внутренних дел - 560 (75,5%), ГСИН - 6 (0,8%) (рис. 6). По определениям судов - 31, что составило 4,01% от общего количества зарегистрированных случаев.

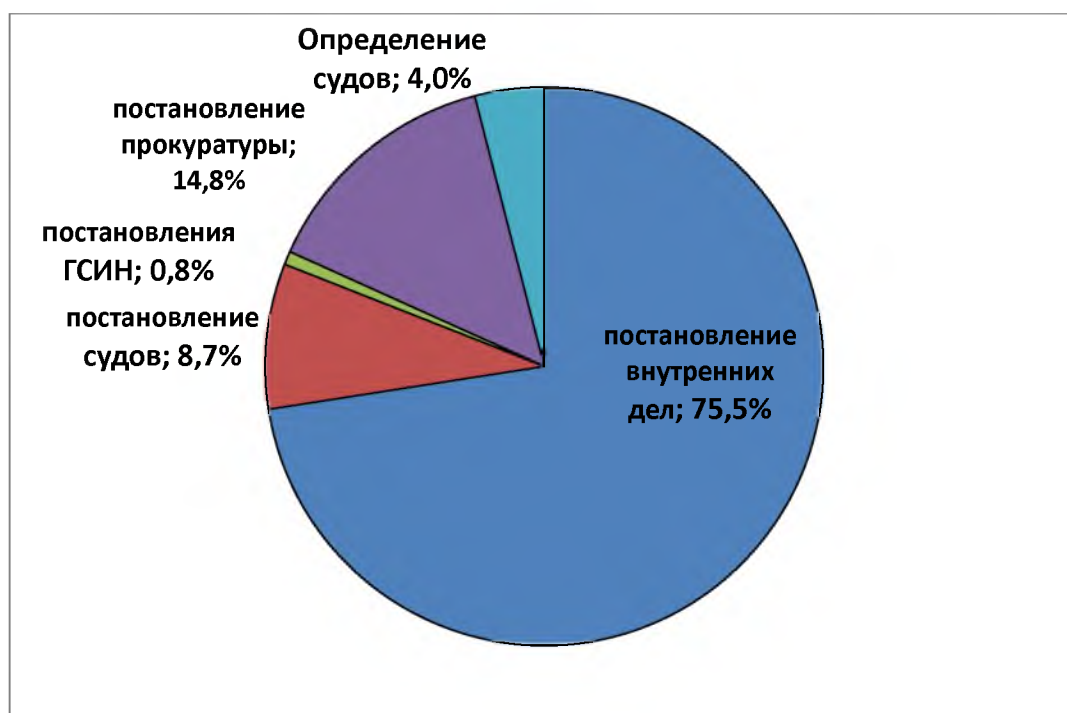


Рис. 6. Основания для производства экспертиз.

Значительное количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз проведено по поводу определения степени вреда здоровью (573 случая - 74,2%), которые сочетались и с определением причины смерти, половых преступлений,

в 91 случае (11,7%) в связи со смертельным исходом и определением механизма травмы и причины смерти.

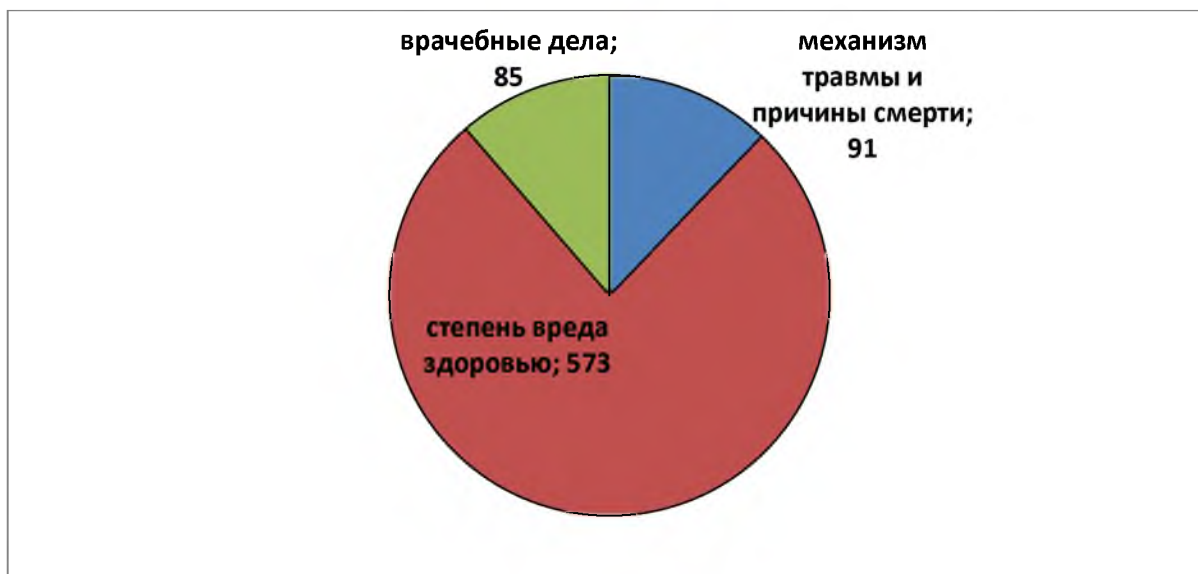


Рис. 7. Поводы проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

По поводу профессиональных правонарушений медицинских работников («врачебные дела») за 2014 г. проведено 85 экспертиз, что составило 11,1% от общего количества зарегистрированных дел (рис. 7). При этом в 34 (40%) случаях – в отношении акушеров-гинекологов, 19 (22,3%) нефрологов (без учета применения репретина почечным больным), 6 (7,05%) – хирургов, 10 (11,7%) окулистов, в том числе в 1 случае по поводу незаконной пересадки роговицы. Следует отметить, что имелись материалы дела и в отношении реаниматологов, инфекционистов, врача скорой помощи, невролога, онколога, фтизиатра, медсестры.

Проведение комиссионных судебно-медицинских экспертиз, в основной своей массе, требует изучения и ряда медицинских документов, а в случаях смертельного исхода – и пересмотра гистопрепаратов. Так, за 2014 год в 277 случаях (35,8%) изучались медицинские карты стационарных больных, в 235 случаях (30,4%) – амбулаторные карты, в 64 (8,2%) – рентген снимки, в 2х случаях – стеклопрепараты, влажный архив (0,2%).

Из 772 комиссионных экспертиз подтверждено 299 (38,7%) случаев, в 305 (39,5%) случаях – изменено, 50 (6,4%) случаев возвращены без исполнения, в остальных случаях о результатах не указано (рис. 8).

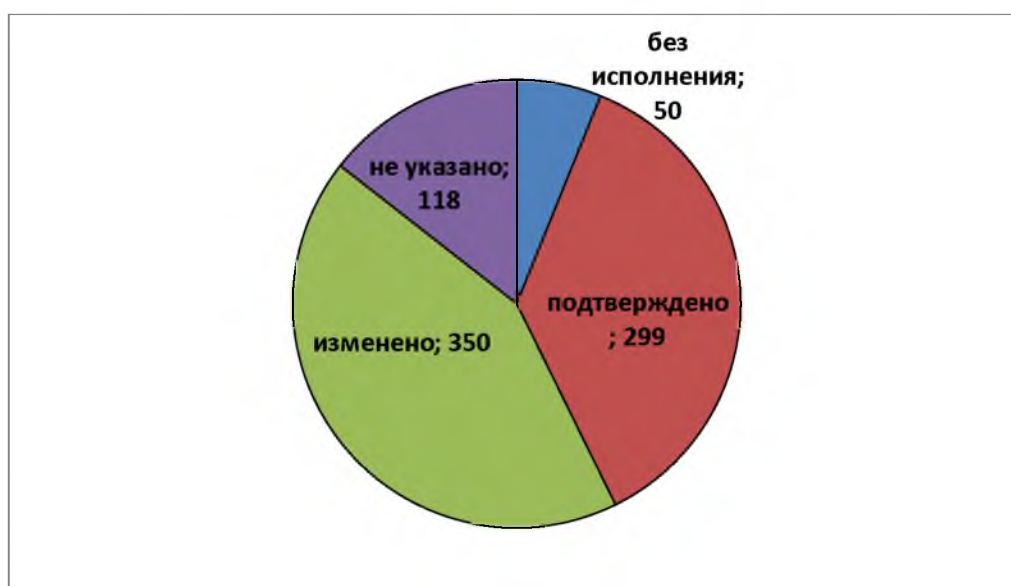


Рис. 8. Результаты комиссионных судебно-медицинских экспертиз.

Большое количество изменений связано с экспертизами, проведенными в Ошском областном бюро судебно-медицинской экспертизы по поводу июньских событий в 2010 году.

По половому составу соотношение подэкспертных были с разницей в 30 человек; мужчины 401 (51,9%), женщины 371 (48,05%).

Таблица 1

Сводная таблица структурной характеристики комиссионных судебно-медицинских экспертиз в РЦСМЭ МЗ Кыргызской Республики за 2013-2014 годы

Год	Основания для производства экспертиз	Виды представленных материалов дела	Поводы назначения экспертиз	Врачебные дела	Результаты экспертиз	Пол подэкспертных
2013	1. Постановления-592 1.1. МВД, РОВД, ГОВД – 417 1.2. Прокуратура – 88 1.3. Судов – 84 1.4. ГСИН – 3 2. Определение судов – 17.	1. Уголовные дела – 357 2. Гражданские дела – 10 3. Отказной материал – 242	1. Степень вреда – 441 2. Причина, механизм смерти – 76 3. Состояние здоровья – 40 4. Половые состояния – 8.	1. Акушер – гинекологи – 20 2. Хирурги – 10 3. Стоматологи – 3 4. Дерматологи – 3 5. Терапевты – 2 6. Инфекционисты – 3 7. Онкологи – 3	1. Подтвержденные – 271 2. Измененные – 153 3. Без исполнения – 44	1. Мужчины – 329 2. Женщины – 280
2014	1. Постановления-741 1.1. МВД, РОВД, ГОВД – 560 1.2. Прокуратура – 110 1.3. Судов – 65 1.4. ГСИН – 6 2. Определение судов – 31.	1. Уголовные дела – 416 2. Гражданские дела – 13 3. Отказной материал – 343	1. Степень вреда – 573 2. Причина, механизм смерти – 91 3. Состояние здоровья – 36 4. Июньские события – 163	1. Акушер-гинекологи – 34 2. Хирурги – 6 3. Нефролог – 19 4. Окулист – 10	1. Подтвержденные – 299 2. Измененные – 305 3. Без исполнения – 50 4. Результаты не указаны – 118	1. Мужчины – 401 2. Женщины – 371

Выводы:

1. Значительное количество комиссионных судебно-медицинских экспертиз проводилось по материалам уголовных дел и отказным материалам на основании постановлений, в основном, следователей органов внутренних дел.
2. Основным поводом назначения комиссионных судебно-медицинских экспертиз было установление степени вреда здоровью.
3. По частоте назначения комиссионных экспертиз в связи с профессиональными правонарушениями медицинских работников (врачебные дела) на первое место выходит специальность – акушер-гинеколог, связанная, очевидно, с экстренностью, urgenностью оказания медицинской помощи.
4. Наибольший удельный вес комиссионных судебно-медицинских экспертиз проводился в отношении лиц мужского пола.
5. В 2013 году результаты большинства судебно-медицинских экспертиз подтверждены, в то время как в 2014 году количество измененных экспертиз составило большую часть, обусловленных, в основном, за счет изменения первичных экспертиз степени вреда здоровью по событиям 2010 года.

Литература

1. Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике. – Бишкек: «Бийиктик плюс», 2012. – С. 582-594.

**АНАЛИЗ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ПРАВОНАРУШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ЗА 2013-2014 ГОДЫ**

(по материалам РЦСМЭ МЗ Кыргызской Республики)

М.Ш. Мукашев¹, С.В. Яксанова², М.Б. Будаичиев²

¹ Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., профессор Кудайбергенова И.О.)

² Республиканский центр судебно-медицинской экспертизы МЗ КР (директор – Кошоков Д.Ж.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Проведен анализ комиссионных судебно-медицинских экспертиз профессиональных правонарушений медицинских работников за 2013-2014 годы. Установлено, что значительная часть таких экспертиз проведена в отношении акушеров-гинекологов (41,9%), хирургов (12,4%). Из 129 экспертиз в 92 случаях экспертиза проводилась по материалам отказных дел и только в 35 случаях - по материалам уголовных дел. Выявленные дефекты при оказании медицинской помощи были связаны с диагностикой и лечением, неверной тактикой ведения родов, неправильным осуществлением операций.

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза, профессиональные правонарушения медицинских работников, акушер-гинеколог, дефекты.

**2013-2014-ЖЫЛДАРЫ МЕДИЦИНА КЫЗМАТКЕРЛЕРИНИН
КЕСИПТИК УКУК БУЗУШУН СОТТУК МЕДИЦИНАЛЫК ТАЛДОО**

(Кыргыз Республикасынын Саламаттык Сактоо Министрлигинин
Республикалык сот-медициналык экспертиза борборунун материалдары боюнча)

М.Ш. Мукашев¹, С.В. Яксанова², М.Б. Будаичиев²

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медицина Академиясы
(ректор – м.и.д., профессор Кудайбергенова И. О.)

² Саламаттык Сактоо Министрлигинин Республикалык сот-медициналык экспертиза борбору
(башчысы – Кошоков Д.Ж.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: 2013-2014-жылдары медициналык кызматкерлердин кесиптик укук бузуусу боюнча өткөн комиссиялык экспертизалар талдоодон өттү. Өткөн экспертизалардын көпчүлүгү акушер-гинекологдордун (41,9%), хирургдардын (12,4%) иштери боюнча өткөн. Өткөн 129 экспертизанын ичинен 92си жабылып калган иштер боюнча өткөн, 35и козголгон кылмыш иш боюнча өткөн. Медициналык жардам берүүдө аныкталган кемчиликтер ооруну табууга жана дарылоого, төрөттү туура эмес жүргүзүүгө, туура эмес операция кылууга байланыштуу болгон.

Негизги сөздөр: соттук-медициналык экспертиза, кесиптик укук бузуу, акушер-гинеколог, кемчиликтер.

**ANALYSIS OF FORENSIC MEDICAL EXAMINATIONS
OF PROFESSIONAL OFFENSES OF MEDICAL WORKERS FOR 2013-2014**

(based on the materials of the RCFME MH of the Kyrgyz Republic)

M.Sh. Mukashev¹, S.V. Yksanova², M.B. Budaichiev²

¹ Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – d.m.s., prof. Kydaibergenova I.O.)

² Republican Center of Forensic Medical Examination of the Ministry of the Kyrgyz Republic
(director – Koshokov D.J.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: The analysis of commission forensic examinations for 2013-2014 years of professional offenses of medical workers. It was established that the final part of such examinations was carried out in relation to obstetrician-gynecologists (41.9%), surgeons (12.45%). Of the 129 examinations in 92 cases, the examination was carried out based on the materials of the refusal cases and only in 35 cases on the materials of the criminal cases the identified defects in the provision of medical care were associated with diagnostic and treatment, incorrect tactics of giving birth, and incorrect implementation of operations.

Keywords: forensic medical examination, professional offenses examination, professional offenses of medical workers, obstetrician-gynecologist, defects.

С каждым годом растет потребность населения в разных видах медицинских услуг, начиная от косметических до органо-корректирующих и органо-замещающих видов с применением и простых и инвазивных (агрессивных) методов диагностики и лечения. В связи с этим возникла необходимость в проведении систематического контроля таких услуг, оказываемых как в государственных, так и в частных медицинских учреждениях.

Одной из форм контроля является судебно-медицинская экспертиза профессиональных действий медицинских работников, проводимая по инициативе и жалобам заказчиков медицинских услуг (пациентов как субъектов правоотношений), родственников умерших (как третьих лиц в правоотношении) или по инициативе правоохранительных органов по результатам надзорных проверок.

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

Судебно-медицинские экспертизы, связанные с установлением дефектов при оказании медицинских услуг, являются одним из сложных [1]. Это связано с тем, что при проведении экспертная комиссия решает вопросы, связанные не только с диагностикой, но и с неправильным осуществлением медицинских манипуляций и операций [2],

соблюдения стандартов и обоснованности назначенного лечения, установления причинной связи между выявленной патологией и развившимися осложнениями [3].

По мнению Сухарева М.А. (2014) [4], объективными факторами, влияющими на неблагоприятный исход при оказании медицинских услуг, являются: редкость заболевания, естественный патоморфоз, сочетание или конкуренция нозологических форм, тяжелое состояние больного, кратковременность пребывания в лечебно-профилактическом учреждении, отсутствие условий оказания помощи в лечебно-профилактическом учреждении, аллергические реакции, тяжесть болезни, избыточный вес, хронические инфекции.

Сложность решения вышеуказанных вопросов только познаниями судебно-медицинских экспертов, позволяют привлекать в состав экспертной комиссии ведущих специалистов различных клинических специальностей (в том числе профессорско-преподавательский состав Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева), имеющих большой практический, теоретический опыт, высшую квалификационную категорию, ученые степени и ученые звания по своим специальностям.

С целью анализа судебно-медицинских экспертиз по материалам «врачебных дел» в Республиканском центре судебно-медицинских экспертиз МЗ Кыргызской Республики нами ретроспективно изучен материал за 2013-2014 годы. Распределение экспертиз за эти годы приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение «врачебных дел» за 2013-2014 годы

год	экспертизы по уголовным делам	экспертизы по отказным делам	экспертизы по гражданским делам	экспертиза по незаконной пересадке роговицы	общее количество экспертиз
2013	15	29	-	-	44
2014	20	63	1	1	85

Проведенный анализ «врачебных дел» свидетельствует о сложности и конфликтности акушерских ситуаций, которые дают повод для обращения граждан в правоохранительные органы.

Специалисты, по профессиональным действиям которых проводились комиссионные судебно-медицинские экспертизы, приведены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение специалистов, по профессиональным действиям которых проводились экспертизы

Специалисты	Общее количество выполненных экспертиз.		
	2013	2014	Всего
Акушер-гинекологи	20	34	54 – 41,9%
Хирурги	10	6	16 – 12,45%
Онкологи	3	3	6 – 4,64%
Инфекционисты	2		2 – 1,5%
Фтизиатры		3	3 – 2,41%
Реаниматологи		3	3 – 2,41%
Нефрологи		19	19 – 14,7%
Окулисты	1	10	11 – 8,5%
Педиатры		2	2 – 1,5%
Терапевты		1	1 – 0,7%
Стоматологи	2	2	4 – 3,1%
Физиотерапевты		1	1 – 0,7%
Медсестры	1		1 – 0,7%
Дерматологи	2		2 – 1,5%
Травматологи-ортопеды	1		1 – 0,7%
Неврологи	1		1 – 0,7%
Скорая помощь	1	1	2 – 1,5%
Всего	44	85	129 – 99,61%

Из таблицы видно, что из 129 специалистов, в отношении профессиональных действий которых проводились экспертизы, 54 проведены по поводу оказания акушерско-гинекологической помощи роженицам и родильницам, что составило 41,9% от общего количества экспертиз. В 2014 г. 19 экспертиз (14,7%) проведено в отношении нефрологов, в том числе и по применению препарата «репретин» больным, находящимся на гемодиализном лечении. В 16 случаях (12,45%) экспертизы проводились в отношении хирургов. Анализ показывает, что на сегодняшний день практически все специалисты медицинского профиля не гарантированы от обоснованных и не обоснованных претензий со стороны пациентов.

Частота экспертиз в отношении акушеров-гинекологов, очевидно, связана с оказанием медицинской помощи как матери, так плоду и новорожденному.

Экспертная комиссия при проведении экспертиз указанного профиля решает значительное количество вопросов, которыми интересуются судебно-следственные органы, коими являются: оценка полноты, правильности и своевременности осмотра женщин на этапе наблюдения в условиях центра семейной медицины, выявление и лечение вирусно-бактериальных инфекций у беременной, своевременности направления в разные отделения, особенно при наличии сопутствующих патологий, ведение родов и послеродового

периода, определение причины смерти плода (антенатально, перинатально, постнатально), причины смерти матери и т.д.

Проведенные комиссионные судебно-медицинские экспертизы с участием квалифицированных акушеров-гинекологов в большей части случаев свидетельствуют об обоснованности предъявляемых претензий. Профессиональные дефекты оказания медицинской помощи касались тактических, технических, диагностических моментов. Например, недооценка общеклинического состояния беременной привела к переходу «преэклампсии легкой степени» в эклампсию, с осложнением ДВС-синдромом (заключение №529) со смертельным исходом.

Недостаточный, не профессиональный осмотр плаценты после родов через определенное время привело к эндометриту, осложнившемуся септическим состоянием. С целью сохранения жизни больной, акушер-гинеколог завершает хирургическое вмешательство надвлагалищной ампутацией матки у женщины репродуктивного возраста (заключение №603).

Оставление инородных тел после операций – явление довольно частое, в том числе и в акушерско-гинекологической практике. Гр-ка Ю., 1986 года рождения обратилась в правоохранительные органы с просьбой привлечь к уголовной ответственности врачей родильного отделения Территориальной больницы. Обстоятельства дела:

01.01.2013 года была сделана операция «Кесарево сечение», однако врачами в полости матки было оставлено инородное тело (марлевый тампон). По данным истории родов за №17/7 гр-ка Ю. поступила 01.01.2013 года. Диагноз при поступлении: «Беременность 41-42 недели. Первый период родов. Преэклампсия тяжелой степени. Рубец на матке. Несостоятельность рубца». Жалобы: на схваткообразные боли внизу живота с 15.00 часов 01.01.2013 года и повышения АД 170/100 мм. рт. ст., отеки на нижних конечностях, головную боль. Акушерский статус: Регулярная родовая деятельность, положение плода продольное, предлежит головка, шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 см, плодный пузырь цел. Операция «Кесарево сечение». Показания – несостоятельность рубца. Извлечен живой плод мужского пола. Передняя брюшная стенка ушита послойно наглухо, на кожу наложены косметические швы по Донати. Выписана 05.01.2013 года в удовлетворительном состоянии. Послеоперационный период в течение определенного времени, со слов больной, протекал нормально. Затем у гр-ки Ю. начались кровянистые межменструальные выделения из половых путей, иногда с примесью гноя и постоянные ноющие боли внизу живота, лечилась у гинеколога, отмечала улучшение состояния, но полного выздоровления не наступало. В связи с чем она обратилась в клинику репродуктивного здоровья и была направлена на МРТ органов малого таза. На МРТ органов малого таза от 07.04.2016 года полость матки выполнена образованием размерами 50,0x39,0x31,0 мм с неоднородно гипоинтенсивным МР-сигналом, эндометрий не визуализируется. Миометрий истончен от 8,0 мм до 14,0 мм, диффузно неоднороден. В консультации врача клиники «ЮРФА» от 08.04.2016 года выставлен диагноз: «Инородное тело полости матки. Эндометрит, цервицит». 21.04.2016 года госпитализирована в гинекологическое отделение (история болезни за №104) с жалобами на кровянистые межменструальные выделения, гнойные выделения из половых путей в течение 2-х лет. В 2013 году произведена операция «Кесарево сечение», через несколько месяцев появились вышеуказанные жалобы, пациентка получала противовоспалительное лечение с временным эффектом. Объективно: матка увеличена до 6-7 недель, мягкой консистенции. После соответствующей обработки влагалища обнажена шейка матки в зеркалах. В полости матки обнаружено инородное тело – множество переплетенных между собой нитей ткани, при потягивании за нижний полюс инородного тела извлекаются куски марлевого

материала, размером 3,0x0,5 см, 3,0x1,0 см и изливается гной в небольшом количестве. Вывести через шейку матки инородное тело не представляется возможным из-за врастания его в миометрий. Решено произвести лапаротомию. При ревизии: матка увеличена до 7-ми недель, мягкая на ощупь, синюшно-багрового цвета. После разделения спаек обнаружена несостоятельность рубца на матке в длину 4 см, видны нити инородного тела (марлевый тампон), плотно сращенный с тканями матки. Произведена надвлагалищная ампутация матки с маточными трубами. Макропрепарат: вросшееся инородное тело по всей полости матки. При гистологическом исследовании за №41700 – эндометрий с выраженным воспалением, гранулемами инородных тел, кровоизлиянием, разрыхлением и отечность миометрия.

Перед судебно-медицинской экспертной комиссией следователем были поставлены следующие вопросы: 1. Какие нарушения, дефекты или недостатки в оказании медицинской помощи были допущены? 2. По вине каких врачей Территориальной больницы района было оставлено в матке инородное тело? 3. Какова тяжесть вреда здоровью, причиненной дефектом медицинской помощи?

В экспертном заключении были даны ответы на все вопросы следователя, в том числе и о тяжести причиненного вреда здоровью в результате дефекта медицинской помощи. Согласно п.12,28 «Правил судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью» (Приказ МЗ КР №59 от 09.02.2012 г.) в данном случае степень вреда здоровью гр-ке Ю. по признаку потери органа и его функции определена как Тяжкие, являющиеся основанием для правоохранительных и правоприменительных органов определить меру уголовной ответственности за дефект оказания медицинской помощи.

Литература

1. Шадымов, А.Б. Анализ судебно-медицинских экспертиз по «врачебным делам» акушерско-гинекологического профиля / А.Б. Шадымов, А.О. Колесников, Л.Ю. Белькова // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики: под ред. В.П. Новоселова, Б.А. Саркисяна, В.Э. Янковского. - Новосибирск, 2010. – С. 84-89.
2. Беляев, Л.В. Алгоритм проведения комиссионных судебно-медицинских экспертиз по медицинским документам в акушерско-гинекологической практике / Л.В. Беляев, К.В. Ноздряков // Судмедэкспертиза. – 2007. - №1. - С. 18-21.
3. Правила судебно-медицинского определения тяжести вреда здоровью // Приказ №59 от 02.02.2012 г. Правила проведения судебно-медицинских экспертиз в Кыргызской Республике.

- Бишкек, 2012. - С. 371-433.

4. Сухарева, М.А. Исследование нежелательных исходов в медицинской практике / М.А. Сухарева, А.Е. Баринов // Сб. материалов научно-практической конференции молодых ученых судебных медиков и патологоанатомов Центрального федерального округа «Современные методы лабораторной

и инструментальной диагностики травм и заболеваний. Профилактика профессиональной заболеваемости специалистов». - Москва, 2014. – С. 80-81.

**СТРУКТУРА И ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СМЕРТЕЛЬНЫХ
ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ И ВЗРЫВНЫХ ТРАВМ
ПО ДАННЫМ РЦСМЭ МЗ КР ЗА 2012-2016 г.г.**

Т. Токонов, Б.Н. Айтмырзаев, М.Ш. Мукашев

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

Резюме: В статье дается анализ частоты и структуры огнестрельных ранений и взрывных травм. Установлено, что из 7856 (100%) исследованных трупов за 2012-2016 г.г. в результате огнестрельного ранения и взрывных травм погибло 72 человека (0,91%). Среди погибших в 68 случаях (94,4%) составили мужчины, и в 4 случаях (5,6%) женщины. Анализ показал, что от огнестрельного ранения и взрывных травм чаще погибают люди молодого и трудоспособного возраста от 17 до 66 лет – 67 случаев (93,1%). В 14 случаях (19,4%) в крови у умерших от огнестрельных ранений и взрывных травм обнаруживался алкоголь и в 10 случаях, (13,8%) алкалоиды опия.

Ключевые слова: огнестрельные ранения и взрывные травмы, алкоголь, причина, судебно-медицинская экспертиза.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИНИН
РСМЭБнун КАТТООСУНА АЛЫНГАН 2012-2016-ж. ОК АТУУЧУ КУРАЛДЫН
ТААСИРИНЕН КЕЛИП ЧЫККАН ӨЛҮМДӨРДҮН СТРУКТУРАСЫ ЖАНА АНАЛИЗИ**

Т. Токонов, Б.А. Айтмырзаев, М.Ш. Мукашев

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

Корутунду: Бул макалада 2012-2016-ж.ж. КР Саламаттыкты Сактоо Министрлигинин РСМЭБнун каттоосундагы ок атылуучу куралдардын кесепетинен өлүмгө алып келген учурлардын структуралары жана анализдери көрсөтүлөт. Бардык өлүмдөрдүн 7856 (100%) ичинен 72 (0,91%) өлүмдүн окуясы ок атылуучу куралдарынын кесепетинен болоору изилдөөнүн алкагында аныкталды. Анын ичинде эркек кишилердин өлүмү боюнча 68 окуя (94,4%) катталган болсо, аял кишилердин өлүмү боюнча 4 окуя (5,6%) катталган. Ал эми, ишке жөндөмдүүлөрдүн арасынан 17 жаштан 66га чейинкилердин 67 окуясы (93,1%) катталган. Көпчүлүк учурда 72 (100%) жабырлануучунун арасынан 14нүн канынан (19,4%) спирттик ичимдик (алкоголь) табылган, ал эми 10нүн (13,8%) канынан опий алкалоиддери табылган (алкалоиды опия).

Негизги сөздөр: ок атуучу курал кырсыктарынын окуялары, ичимдик себептери, жабырлануучулардын жаракаттары, соттук-медициналык экспертиза.

**THE STRUCTURE AND FREQUENCY OF FATAL AND BLAST INJURIENS TO THE DATA
THE RBFME MH KR FOR THE PERIOD OF 2012-2016 y.**

T. Tokonov, A.N. Aitmyrzaev, M.Sh. Mukashev

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

Resume: The article gives an analysis of the frequency and structure of gunshot wounds and blasting injuries. It is established that out of 7856 (100%) investigated corpses in 2012-2016 y. as a result of gunshot wounds and explosive injuriens 72 people died (0.91%). Among the deaths in 68 cases (94.4%) were men, and in 4 cases (5.4%) were women. The analysis showed that gunshot wounds and explosive injuries are more likely to kill people of young and working age from 17 to 66 years 67 cases (93.1%). Often alcohol is also found in the blood, 14 cases (19.4%) and alkaloid opium 10 cases (13.8%).

Keywords: fatal and blast injuries, alcohol is the reason, forensic-medical examination.

Изучение огнестрельной и взрывной травмы имеет определенный интерес в судебно-медицинской практике и, безусловно, необходимо для анализа преступности, так как при этом люди по-

гибают от полученных, несовместимых, с жизнью повреждений. Чаще всего это тяжелые черепно-мозговые травмы или же сочетанные повреждения головы, туловища и конечностей.

Огнестрельные повреждения – это такие виды механических травм, которые происходят в результате выстрела из огнестрельного оружия, взрывов снаряда или взрывчатых веществ. Повреждающими факторами взрыва при этом могут быть: снаряд (пуля, дробь, картечь) и его части; продукты сгорания пороха (зерна, газы, копоть); продукты сгорания капсультного заряда; мельчайшие частицы оружия; смазка оружия; воздушная волна [1, 2].

Огнестрельные травмы – это повреждения организма человека, вызванные применением оружия, использующего для выстрела энергию пороховых газов. Под взрывной травмой понимают повреждения, полученные в результате взрыва боеприпасов или взрывчатого вещества. Вследствие схожести характера повреждений огнестрельные и взрывные травмы относят к группе огнестрельных [3, 4].

Для решения медико-биологических вопросов назначается и проводится судебно-медицинская экспертиза.

Экспертиза огнестрельной и взрывной травмы – один из самых сложных и трудоемких видов судебно-медицинских исследований, требующих использования целого комплекса специальных инструментальных и лабораторных методов анализа, а также высокого уровня компетентности специалистов [5, 6].

Огнестрельные и взрывные травмы сложны для исследования, так как отличаются обширным повреждением организма.

В мирное время взрывные травмы возникают в результате несчастных случаев на производстве и вне его, при нарушении процедуры проведения

взрывных работ в карьерах, шахтах и при строительстве. Среди поражающих факторов также можно назвать бытовые взрывы газа. Бывает, что взрывами заканчиваются транспортные происшествия и катастрофы.

В настоящее время при проведении судебно-медицинской экспертизы при огнестрельных ранениях, в том числе и взрывной травме, перед судмедэкспертами ставится задача оказания помощи судебно-следственным органам в определении характера травматических повреждений и условий их образования. Каждый из этих случаев имеет свои сложности решаемых задач и требует выполнения определенного объема экспертного исследования [5,6].

Поэтому целью нашей работы явилось исследование частоты и структуры смертельных случаев огнестрельных ранений и взрывных травм путем анализа судебно-медицинских экспертных данных за 2012-2016 гг. по материалам РЦСМЭ МЗ КР.

Нами был изучен секционный материал РЦСМЭ МЗ КР за 2012-2016 гг. с целью выяснения частоты и структуры смертельных случаев при огнестрельных ранениях и взрывных травмах. В данном сообщении нами рассматриваются такие вопросы как:

- соотношение смертельных исходов при огнестрельных ранениях и взрывных травмах за 2012-2016 годы;
- соотношение травматических повреждений по половому признаку;
- соотношение по возрастной категории;
- наличие или отсутствие алкоголя и алкалоидов опия в крови.

Таблица 1

Структура смертельного огнестрельного ранения

Годы	Всего исследованных трупов	Из них огнестрельные ранения
2012	1594 (100%)	13 (0,81%)
2013	1451 (100%)	8 (0,55%)
2014	1393 (100%)	18 (1,29%)
2015	1764 (100%)	20 (1,13%)
2016	1654 (100%)	13 (0,78%)
Всего	7856 (100%)	72 (0,91)

Как видно из таблицы, из 7856 исследованных трупов за анализируемые 2012-2016 годы в результате огнестрельного ранения и взрывной травмы всего погибло 72 (0,91%) человек. Наибольшее количество смертельного исхода имело место в 2015 году – 20 случаев (1,13%), затем в 2014 году – 18 случаев (1,29%). Меньший показатель огнестрельной травмы в 2012 году – 13

случаев (0,81%) и в 2016 году – 13 случаев (0,78%).

При анализе и сопоставлении случаев летального исхода от огнестрельного ранения и взрывных травм между мужчинами и женщинами по годам, наибольшее количество смертности встречается среди мужчин. Особенно этот показатель высок в 2015 году – 19 случаев. Таким образом, из общего числа погибших от механической

травмы в результате огнестрельного ранения и взрывных травм, подавляющее большинство составляли лица мужского пола – 68 случаев

(94,4%), а женского пола – 4 случая (5,6%) (табл. 2).

Таблица 2

Структура смертельного огнестрельного ранения и взрывных травм в зависимости от пола

Год	Пол		Всего
	М	Ж	
2012	11	2	13
2013	7	1	8
2014	18	–	18
2015	19	1	20
2016	13	–	13
Всего	68 (94,4 %)	4 (5,6%)	72 (100%)

Таблица 3

Структура смертельной огнестрельной взрывной травмы в зависимости от возраста

Год	0-16	17-26	27-36	37-46	47-56	57-66	67 и выше	Всего
2012	-	2	3	2	3	2	1	13
2013	-	2	2	1	2	1	-	8
2014	-	1	1	11	4	-	1	18
2015	1	2	5	4	5	2	1	20
2016	-	1	3	4	2	2	1	13
Всего	1 (1,38%)	8 (11,1%)	14 (19,4%)	22 (30,7%)	16 (22,2%)	7 (9,72%)	4 (5,5%)	72 (100%)

Анализ показал, что от огнестрельных ранений и взрывной травмы чаще всего погибают люди в молодом, трудоспособном возрасте от 17 до 56 лет (табл. 3). Из таблицы следует, что наибольшее количество умерших от огнестрельных ранений и взрывной травмы встречается среди мужчин в возрастной категории от 37 до 46 лет и составил 22 случая (30,7%). Рост отмечался в 2015 году (20 случаев).

Результатами анализа архивного материала установлено, что в крови у умерших от огнестрельного ранения и взрывной травмы в большинстве случаев был обнаружен алкоголь и алкалоиды опия. Как видно из таблицы, большинство пострадавших находились в состоянии средней и легкой степени алкогольного опьянения и в 10 случаях под воздействием наркотических веществ (табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости наличия алкоголя или наркотиков в крови при смерти от огнестрельных ранений и взрывной травмы

Степени алкогольного опьянения	2012	2013	2014	2015	2016	Всего по степени
Отсутствие влияния 0,3%	-	-	-	-	1 (7,6%)	1 (7,6%)
Незначительное влияние 0,3-0,5%	-	1 (12,5%)	1 (5,5%)	1 (5%)	-	3 (23%)
Легкое опьянение 0,5-1,5%	-	-	1 (5,5%)	4 (20%)	-	5 (25,5%)
Средней степени 1,5-2,5%	1 (7,6%)	-	1 (5,5%)	1 (5%)	1 (7,6%)	4 (25,7%)
Сильное опьянение 2,5-3,5%	-	1 (12,5%)	-	-	-	1 (12,5%)
Алкалоиды опия			10 (55,5%)			10 (55,5%)

Анализ также показал, что причиной смерти пострадавших в 2012-2016 г. г. в большинстве случаев явилось от пулевого ранения – 43 случая, а дробовых – 23 случая. Однако, разница между

повреждениями от действия пули или дробы в количественном отношении, если взять по годам в отдельности, небольшая.

Таблица 5

Структурная характеристика повреждающих факторов при огнестрельных ранениях и взрывных травмах

Годы	2012	2013	2014	2015	2016	всего
Пулевое	8 (18,1%)	3 (6,9%)	14 (32,5%)	11 (25,5%)	7 (16,4%)	43 (100%)
Дробовое	5 (21,7%)	2 (8,6%)	4 (17,3%)	7 (30,4%)	5 (21,7%)	23 (100%)
Взрывная травма (осколочные)	-	3 (50%)	-	2 (33,3%)	1 (16,6%)	6 (100%)
Всего	13 (18%)	8 (11,1%)	18 (25%)	20 (27,7%)	13 (18%)	72 (100%)

Таблица 6

Структурная характеристика причин смерти при огнестрельных ранениях и взрывной травме

Причина смерти	2012	2013	2014	2015	2016	Всего
Повреждения и разрушение вещества головного мозга	7 (21,2%)	1 (3%)	9 (27,2%)	11 (33,3%)	5 (15,1%)	33 (100%)
Повреждения грудной клетки и брюшной полости	4 (16%)	4 (16%)	6 (24%)	5 (25%)	6 (24%)	25 (100%)
Наружные и внутренние кровотечения	2 (15%)	3 (23%)	3 (23%)	3 (23%)	2 (15%)	13 (100%)
Другое	-	-	-	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)
Всего	13 (18%)	8 (11%)	18 (25%)	20 (28%)	13 (18%)	72 (100%)

Данные таблицы свидетельствуют, что в результате огнестрельных ранений отмечались повреждения головы, органов грудной и брюшной полости. Почти одинаково часто встречаются разрушения вещества головного мозга, а также повреждения органов грудной и брюшной полости. Нет определенной закономерности в пользу поражения одного или другого органа или частей тела.

Таким образом, изученные данные позволяют сделать **выводы**:

1. Установлено, что из 7856 (100%) исследованных трупов за анализируемый период (2012-2016 г.г.) от огнестрельного ранения и взрывных травм погибло 72 человека (0,91%).
2. Среди погибших в 68 случаях (94,4%) составили мужчины, и в 4 случаях (5,6%) женщины.
3. От огнестрельного ранения и взрывных травм чаще погибают люди молодого, трудоспособного возраста от 17 до 66 лет.
4. Нередко в крови у умерших от огнестрельных ранений и взрывных травм обнаруживался алкоголь-14 случаев (19,4%) и алкалоиды опия-10 случаев (13,8%).

Литература

1. Медико-криминалистическая идентификация. Издательство Инфра-Норма. - М., 2000. - 472 с.
2. Попов, В.Л. Некоторые теоретические проблемы судебно-медицинской экспертизы взрывной травмы / В.Л. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. - 2015. - №4. - С. 4-10.
3. Ломакин, М.Ю. Новая методика выявления алюминия на объектах исследования контактно-диффузионным методом / М.Ю. Ломакин // Судебно-медицинская экспертиза. - 2016. - №5. - С. 51-52.
4. Попов, В.Л. Судебно-медицинская баллистика: Практическое руководство / В.Л. Попов, В.Б. Шигеев, Л.Е. Кузнецов. - СПб.: Гиппократ, 2002. - 656 с.
5. Тюрин, М.В. Судебно-медицинские аспекты механогенеза взрывной травмы / М.В. Тюрин, Л.Б. Озерцовский, А.В. Денисов // Судебно-медицинская экспертиза. - 2013. - №3. - С. 31-34.
6. Судебно-медицинская экспертиза огнестрельной травмы: учебно-методическое пособие. / сост. В.И. Витер, В.Л. Прошутин, А.Ю. Вавилов. - Ижевск, 2009. - 48 с.

АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ СМЕРТЕЛЬНЫХ ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЙ ПО ДАННЫМ РЦСМЭ МЗ КР ЗА 2014-2016 г.г.

Токтосун у Б., Е.А. Пак, Б.Н. Айтмырзаев

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

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

Кафедра судебной медицины и права (зав.каф. – д.м.н., профессор Мукашев. М.Ш.)

г.Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье дается анализ частоты и структуры смертельных дорожно-транспортных происшествий. Установлено, что из 4438 исследованных трупов за 2014-2016 гг. в результате ДТП погибло 175 человек (3,9 %). Среди погибших от ДТП в 109 случаях (62,3%) составили мужчины, и в 66 случаях (37,7%) – женщины. Анализ показал, что от ДТП чаще погибают люди молодого и трудоспособного возраста от 17 до 66 лет (144 случая, 82,1%). Нередко в крови у умерших от ДТП обнаруживался алкоголь (56 случаев – 32,0%).

Ключевые слова: дорожно-транспортные происшествия, алкоголь, причина, судебно-медицинская экспертиза.

2014-2016-ж. КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО МИНИСТРЛИГИНИН РСМЭБнун КАТТООСУНАН АЛЫНГАН ЖОЛ КЫРСЫКТАРЫНЫН КЕСЕПЕТИНЕН КЕЛИП ЧЫККАН ӨЛҮМДӨРДҮН СТРУКТУРАЛАРЫ ЖАНА АНАЛИЗИ

Токтосун у Б., Е.А. Пак, Б.Н. Айтмырзаев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

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

Соттук медицина жана укук кафедрасы (кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул макалада 2014-2016-ж.ж. КР Саламаттыкты Сактоо Министрлигинин РСМЭБнун каттоосундагы жол кырсыктарынын кесепетинен өлүмгө алып келген учурлардын структуралары жана анализдери көрсөтүлөт. Бардык өлүмдөрдүн 4438 (100%) ичинен 175 (3,9%) өлүмдүн окуясы жол кырсыктарынын кесепетинен болоору изилдөөнүн алкагында аныкталды. Анын ичинде эркек кишилердин өлүмү боюнча 109 окуя (62,3%) катталган болсо, аял кишилердин өлүмү боюнча 66 окуя (37,7%) катталган. Ошондой эле жаш балдардын жана өспүрүмдөрдүн 17-26 жаштагылардын 36 (20,5%) окуясы кездешет. Ал эми, ишке жөндөмдүүлөрдүн арасынан 17 жаштан 66га чейинкилердин 144 окуясы (82,1%) катталган. Көпчүлүк учурда 175 (100%) жабырлануучунун арасынан 56сынын канынан (32,0%) спирттик ичимдик(алкоголь) табылган.

Негизги сөздөр: унаа-жол кырсыктарынын окуялары, ичимдик, себептери, жабырлануучулардын жаракаттары, соттук-медициналык экспертиза.

THE ANALYSIS OF FREQUENCY AND STRUCTURE OF DEADLY ROAD TRAFFIC ACCIDENTS ACCORDING TO THE RCFME MH KR FOR THE PERIOD OF 2014-2016 y.

Toktosun u B., E.A. Pak, B.N. Aitmyrzaev

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

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

Department of forensic medicine and law (the head of the department – d.m.s., prof. Mukashev M.Sh.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article gives an analysis of the frequency and structure of deadly road - traffic accidents according to the data of the RCSMM Ministry of Health of the Kyrgyz Republic for 2014-2016. It was found that the incidence rate of an accident during the study period was 175 cases (3.9%) of all deaths during the study period, totaling 4,438 (100%). Of these, for males, there are 109 cases (62.3%), for women, 66 cases (37.7%). It can also be noted the frequent mortality of young people aged 17-26 years 36 (20.5%) cases for the study period, as well as people of working age from 17-66 years 144 cases (82.1%). Often alcohol is also found in the blood, 56 cases (32.0%) of 175 (100%) for the study period

Keywords: traffic accidents, alcohol, reason, forensic-medical examination.

Насильственная смерть в результате механической травмы занимает основной объем работы судебного медика и требует особого внимания при производстве данной экспертизы. Изучение ее имеет определенный интерес в судебно-медицинской практике и, безусловно, необходимо для анализа преступности. Как показывает судебно-медицинская экспертная практика, повреждения от механической травмы наиболее часто встречаются в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП), от действия тупого твердого предмета, остро-режущих предметов, огнестрельных поражающих факторов, а также при падениях с высоты. При этом люди погибают от полученных, несовместных с жизнью повреждений. Чаще всего это тяжелые черепно-мозговые травмы или же сочетанные повреждения головы, туловища и конечностей. В связи с постоянным ростом количества насильственной смерти, возрастает и актуальность изучения проблем механической травмы [1, 2].

Согласно литературным данным, основной причиной автоаварии являются нарушение правил дорожного движения либо водителями, либо пешеходами. В частности:

- превышение скоростного режима;
- несоблюдение дистанции;
- проезд на запрещающий сигнал светофора;
- несоблюдение дорожных знаков и разметки;
- выезд на встречную полосу;
- нередко, когда водитель, совершивший автоаварию, или пешеход находился в состоянии алкогольного опьянения [3, 4].

В сообщениях на заседании комиссии по обеспечению дорожной безопасности отмечается о

том, что за 11 месяцев 2017 года в Кыргызстане зарегистрировано 5 тыс. 932 дорожно-транспортных происшествий. Указывается также, что из общего числа ДТП 629 со смертельным исходом. За аналогичный период 2016 года было зарегистрировано 711 подобных ДТП [5].

В настоящее время при проведении судебно-медицинской экспертизы при ДТП, в том числе и автомобильной травме, перед судмедэкспертами ставится задача оказания помощи судебно-следственным органам в определении характера травматических повреждений и условий их образования. Каждый из этих случаев имеет свои сложности решаемых задач и требует выполнения определенного объема экспертного исследования [1, 4].

Поэтому целью нашей работы явилось исследование частоты и структуры смертельных случаев дорожно-транспортных происшествий путем анализа судебно-медицинских экспертных данных за 2014-2016 гг. по материалам РЦСМЭ МЗ КР.

Нами был изучен секционный материал РЦСМЭ МЗ КР за 2014-2016 гг. с целью выяснения частоты и структуры смертельных случаев придорожно-транспортных происшествий. В данном сообщении нами рассматриваются такие вопросы как:

- соотношение смертельных исходов при ДТП за 2014-2016 годы;
- соотношение травматических повреждений по половому признаку;
- соотношение по возрастной категории;
- наличие или отсутствие алкоголя в крови пострадавших в результате автоаварии.

Таблица 1

Частота встречаемости ДТП со смертельным исходом

Годы	Всего трупов	Из них ДТП
2014	1594 (100%)	55 (3,4%)
2015	1451 (100%)	74 (5,09%)
2016	1393 (100%)	46 (3,3%)
Всего	4438 (100%)	175 (100%)

Изучение данных архивного материала свидетельствует, что из 4438 исследуемых трупов за 2014-2016 годы в результате автоаварии погибло 175 человек (табл. 1). Наибольшее количество смертельного исхода от автоаварии имело место в 2015 году (74 случая-5,09%), затем в 2014 (55 случаев – 3,4%), в 2016 (46 случаев – 3,3%).

При анализе и сопоставлении случаев летального исхода от дорожно-транспортного происшествия между мужчинами и женщинами по годам,

наибольшее количество (62,3%) смертности встречается среди мужчин. Особенно этот показатель высок в 2015 году (табл. 2). Из общего числа погибших от механической травмы в результате дорожно-транспортных происшествий, подавляющее большинство составляли лица мужского пола – 109 (62,3%), а женского пола 66 случаев (37,7%) (табл. 2).

Таблица 2

Частота встречаемости ДТП со смертельным исходом по полу

Год	Пол		Всего
	Муж	Жен	
2014	26	29	55
2015	51	23	74
2016	32	14	46
Всего	109 (62,3%)	66 (37,7%)	175 (100%)

Таблица 3

Частота встречаемости ДТП со смертельным исходом в зависимости от возраста

Год	0-16	17-26	27-36	37-46	47-56	57-66	67 и выше	Всего
2014	3	15	13	7	8	4	5	55
2015	5	14	10	19	13	8	5	74
2016	7	7	7	9	3	7	5	46
Всего	15 (8,5%)	36 (20,5%)	30 (17,1%)	35 (20,0%)	24 (13,7%)	19 (10,8%)	15 (8,5%)	175 (100%)

Необходимо отметить, что в ДТП чаще всего погибают люди молодые и трудоспособного возраста 17 до 66 лет (табл. 3). Из таблицы следует, что наибольшее количество умерших при

ДТП отмечалось в 2015 году, как среди мужского, так и женского пола.

Таблица 4

Частота встречаемости наличия алкоголя в крови при смерти от дорожно-транспортных происшествий

Степени алкогольного опьянения	2014	2015	2016	Всего по степени
Отсутствие влияния 0,3%	–	–	–	–
Незначительное влияние 0,3-0,5%	1	4	-	5 (8,9%)
Легкое опьянение 0,5-1,5%	4	9	3	16 (28,5%)
Средней степени опьянение 1,5-2,5%	2	8	8	18 (32,1%)
Сильное опьянение 2,5-3,5%	2	3	2	7 (12,5%)
Тяжелое отравление алкоголем 2,5-5,0%	4	2	4	10 (17,8%)
Смертельная доза и выше 5,0%	–	–	–	–
Всего погибших по годам	Из 55 погибших 13 (23,6%) случаев	Из 74 погибших 26 (35,1%) случаев	Из 46 погибших 17 (36,9%) случаев	Из 175 погибших 56 (32,0%) случаев

Эти данные совпадают с результатами исследований и других авторов [4, 6].

Результаты анализа архивного материала показали, что в крови умерших при ДТП в 32,0% случаев в крови был обнаружен алкоголь. Как

видно из таблицы, большинство пострадавших находились в состоянии средней степени алкогольного опьянения (в среднем 32,1%) (табл. 4).

Таблица 5

Частота причин смерти при ДТП

Причина смерти	2014	2015	2016	Всего
Повреждения головного мозга	28 (50,9%)	54 (72,9%)	24 (52,1%)	106 (100%)
Повреждения спинного мозга	4 (7,2%)	9 (12,1%)	10 (21,7%)	23 (100%)
Наружные и внутренние кровотечения	4 (7,2%)	7 (9,4%)	2 (2,7%)	13 (100%)
Травматический шок	12 (21,8%)	3 (4,05%)	5 (10,8%)	20 (100%)
Другое	7 (12,7%)	1 (1,3%)	5 (10,8%)	13 (100%)
Всего	55 (100%)	74 (100%)	46 (100%)	175 (100%)

Анализом также установлено, что причиной смерти пострадавших в 2014-2015-2016 г. в преобладающем большинстве случаев явилась черепно-мозговая травма. В том числе обширные повреждения вещества головного мозга (50,9%; 72,9% и 52,1% случаев соответственно) (табл. 5).

Таким образом, изученные данные позволяют сделать **выводы**:

1. Автотравматизму наиболее часто подвержены лица в возрасте 17-26 лет, (20,5%), затем – лица в возрасте 37-46 лет-35 случаев (20,0%).
2. Подавляющее большинство случаев составляют лица мужского пола – 109 (62,3%).
3. Результаты анализа архивного материала показали, что в крови умерших при ДТП в 32,0% случаев в крови был обнаружен алкоголь.
4. Изучение смертности населения от насильственной, в том числе и механической травмы, является актуальной проблемой.

Литература

1. Клевно, В.А. Анализ тупых сочетанных повреждений при автомобильной травме (по данным Алтайского краевого бюро судмедэкспертизы за 2000 год) / В.А. Клевно, А.С. Новоселов // *Современные вопросы судебной медицины: сборник статей*. – Владивосток, 2001. – С. 92-99.
2. Солохин, А.А. Судебно-медицинская экспертиза транспортной травмы / А.А. Солохин // В кн. *Второй Всесоюзный съезд судебных медиков*. – Минск, 1982. – С. 253-256.
3. Бедрин, Л.М. Судебно-медицинская экспертиза автомобильной травмы / Л.М. Бедрин // *Избранные лекции по судебной медицине (судебно-медицинская травматология)*. – Ярославль: Ярославск. гос. мед. институт, 1989. – С.41-69.
4. Тхакахов, А.А. Судебно-медицинская диагностика видов автомобильной травмы по особенностям повреждений внутренних органов живота: Автореф. ... канд. мед. наук / А.А. Тхакахов. – М., 2000. – 24 с.
5. Сводка происшествий г. Бишкек 14-декабря 2017 г. [Электронный ресурс] / Режим доступа www.sputnik.kg, свободный: <https://ru.sputnik.kg/incidents/20171216/1036863123> / - Яз. рус.
6. Анализ смертельной травмы по г. Барнаулу за 2009-2010 гг. / [Л.Н. Кошелева, Н.С. Руднева, М.П. Филиппов и др.] // *Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики*, Барнаул-Новосибирск, 2011. – Вып. 17. – Режим доступа: <http://journal.forens-lit.ru/node/445>, свободный.

**СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СМЕРТЕЛЬНОГО
АВТОМОБИЛЬНОГО ТРАВМАТИЗМА**

(за 2000 и 2007-2010 годы по материалам РЦСМЭ МЗ КР)

Токтосун у. Б., Е.А. Пак, М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева

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

Кафедра судебной медицины и правоведения

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

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В статье приводятся данные анализа смертельной автотравмы за 2000 г. и 2007-2010 годы. Установлено, что за анализируемые годы проведено всего 8659 (100%) судебно-медицинских исследований трупов, из которых в 436 (5,03%) случаев смерть пострадавших обусловлена автотравмой. Наиболее частыми причинами смерти была черепно-мозговая травма – 247 случаев (56,6%), затем травматический шок-90 случаев (20,6%) и кровопотеря – 34 случая (7,8%). От автотравмы чаще погибают лица мужского пола в молодом и трудоспособном возрасте от 17 до 58 лет-358 случаев (82,0%).

В состоянии алкогольного опьянения различной степени находились 165 (37,7%) погибших, в 1 (0,2%) случае в состоянии наркотического опьянения.

По времени года значительное количество смертельных случаев приходится на осень и зиму (осень 148 случаев (34,0%), зима 107 случаев (24,5%) соответственно).

Ключевые слова: автотравма, причина смерти, возраст, пол, алкогольное опьянение.

АВТОЖАРАКАТТАН КАЗА БОЛУУНУН ТУТУМДУК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

(КР ССМ Республикалык сот-медициналык борборунун

2000 жана 2007-2010-жылдагы материалы боюнча)

Токтосун у. Б., Е.А. Пак, М.Ш. Мукашев, Б.А. Асанов

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы

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

Соттук медицина жана укук кафедрасы (кафедра башчысы – м.и.д., профессор Мукашев М.Ш.)

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Макалада 2000-жыл жана 2007-2010-жылдары автожаракаттан каза болуунун тутумдук мүнөздөмөсү берилген. Талдоо менен көргөзүлгөн жылдары 8659 (100%) экспертизадан өткөн өлгөндөрдүн 436 (5,03%) автожаракаттан каза болгондугу аныкталды. Өлүмдүн себеби болуп 247-си баш мээнин жаракаты (56,6%), травмалык шок 90 (20,6%) жана кансыроо 34 (7,8%) болгону аныкталды. Автожаракаттан көбүнчө жаштар, жумушка жарамдуу 17-58 курактагы 358 (82,0%) эркектер каза болгон. 165 (37,7%) өлгөндөр жеңилден аябай оор деңгээлдеги аракка мас экендиги аныкталды, 1 киши наркотикке мас экени билинди. Жыл мезгили боюнча автотравмадагы өлгөндөрдүн көбү күз-кышка (күз 148 окуя (34,0%), кыш 107 окуя (24,5%)) туш келген.

Негизги сөздөр: автожаракат, өлүмдүн себеби, жаш курагы, жынысы, алкогольдук мас болуу.

STRUCTURAL CHARACTERISTIC OF DEATH ROAD TRAUMATISM

(for 2000 and 2007-2010, the materials of the RCFME MH KR)

Toktosun u B., E. A. Pak, M. Sh. Mukashev, B. A. Asanov

Kyrgyz state Medical Academy named after I.K. Akhunbaev

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

Department of forensic medicine and law

(the head of the department – d.m.s., professor Mukashev M.Sh.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: The article contains data on the analysis of the deadly auto trauma for 2000 and 2007-2010. It is established that for the analyzed years only 8659 (100%) forensic medical investigations of corpses were carried out, of which 436 deaths (5.03%) were caused by auto-trauma. The most common causes of death were cerebral trauma 247 cases (56.6%), followed by traumatic shock 90 cases (20.6%) and blood loss 34 cases

(7.8%). From auto-trauma more often male faces die in young and working age from 17 to 58 years 358 cases (82.0%).

In the state of alcoholic intoxication, 165 (37.7%) of the deceased were in various degrees, in 1 (0.2%) cases in the state of intoxication.

There are a significant number of deaths in autumn and winter (148 cases in autumn (34.0%), winter 107 cases (24.5%), respectively).

Key words: road traumatism, cause of death, age, sex, alcoholic intoxication.

В общей структуре смертности насильственная смерть, по данным Ю.А. Крутиковой (2003) [1], составила 49,24% от общей летальности за 10 лет. Наибольший процент – 45,01%, в структуре насильственной смерти приходился на механическую травму, из которой автомобильная травма составила 24,09 %.

На сегодняшний день автомобиль является самым опасным транспортным средством, поскольку как абсолютное, так и относительное число погибших от автомобильной травмы в любой стране мира значительно превышает количество погибших от других видов транспортного травматизма. Ежегодно во всем мире в дорожных авариях и катастрофах гибнут около 1,2 млн. человек, а телесные повреждения различной степени тяжести получают до 50 млн. [2].

Смертность от механической травмы, по данным ВОЗ [3, 4], занимает третье место среди всех летальных исходов и первое – у лиц моложе 40 лет. Из механических воздействий первое место занимают твердые тупые предметы. Повреждения тупыми предметами наиболее часто возникают при автомобильной травме.

По литературным данным, ежегодно в мире происходит около 55 млн. автомобильных происшествий, в которых погибает около 1,2 млн. человек и 8 млн. получают различные по тяжести телесные повреждения [5].

По данным ВОЗ [6], смертность от дорожно-транспортного травматизма составляет около 25% от всех случаев смерти в результате травм. По мнению некоторых авторов [7, 8], количество смертных случаев и травм в результате дорожно-транспортных происшествий (ДТП) по всему миру до 2020 года возрастет примерно на 65%. Отсюда следует, что дорожно-транспортный травматизм – колоссальная проблема здравоохранения и проблема социально-экономического развития государства.

Судебно-медицинская экспертная практика показывает, что на сегодняшний день стали встречаться экспертные наблюдения, когда выявленные при исследовании повреждения не

соответствуют общепринятым видам и вариантам автомобильной травмы. Это относится к смертельной и не смертельной травме внутри салона автомобиля при его опрокидывании [9].

Как обстоит дело у нас в Кыргызстане, в г. Бишкек? Для выяснения состояния автотравматизма в г. Бишкек поставлена **цель**: провести анализ смертельных случаев последствий автотравмы за 2000 и 2007-2010 годы по материалам Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ КР.

Актуальность данного анализа проистекает из данных литературы о масштабности и тяжести последствий дорожно-транспортных происшествий, являющихся причиной смертности и инвалидизации потерпевших, а также экономических потерь, связанных с длительным стационарным, амбулаторным лечением пострадавших.

Анализом установлено, что за 2000 год жертвами со смертельным исходом стали 59 человек (3,2%) из общего количества исследованных трупов за этот год (1796 исследований). С 2007 по 2010 год частота смертельных автотравм колебалась от 83 до 118 случаев. При этом наибольшее количество отмечено в 2007 году. Следует отметить, что при примерно одинаковом количестве исследованных трупов за анализируемые годы (2000 год – 1796; 2008 год – 1729; 2010 год – 1727 случаев) наименьшее количество смертельных автотравм имело место в 2000 году, тогда как в 2009 году при значительно меньшем количестве исследованных трупов за год (1513 случаев), количество смертельных автотравм было в 86 случаях (5,6%). Эти данные четко свидетельствуют о явной тенденции утяжеления подобных травм и увеличении смертности от автотравм. При этом большинство случаев смертельных автотравм по всем анализируемым годам приходится на мужской пол, оставаясь в пределах 44-84 случаев (74,5 – 71,2%) по сравнению со смертельной травмой у лиц женского пола, колеблющейся в пределах 15-34 случаев (25,4 – 28,8%) (табл. 1).

Таблица 1

Смертность от автомобильной травмы среди всех видов судебно-медицинского исследования трупов

Годы	Количество исследованных трупов	Смерть от автомобильной травмы	Смерть по полу	
			м	ж
2000	1796	59 (3,2%)	44 (74,5%)	15 (25,4%)
2007	1894	118 (6,2%)	84 (71,2%)	34 (28,8%)
2008	1729	90 (5,2%)	67 (74,4%)	23 (25,6%)
2009	1513	86 (5,6%)	70 (81,4%)	16 (18,6%)
2010	1727	83 (4,8%)	60 (72,3%)	23 (27,7%)
Всего	8659	436 (5,03%)	323 (74,1%)	111 (25,4%)

По литературным данным [2, 10, 11], наибольшее количество погибших от насильственной смерти приходится на лиц молодого и трудоспособного возраста.

Высокая смертность лиц молодого и трудоспособного возраста характерна и для автомобильного травматизма (табл. 2).

Таблица 2

Распределение погибших по возрасту

Годы	Общее количество смертельных автотравм	Возраст пострадавших						
		0-16	17-25	26-36	37-47	48-58	59-69	70 и выше
2000	59	6 (10,1%)	16 (27,1%)	15 (25,4%)	9 (15,2%)	8 (13,5%)	-	5 (8,4%)
2007	118	9 (7,6%)	35 (29,6%)	23 (19,5%)	24 (20,3%)	16 (13,5%)	5 (4,2%)	6 (5,1%)
2008	90	7 (7,7%)	21 (23,3%)	29 (32,2%)	16 (17,7%)	9 (10,0%)	4 (4,4%)	4 (4,4%)
2009	86	6 (6,9%)	21 (24,4%)	23 (26,7%)	18 (20,9%)	11 (12,8%)	5 (5,8%)	2 (2,3%)
2010	83	11 (13,2%)	15 (18,1%)	31 (37,3%)	8 (9,6%)	10 (11,6%)	6 (7,2%)	2 (2,4%)
Всего	436 (100%)	39 (8,9%)	108 (24,7%)	121 (27,7%)	75 (17,2%)	54 (12,4%)	20 (4,6%)	19 (4,3%)

Из таблицы видно, что в возрасте от 17-58 лет в 2000 году погибло 48 (81,2%) из 59; в 2007 году – 98 (82,9%) из 118; в 2008 году 75 (83,2%) из 90; в 2009 году – 73 (84,8%) из 86 и в 2010 году – 64 (76,6%) из 83 случаев.

К сожалению, за анализируемые годы (2000 и 2007-2010 г.) от автотравмы погибло 39 подростков до 16 лет, что составило 8,9% из общего количества смертельных случаев.

Из общего количества смертельных автотравм за 2000 и 2007-2010 годы (436 случаев) 39

случаев пришлось на возраст 59 и выше лет (8,9%). Эти данные свидетельствуют о травмоопасности дорожно-транспортных происшествий для любого возраста и потому проблема профилактики ДТП является одной из актуальных задач государства.

Анализ основных причин смерти пострадавших показал разнообразность повреждений и разнопричинность смерти (табл. 3).

Таблица 3

Структура основных причин смерти при автомобильной травме

Годы	Общее количество смерти от автотравм	Повреждения головного мозга и черепа	Повреждения спинного мозга	Острая кровопотеря	Травматический шок	Сочетанные и другие повреждения
2000	59	21 (35,6%)	8 (13,5%)	5 (8,5%)	19 (32,2%)	6 (10,1%)
2007	118	65 (55,1%)	8 (6,7%)	11 (9,3%)	29 (24,6%)	5 (4,2%)
2008	90	59 (65,5%)	12 (13,3%)	3 (3,3%)	14 (15,5%)	2 (2,2%)
2009	86	51 (59,3%)	7 (8,1%)	8 (9,3%)	14 (16,2%)	6 (6,9%)
2010	83	51 (61,4%)	11 (13,2%)	7 (8,4%)	14 (16,8%)	—
Всего	436	247 (56,6%)	46 (10,5%)	34 (7,8%)	90 (20,6%)	19 (4,3%)

Наиболее частой причиной смерти пострадавших при автомобильной травме были различные виды черепно-мозговой травмы

(переломы костей свода и основания черепа, ушибы головного мозга, разрушение вещества головного мозга), составив 247 случаев (56,6%).

Это обусловлено подвижностью головы при инерционных травмах, что характерно для автомобильной травмы.

Травматический шок, обусловленный различными повреждениями костей скелета в сочетании с повреждениями внутренних органов, был непосредственной причиной смерти в 90 случаях (5,2%). Эти повреждения обычно возникают при ударно-компрессионных, растягивающе-разрывающих видах травматического воздействия.

В 46 (10,5%) случаях смерть пострадавших наступила от спинального шока, чаще при повреждениях позвоночника в шейном отделе за счет кивкообразного или хлыстообразного механизма переломов позвонков с повреждением спинного мозга, которые сопровождались и повреждениями мозгового, иногда и лицевого черепа.

Острая кровопотеря, как непосредственная причина смерти, установлена в 34 (7,8%) случаях. Кровотечение выражалось в виде гемоперитонеума при повреждениях органов брюшной полости, гемоторакса при повреждениях легких,

гемоперикарда при разрывах сердца и повреждениях крупных сосудов.

Сочетанные повреждения выражались в виде травматизации костного скелета, паренхиматозных органов, кровотечений, сдавлений органов и явились причиной смерти в 19 (4,3%) случаях. Подобные повреждения обычно возникают при сочетании различных видов травматического воздействия.

При судебно-медицинском и судебно-химическом исследовании крови умерших в 165 (37,8%) случаях из 436 смертельных травм обнаружена различная концентрация этилового спирта (табл. 4). В 1 (1,16%) случае обнаружено наркотическое (опийное) опьянение. В 4-х (0,9%) случаях результаты исследования не указаны. Легкая степень алкогольного опьянения выявлена в 46 (10,5%) случаях, средняя степень – в 64 (14,6%), сильная – 30 (6,8%) и тяжелая степень – 25 (5,7%) случаях. Эти данные касаются всех пострадавших, погибших при дорожно-транспортном происшествии и мы в данной статье не ставили задачу установить алкоголизацию у водителя.

Таблица 4

Степень алкоголемии крови умерших при автотранспортной травме

Годы	Количество умерших от автотравмы	Наркотическое опьянение	Степень алкоголемии					Результат не указан
			Отсутствие	Легкая степень	Средняя степень	Сильная степень	Тяжелая степень	
2000	59	–	35 (59,3%)	5 (8,5%)	12 (20,3%)	4 (6,7%)	3 (5,1%)	–
2007	118	–	69 (58,4%)	11 (9,3%)	22 (18,6%)	8 (6,7%)	7 (5,9%)	1 (0,8%)
2008	90	–	58 (64,4%)	11 (12,2%)	9 (10,0%)	8 (8,8%)	4 (4,4%)	–
2009	86	1 (1,16%)	51 (59,3%)	6 (6,9%)	12 (13,9%)	5 (5,8%)	8 (9,3%)	3 (3,4%)
2010	89	–	53 (63,8%)	13 (15,6%)	9 (10,8%)	5 (6,02%)	3 (3,6%)	–
Всего	436	1 (0,2%)	266 (61,0%)	46 (10,5 %)	64 (14,6%)	30 (6,8%)	25 (5,7%)	4 (0,9%)

Анализ частоты смертельных автотравм по времени года (табл. 5) показал, что из 436 случаев смертельных автотравм в 148 (34,0%) случаях

пришлись на осень и 107 (24,5%) случаях – на зиму.

Таблица 5

По времени года смертность от автомобильной травмы

Годы	Количество смертности от автотравм	Времена года			
		Зима	Весна	Лето	Осень
2000	59	18 (30,5%)	13 (22,0%)	13 (22,0%)	15 (25,4%)
2007	118	20 (16,9%)	25 (21,1%)	25 (21,1%)	48 (40,6%)
2008	90	22 (24,4%)	13 (14,4%)	22 (24,4%)	33 (36,6%)
2009	86	25 (29,1%)	20 (23,2%)	15 (17,4%)	26 (30,2%)
2010	83	22 (26,5%)	18 (21,6%)	17 (20,4%)	26 (31,3%)
Всего	436	107 (24,5%)	89 (20,4%)	92 (21,1%)	148 (34,0%)

Причина такой сезонности смертельной автотравмы, вероятно, объясняется предзимним и зимним периодом в сочетании с нарушениями правил дорожного движения, алкоголемией и т.д.

По месяцам пик смертности приходится на ноябрь месяц (61 случай), на сентябрь и октябрь по 47 и 40 случаев соответственно (рис.).

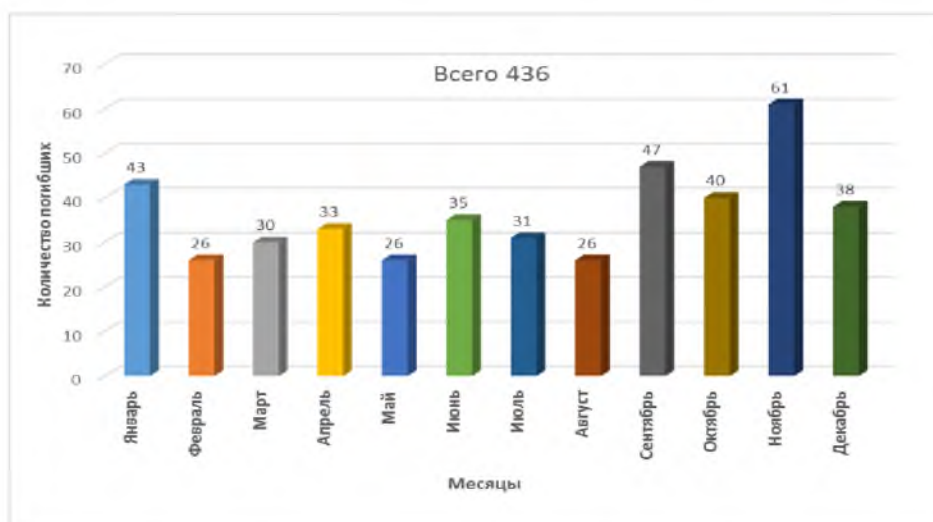


Рис. Диаграмма смертельных автотравм по месяцам.

Сравнительный анализ смертельной автомобильной травмы за 2000 год и с 2007 по 2010 год включительно показывает значительный рост смертельных случаев данной травмы. Так, из 1796 исследованных трупов в 2000 году в 59 (3,2%) случаях смерть наступила от автотравмы, в 2008 и 2010 годах при практически одинаковом общем количестве исследованных трупов от автотравмы (1729 и 1727 соответственно) погибло 90 (5,2%) и 83 (4,8%) пострадавших.

Таким образом, анализом смертельной автотравмы установлены следующие **выводы**:

1. Автомобильный травматизм со смертельным исходом имеет тенденцию к росту по сравнению с 2000 годом.
2. Смертельной автотравме наиболее подвержены лица мужского пола.
3. Наибольший удельный вес смертности от автомобильной травмы встречается в молодом, трудоспособном возрасте.
4. 165 (37,6%) случаев жертв автотравмы находилось в состоянии алкогольного опьянения, причем в состоянии средней, сильной и тяжелой степени опьянения находились 26,1% пострадавших, в одном случае – в состоянии наркотического опьянения.
5. Смертность от автотравмы и ее профилактика представляет государственную проблему, которую необходимо решать усилиями ряда государственных служб и с участием населения.
2. Значение результатов краш-тестов с моделями нижних конечностей пешеходов в профилактике дорожно-транспортного травматизма / [С.А. Смиренин и др.] // Судмедэкспертиза. – 2017. №3. – С. 13-18.
3. Jmieltnose chrych z obrazeniami ciala / [Jarzynowski W et al.] // Pol. Przegl. Chi. - 1984. – Vol. 56, №7. – P. 757-765.
4. West, J.A. An Autopsy method for evaluating trauma / J.A. West // J. Trauma. – 1981. – Vol. 21, №1. – P. 32-34.
5. Винокурова, С.Е. Судебно-медицинские критерии переезда в случаях автотранспортных происшествий / Винокурова, С.Е. - Самара, 2007. – 182 с.
6. Peden, M. The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries / M. Peden, K. McGee, G. Sharma. – Geneva: WHO, 2002. – 76 p.
7. Kopits, E. Traffic fatalities and economic growth / E. Kopits, M. Cropper. - Washington, DC. The World Bank, 2003 (Policy Research Working Paper №3035)
8. Murray, C.J.L. The Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 / C.J.L. Murray, A.D. Lopez. - Boston (MA): Harvard School of Public Health, 1996.
9. Саркисян, Б.А. О назревшей необходимости введения в классификацию автомобильной травмы новых ее видов / Б.А. Саркисян, А.О. Колесников // Вестник судебной медицины. – 2017. – №1, том 6. – С. 4-9.
10. Мукашев, М.Ш. Структурная характеристика суицидальной смерти и смертельных отравлений алкалоидами опия / М.Ш. Мукашев, Т.Т. Клычбаев // Вестник КГМА им И.К. Ахунбаева. - 2011. - №1. - С. 36-39.
11. Фадеев, С.П. Роль отравлений наркотиками в структуре летальности / С.П. Фадеев // Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины: сборник научных работ, посв. 80-летию бюро СМЭ комитета Здравоохранения Москвы. – М., 1998. – С. 91-92.

Литература

1. Крутикова, Ю.А. Анализ структуры насильственной смерти в Петропавловске-Камчатском за 10 лет (1993-2002 г.) / Ю.А. Крутикова, Д.Е. Лавренов // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики. - 2003. - Выпуск 8. - С. 81-84.

**КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕГРАЦИИ НАРОДНОЙ И СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

А.Д. Мураталиева, Ж.Т. Конурбаева, Г.С. Кулжабаева, Д.Н. Исмаилова, Н.А. Ташиева
Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучение дошедших до нас источников показало, что в прошлом на территории Кыргызстана в народе накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию. Табып был единственным носителем многовекового опыта в борьбе с болезнями во всем его объеме, так как он был в одном лице и лекарями и аптекарями. Табыпы делились на пульсовиков (тамырчы), костоправов (сыныкчы), травник (чопчу), бабок-повитух (киндик эне, аначы). В эпосе «Манас» встречаются сведения, о табыпах которые, лечат травами, продуктами животного и минерального происхождения, о способах лечения переломов костей и применение простых хирургических инструментов (аштар, тинтуур, шак-шак и др.). Самобытность народной медицины кыргызов, которая складывалась у кыргызского народа веками должно дать своеобразное отражение в концепции интеграции народной и современной медицины Кыргызстана.

Ключевые слова: концепция, интеграция, табып, костоправ, травник, народная медицина, эмпирическая медицина, научная медицина.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ ЭЛДИК ЖАНА ЗАМАНБАП МЕДИЦИНАСЫНЫН
ЖУУРУЛУШУ КОНЦЕПЦИЯСЫ**

А.Д. Мураталиева, Ж.Т. Конурбаева, Г.С. Кулжабаева, Д.Н. Исмаилова, Н.А. Ташиева
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бизге жеткен булактарды изилдөө көрсөткөндөй, Кыргызстандын аймагында абалтадан бери дарылоонун ар кандай ыкмалары эл арасында топтолуп жана сицип келген. Табып жалпысынан алганда оорулар менен күрөшүүнүн көп кылымдар бою топтолуп келген тажрыйбанын жалгыз алып жүрүүчүсү болуп, ал дарыгердин да, дарыканачынын да жүзү болгон. Табыптар тамырчы, сыныкчы, чөпчү, киндик эне (аначы) болуп бөлүнүшкөн. «Манас» эпосунда чөптөр, жаныбарлардан жана минералдан алынган продуктулар менен дарыларылаган табыптар, сынган сөөктөрдү дарылоонун ыкмалары жана жөнөкөй хирургиялык аспаптарды (аштар, тинтүүр, шак-шак ж.б.) колдонуу тууралуу маалыматтар кездешет. Кыргыздардын кылымдар бою калыптанган элдик медицинасы, Кыргызстандын элдик жана заманбап медицинасынын жуурулушу концепциясында чагылдырылышы керек.

Негизги сөздөр: концепция, жуурулушу, табып, сыныкчы, чөпчү, элдик медицина, эмпирикалык медицина, илимий медицина.

**CONCEPT INTEGRATION OF FOLK AND MODERN MEDICINE
IN THE KYRGYZ REPUBLIC**

A.D. Muratalieva, J.T. Konurbaeva, G.S. Kuljabaeva, D.N. Ismailova, N.A. Tashieva
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The study of sources that have come down to us showed, that in past on the territory of Kyrgyzstan people accumulated and cultivated various knowledge and skills in healing. Tabib was only bearer of centuries of experience in the fight against disease in all its scope, because he was in one person and healers and pharmacists. Tabibs were divided into pulsars (tumirchi), bone cures (sinikchi), herbalists (chopchy) and midwives (unuchi). In Manas epic there is information about tabibs, that treat herbs with animals and minerals products, about methods of treating bone fractures and the use of simple surgical instruments (ushtur, tintuur, shuk-shuk etc.). The ordinarily folk medicine of the Kyrgyz people, which was formed by the Kyrgyz people for centuries, should give a unique reflection in the concept integration of folk and modern medicine of Kyrgyzstan.

Key words: concept, integration, tabib (healer) chiropractor, herbalist, ethno science, empirical medicine, scientific medicine.

Введение. Медицина – отрасль научной и практической деятельности, основной задачей которой является сохранение и укрепление здоровья человека, а также разработка методов диагностики, профилактики и лечения болезней.

Существует значительное число медицинских систем, подчас резко различающихся между собой по взглядам и подходам к решению основной задачи медицины. В принципе медицинская система делится на две большие группы, главным образом по особенностям накопления информации: эмпирическая медицина и научная медицина.

Эмпирическая медицина – это медицина, где основой знаний и используемых приемов врачевания является опыт одного или многих поколений людей. Эмпирическая медицина отличается от научной медицины тем, что она не базируется на эксперименте и клинических испытаниях. Эмпирическая медицина подразделяется на народную медицину и традиционную медицину.

Научная медицина начала складываться в Европе и отчасти в Северной Америке в конце XVIII в. В основе современной научной медицины лежит эксперимент и обязательно соответствующие клинические испытания. Как традиционные, так, разумеется, и научная медицина складываются из ряда разделов: хирургии, терапии и т.д.

Цель исследования. Разработка концепции интеграции народной и современной медицины в Кыргызской республике.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ, логический анализ, критический обзор литературных данных.

Результаты и обсуждение

Народная медицина – сумма всех знаний и практических методов, как объяснимых, так и необъяснимых, которые применяются для диагностики, предотвращения и ликвидации нарушения физического, психического и социального равновесия и которых опираются исключительно на практический опыт и наблюдения, передаваемые из поколения в поколение, как в устной, так и в письменной форме.

Народную медицину можно также рассматривать как прочный сплав постоянно развивающихся лечебных приемов и передаваемого по наследству опыта (ВОЗ).

Народный лекарь – «человек, который, по мнению своей общины, знает способы оказания медицинской помощи с использованием растений, веществ животного и минерального происхождения и некоторые другие методы, имеющие в

своей основе социальные, культурные и религиозные истоки, а также знания, представления и верования, разделяемые членами этой общины и касающиеся физического и социального благополучия, причин болезни и помощи».

Любая система медицины современна, если она направлена на решение общей задачи оказания населению медицинской помощи и удовлетворительно с ней справляется, независимо от времени и места действия, а также от культурного окружения. Исходя из этого, можно считать, что основные различия между отдельными медицинскими системами зависят не от того, насколько разнятся цели и результаты, а от того, насколько различна та культурная среда, в которой люди практикуют эти разные системы. Народная медицина не представляет собой какого-то нового явления, поскольку она всегда была неотъемлемой частью любой культурной формации.

Однако в некоторых развивающихся странах народная медицина, не использующая для своего развития стремительных открытий науки и техники, испытывает период застоя и претерпевает лишь незначительные изменения практикуемой в промышленно развитых странах, последняя осваивает научные и технические новшества настолько быстро, что часто лишь о ней говорят, как о современной медицине.

Многие профессиональные работники здравоохранения часто считают народную медицину практикой, отживающей свой век, и не придают ей должного значения, впадая при этом в глубокую ошибку, т.к. культура как таковая, неотъемлемой частью которой является народная медицина, никогда не может быть ни статична, ни мертва.

Культуру обычно определяют, как сумму образа жизни, общественного уклада, верований и представлений, а также общепринятых организованных способов, с помощью которых община пытается решать свои жизненные проблемы. Изменение или развитие культуры происходит по мере приобретения новых знаний или в связи с переменами в окружении людей, которые должны к этим переменам адаптироваться, чтобы выжить и обрести новое жизненное равновесие. В этом контексте культурной эволюции народная медицина всегда развивалась и в любом обществе сохраняла за собой роль института, обеспечивающего его членам медицинскую помощь.

Поскольку современные научные исследования в области народной медицины направлены главным образом на изучение лекарственных растений, эту тенденцию не следует поддерживать, так как иначе создается впечатление, что в народной

медицине единственным методом оказания медицинской помощи является использование лекарственных растений.

Поэтому необходимо сосредоточить внимание на более широком круге возможностей народной медицины имеющий опыт действенного решения практических задач, стоящих перед системами медицинской помощи различных стран. Для изучения народной медицины необходим целостный подход с помощью которого научные исследования могли бы охватить все аспекты проблемы.

Для того чтобы подтвердить правильность этих концепций, приведем примеры из опыта отдельных стран.

В сельских районах Шри-Ланки широко практикуются различные системы местной медицины. Было установлено, что существование этих различных систем обусловлено, поддерживается чрезвычайным разнообразием экологических условий страны и ее культурными особенностями. Накопленные веками мудрость народа и его опыт составляют ядро тех знаний и умений, которые использует народная медицина. В течение столетий, несомненно, происходили некоторые изменения, но они носили постепенный характер. На сегодня здесь зарегистрировано 10000 практиков, и предполагается, что еще 6000 подлежат регистрации. Круг проблем, которыми занимается практическая народная медицина, широк и включает профилактические, лечебные и специальные аспекты.

Большинство систем народной медицины следует классической схеме: сбор анализов, определение комплекса этиологических факторов, постановка диагноза, обеспечение соответствующего лечения, наблюдение за течением болезни и предложение необходимых мер реабилитации.

Возможно, своеобразной особенностью этих различных систем медицины является характер предписаний, на котором существенно сказываются географические факторы, выбор местных растений и передаваемые из поколения в поколение сборники «рецептов», а также местные культурные представления и знания о распространенных болезнях и проблемах здоровья. Система народной медицины в Шри-Ланке удовлетворяет основные потребности в области здравоохранения примерно 70% населения.

Народная медицина Судана сосредоточена на психосоциальных аспектах. Есть сообщения, что народная медицина в Судане действует настолько успешно, что ее методы широко применяются в борьбе с неврозами и алкоголизмом; поэтому эта система представляет особый интерес для научных исследований, направленных на

изучение методов лечения невротических реакций, алкоголизма, лекарственной зависимости. Народная медицина предлагает ряд ценных решений, касающихся ведения больных, состояние которых обусловлено культурными факторами, а также других проблем здравоохранения. Методы и приемы, применяемые народными лекарями Судана, пока сохраняются в глубокой тайне.

Благодаря государственной политике сейчас в Индии широко признаны системы народной медицины аюрведа, сиддхы, унани и йога, изучение включено в учебные программы некоторых учебных заведений, в том числе университетов, медицинских колледжей, полных и неполных средних школ, а также центров подготовки различных категорий персонала здравоохранения. В Индии число лиц, практикующих народную медицину, составляет около 500000; их квалификация различна, развиты – от специалистов с университетской степенью фактора и практиков с дипломом, присвоенным частными школами, до лекарей, освоивших приемы и знания в процессе ученичества у признанных представителей народной медицины.

Изучение дошедших до нас источников показало, что в прошлом на территории Кыргызстана в народе накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию.

По мнению В.И. Кушелевского, народную медицину кыргызского народа, как и у других народностей можно разделить на три разряда:

- религиозно-мистическую,
- эмпирическую,
- смешанную.

Представителями религиозно мистического направления являлись эшен, молдо, муфтий, олуя (святой), бубу-бакшы (шаман), куучу, көзү ачык (ясновидящий), жоруучу (предсказатель по лопатке), кумалакчы (предсказатель по бобам), болжоочу (предсказатель), сөз менен эмдөөчү (психолог), жылдызчы (астролог), жайчы. Они при лечении обращались к различным мистическим средствам: молитвам, заклинаниям, шептаниям, талисманам [1].

Характерной фигурой для эмпирической части кыргызской народной медицины является табып (лекарь), чөпчү (травник), тамырчы (пульсодиагност), киндик эне, аначы (повитуха), сыныкчылык, жарааттарды дарылоо (хирургия, костоправ), укалоочу (массажист) [2].

Табып был единственным носителем многовекового опыта в борьбе с болезнями во всем его объеме. В теоретической основе деятельности табыпов лежали положения древнегреческой медицины, отдельные приемы арабской медицины и

учения великого Ибн Сина, которые рассматривают болезнь, как нарушение нормального сочетания в организме человека теплого и холодного начала. Табыпами рекомендовались физиотерапевтические методы лечения: прогревание паром, потение, купание и т.д. Табыпы были в одном лице и лекарями и аптекарями. Они сами готовили настои, отвары, порошки, пилюли, мази. Ими применялись для лечения различные средства животного, растительного и минерального происхождения (А.А. Берштам; Т.Баялиева; А.Шакиров; Ч.Валиканов; С.Амбромзон и другие) [3].

Каждый табып имел несколько своих излюбленных средств и приемов, использовал их от многих болезней. Табыпы часто прибегали к кровопусканию, применяли пиявки, лечили голодом, родниковой водой, прикладывали к больному месту различные предметы, в том числе некоторых животных и птиц.

Широкое распространение получили массаж, обматывание больных в шкуры недавно убитых животных. Успешно лечили травмы, переломы, вывихи. Есть полное основание назвать сы-

ныкчы-табыпов (костоправов) кыргызов народными хирургами. Об этом свидетельствуют эффективное лечение переломленной кости, умение делать простейшие операции и дошедшие до наших дней таких простых хирургических инструментов, как шак-шак, аштар, тинтуур, шимшуур.

Больным, у которых были переломы, народные лекари предлагали пить мумие. Эти сведения наших предков дошли до наших дней в устной форме.

Как отмечает В.И. Кушелевский, «кыргызские табыпы умело лечат раны, полученные от острых предметов» [5].

В эпосе «Манас» также встречаются сведения о простых хирургических инструментах, способах лечения переломов костей. Например, в эпосе есть информация об аштаре, или наштаре, т.е. об остром стальном ноже, имеющий форму скальпеля. Этот древний хирургический инструмент широко применялся кыргызскими табыпами для пореза раны с целью выведения испорченной крови или осколка стрелы, которая остановилась в теле раненого воина.

Информация о хирургическом инструменте аштар или наштар

*Сом этине калды деп,
Чыкпай туруп алды деп,
Аштар алып колуна
Тилип жаткан андан коп [5, с. 402]*

*Чтобы вынуть пулю или стрелу,
Которые застряли в теле воина,
Взяв в руки инструмент аштар,
Лекари делают надрезы на месте раны.*

О встрече с представителями религиозно-мистической и эмпирической части кыргызской народной медицины писали известные русские исследователи путешественники: Н.А. Северцев,

П.П. Семенов-Тяньшанский, А. Ягмин и Ч.Ч. Валиханов [6]. В частности Ч.Ч. Валиханов в своих рукописях упоминал цитату из эпоса «Манас»:

*Капырдын каны Жолойдун
Жаагынан каны жыйылбай,
Кызыл суу болуп акты эле,
Жолом үйдөн кийизди
Кыйып келип жапшырды,
Аган эле болбоду
Жолум үйдөй кол алып
Тагы келип жапшырды
Ошондо гана тыйылып калды дейт.
Токсон өзүз терисин
Каптап эле кийди дейт
(Кол жазмалар фондусу, 5187-инв., 99-б.). [7]*

*У неверного Жолол кровь
Струей текла с его лица
Отрезал кошму и накрыл
Да не помогла она
Тогда еще принесли
Лишь от 99 бычьих шкур
Остановить они смогли*

Методы и приёмы кыргызской народной медицины подробно описывали в своих работах С.Яроцкий, И.И. Ибрагимов, Ф.Поярков, Н.С. Харченко, А.А. Айдаралиев, Ш.И. Исаков, С.К. Чиншайло [4].

Для каждой страны и культурной формации порядок очередности научных исследований, имеющие целью содействия народной медицине и ее развитие, будет различным. Основные области

научных исследований по народной медицине следующие:

- изучение деятельности практиков народной медицины;
- изучение систем народной медицины, процедур, методик, технологии и основных принципов;
- изучение лекарственных растений;
- оценка терапевтических программ;
- изучение лекарственных средств и болезней;
- изучение оздоровительных, санитарно-просветительных и профилактических мероприятий;
- метафизические и в ненаучные представления, космология и астрология, парапсихология, гипноз, религиозные заклинания и медитация;
- изучение путей развития кадров;
- влияние и использование служб здравоохранения.

В настоящее время концепция интеграции народной и современной медицины может найти реальное воплощение в предвидимом будущем.

Эффективная интеграция, как показывает опыт Китая, предполагает синтез достижений китайской народной медицины и западной медицины путем применения современных научных знаний и методов. Такой процесс интеграции нуждается в чистой системе, способной приспосабливаться к индивидуальному опыту и умению, к различным уровням знаний и подготовки, функционировать при недостаточных ресурсах и использовать все разнообразие вспомогательных методов применяемых, прежде всего в системе медицинской помощи.

Для достижения этой цели необходимо, чтобы среди представителей различных систем медицины царил дух взаимного уважения, признания и сотрудничества.

Процесс интеграции можно было бы начать с фундаментального исследования систем образования, одновременно с изучением древних литературных источников, теоретических принципов, широко используемых лекарственных средств, основ питания, проблем гигиены окружающей среды, а также других областей, представляющих интерес для всех практикуемых систем медицины.

После приобретения соответствующих знаний во всех этих областях можно было бы разработать механизм осуществления интеграции. Для большинства стран первая попытка на пути интеграции – это научные исследования в области

народной медицины, имеющие целью оценку ее методов и их обоснование на базе научных данных. Когда этот этап пройден, интеграция народной медицины с существующими системами медицинской помощи становится возможной и даже легко достижимой.

Как показали наблюдения, идея интеграции часто встречает основное сопротивление со стороны нетерпимо к ней относящихся организаторов здравоохранения, поэтому следует убедить тех, кто принимает решения на национальном уровне, в необходимости этой меры.

Закключение. Анализ показал самобытность народной медицины кыргызов, которая складывалась у кыргызского народа веками. И это должно дать своеобразное отражение в концепции интеграции народной и современной медицины Кыргызстана.

Это действительно приносит взаимную пользу обеим системам; увеличивает общий объем знаний о медицинской помощи, что в конечном итоге служит во благо человечества, особенно если учитывать заложенные в интеграции возможности более широкого и более эффективного охвата населения этой помощью; повышает квалификацию и увеличивает число практикующих медиков; способствует распространению знаний о медицинской помощи; является лучшим средством достижения цели, состоящий в обеспечении медицинской помощи всего населения мира.

Литература

1. Кушелевский, В.И. Материалы для медицинской географии и санитарного описания Ферганской области / В.И. Кушелевский. – Т. 1-3. – Новый Маргелан: Ферг. обл. стат. ком., 1890-1891. – 3 т.; 22. Т. 2. – 1891. – [2], 479 с., 1 л. план. Т. 2. – 1891. – [2], 479 с. – Т.3. – С.236-238; 248; 254.
2. Айдаралиев, А.А. Научные основы народной медицины Киргизии / А.А. Айдаралиев // Тез. докл. научной конф. КГМИ. – Фрунзе, 1957. – С. 4-5.
3. Еришов, Н.Н. О тибетской медицине на Памире / Н.Н. Еришов, Н.Н. Компанцев // Бюллетень Узбекского ин-та экспериментальной медицины. – Ташкент, 1939. – № 4. – С. 40-48.
4. Чиниайло, С.К. Из истории развития лекарственной помощи на территории нынешней Киргизии / С.К. Чиниайло // Тез. докл. III съезда фармацевтов Кирг. ССР. – Фрунзе, 1989. – С. 10-14.
5. Кол жазмалар фонду. 402-573-инв.
6. Валиханов, Ч.Ч. Родоподразделения киргиз / Чокан Валиханов. – Алма-Ата, 1985. – С. 287-345.
7. Кол жазмалар фондусу, 5187-инв., 99-б.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ КЫРГЫЗСКОЙ ЭМПИРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ.
РОЛЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ В ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ.**

А.Д. Мураталиева, Д.Н. Исмаилова, Б.М. Капаров, М.А. Акынбекова

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Кафедра фармакогнозии и химии лекарственных средств

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Несмотря на результаты многовековых и длительных взаимодействий и взаимоотношений с другими народами, а также глубокое воздействие медицины других народов, народная медицина кыргызов самобытна. Имеются свои оригинальные методы приготовления лекарственных форм из лекарственных растений, их сушки и хранения, возникшие на основе этнографических и географических особенностей Кыргызстана. Это находит подтверждение в строках эпоса «Манас», названного знаменитым писателем нашей эпохи Ч. Айтматовым «энциклопедией кыргызского народа» часто встречаются группы лекарств, куда входят эпические лекарства, которые принадлежат только кыргызам.

Ключевые слова: эмпирическая медицина, научная медицина, народная медицина, эпос «Манас», лекарственное растительное сырье, лекарственное растение.

**КЫРГЫЗ ЭМПИРИКАЛЫК МЕДИЦИНАСЫНЫН ӨНҮГҮҮ ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ ЖАНА
ДАРЫ ӨСҮМДҮКТӨРҮНҮН ДАРЫЛООДОГУ РОЛУ**

А.Д. Мураталиева, Д.Н. Исмаилова, Б.М. Капаров, М.А. Акынбекова

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Фармакогнозия жана дары-дармектер химия кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Көп кылымдардан бери келаткан башка улуттар менен болгон карым-катнаштардын жыйынтыктарына, ошондой эле башка улуттардын медицинасынын тийгизген таасирине карабастан, кыргыздардын элдик дарыгерлиги байыркы болуп саналат. Кыргызстандын этнографиялык жана географиялык өзгөчөлүктөрүнө жараша дары чөптөрдү кургатуу жана сактоо, алардан дарыларды жасоонун өзүнчө ыкмалары болуп келген. Бул биздин замандын көрүнүктүү жазуучусу болгон Ч. Айтматовдун «кыргыз элинин энциклопедиясы» деп атаган «Манас» эпосунда далилденген жана анда кыргыздарга гана тиешелүү болгон эмпирикалык дарылардын топтомдору көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: эмпирикалык медицина, илимий медицина, элдик медицина, «Манас» эпосу, дары өсүмдүк сырьесу, дары чөптөр.

**FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF KYRGYZ EMPIRICAL MEDICINE.
THE ROLE OF MEDICINAL PLANTS IN MEDICAL PRACTICE**

A.D. Muratalieva, D.N. Ismailova, B.M. Kaparov, M.A. Akinbekova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Department of pharmacognosy and chemistry of medicines

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Despite results of multi-purpose and long-term interaction and relationships with other peoples as well as the deep interaction of other people's medicine, folk medicine of Kyrgyz people is original. There are their original methods preparation of medicinal forms from medicine plants, their drying and storage, which arose on the basis of ethnographic and geographical features of Kyrgyzstan. This finds confirmation in the lines of the epic "Manas", called by the famous writer of our era C. Aitmatov "encyclopedia of the Kyrgyz people" often there are groups of medicines, which include epic medicines that belong only to Kyrgyz.

Key words: empirical medicine, scientific medicine, folk medicine, epic "Manas", medicinal plant, medicinal plant raw materials.

Введение. В результате критического обзора литературных данных в ретроспективе определено, что традиционные методы лечения заболеваний, опыт народной медицины получили широкое распространение в Кыргызстане, особенно

лечение средствами растительного происхождения.

Народная медицина – это сумма всех знаний и практических методов, как объяснимых, так и не-

объяснимых, которые применяются для диагностики, предотвращения и ликвидации нарушения физического, психологического и социального равновесия и которые опираются исключительно на практический опыт и наблюдения, передаваемые из поколения в поколение, как в устной, так и в письменной форме.

Каждая более или менее стабильная человеческая популяция обладает своим набором лечебных и профилактических средств и приёмов. Поэтому «народных медийн» достаточно много и время их возникновения следует отнести к тому моменту, когда стали складываться более или менее устойчивые локальные человеческие общности. Естественно, что народные медийны весьма эфемерны. Накопленный опыт легко теряется при распаде человеческих общин или смерти главных носителей этого опыта – знахарей. Поэтому фиксирование всех сведений народной медийны представляет важный раздел деятельности лиц, связанных со здравоохранением и этнографией.

Традиционная медийна, несомненно, формировалась на основе народных. Под традиционными медийнами понимают медийнские системы, сложившиеся в более или менее крупных регионах земного шара и основанные на опыте значительного числа поколений людей. Почти каждая человеческая цивилизация имела свою сложившуюся медийну, которая в той или иной мере отражена в письменных источниках (так называемых медийнских трактатах). Эти медийнские трактаты подчас сложны для восприятия в связи с существенными расхождениями понятий и терминов в традиционных и современной научной медийнах. Анализ трактатов – серьёзная научная проблема, требующая совместных усилий медиков, ботаников, этнографов, лингвистов и специалистов в области фармации.

Цель исследования. Изучение опыта кыргызской народной медийны и роли лекарственных растений в лечебной практике.

Материалы и методы

Ретроспективный анализ, логический анализ, критический обзор литературных данных.

Результаты и обсуждение

Традиционные медийны, как правило, связаны с определёнными философскими системами, а лечение осуществляется специально подготовленными лицами, профессионально занимающимися врачеванием. Среди традиционных медийн наиболее известны и широко используются в научной медийне всего мира:

1. Греческая
2. Римская
3. Индийская
4. Китайская
5. Тибетская
6. Арабская

Греческая медийна. Уже древние народы Ближнего Востока, жившие задолго до нашей эры, – шумеры, ассирийцы, вавилоняне накопили значительные знания о лекарственных растениях, о чем свидетельствуют дошедшие до нас тексты на глиняных табличках с клинописью. Однако больше всего сведений о растениях древности можно почерпнуть из греческой литературы. У греков сложилась самобытная медийна, но они также охотно использовали лекарственные средства египтян и других народов Средиземноморья. Знаменитый врач древности Гиппократ (460-377 гг. до н.э.) составил медийнское сочинение “Corpus Hippocraticum”, переведенное в настоящее время на русский и европейские языки. Лечил он больше физическими методами и диетой, однако в его книге упоминается свыше 230 лекарственных растений.

Много внимания уделял растениям, в первую очередь лекарственным, древнегреческий естествоиспытатель, философ и ботаник Теофраст (372-287 гг. до н.э.) – автор знаменитого трактата “Исследование о растениях”, переведенного на русский язык. “Отцом фармакогнозии” (для европейской медийны) считается греческий ученый Диоскорид (I в. н.э.), знаменитая книга которого “Materia medica”, снабженная рисунками растений, являлась авторитетным руководством в течение многих веков.

Римская медийна. Крупнейшим представителем древнеримской медийны был К. Гален (131-201 гг. н.э.), высоко ценивший значение растений как лекарственных средств и положивший начало производству извлечений из них, получивших впоследствии название галеновых препаратов.

Индийская медийна. Древнеиндийская (ведическая) медийна столь же самобытна, как и китайская. Она имеет оригинальную философию и особый ассортимент лекарств, базирующихся на растениях флоры Индии. Древнейшей медийнской книгой Индии, написанной на санскрите, считается “Аюр-веда” (“Наука о жизни”). Эта книга несколько раз перерабатывалась и дополнялась. Наиболее известным является издание, переработанное индийским врачом Сушрутой (VI в. до н.э.), описавшим более 70 лекарственных растений.

Китайская медийна. Многочисленные лекарственные растения были широко известны и древним народам Восточной и Юго-Восточной Азии. Одной из древнейших является китайская

медицина. Имеются сведения о том, что еще за 3000 лет до н.э. в Китае использовались 230 лекарственных и ядовитых растений, 65 лекарственных веществ животного происхождения и 48 лечебных минералов. С изобретением письменности накопившиеся сведения были записаны в “Книге о травах” (“Бен-цао”). Во всех последующих китайских сочинениях этот травник используется как первоисточник. Китайская медицина самобытна как в своих философских теориях, так и по ассортименту лекарств, взятых из богатейшей флоры этой страны. Ввоза лекарственных растений в Китай почти не было. Наиболее обширный травник был составлен Ли Ши-Чженем и издан в XVI в. Этот травник и в настоящее время считается в Китае непревзойденным. В нем описано 1892 объекта, в том числе до 900 видов лекарственных растений. Остальные объекты являются либо разными органами и продуктами переработки тех же видов растений, либо это продукты минерального и животного происхождения.

Тибетская медицина. Тибетская медицина сформировалась на базе древнеиндийской, которая проникла в Тибет вместе с буддизмом (VIII в. н.э.). Многие санскритские книги были переведены на тибетский язык, и ими пользуются до сих пор. Наиболее известна книга “Джудши” (“Сущность целебного”), составленная на основе “Аюрведы”.

Арабская медицина. В истории медицины и фармации большой след оставили арабские ученые. Арабы оберегали и развивали культурное наследие покоренных народов, в том числе и медицину. Наибольшую известность получило имя великого сына таджикского народа Абу Али Ибн Сины (Авиценна) из Бухары, жившего в 980-1037 гг. Знаменитая его книга “Канон врачебной науки”, переведенная на латинский, а затем и на другие языки, в том числе и на русский (1954), пользовалась в Европе продолжительное время таким же авторитетом, как сочинения Диоскорида и Галена. Два тома “Канона” (2-й и 5-й) полностью посвящены фармации. Ибн Сина применял лекарственные средства растительного, животного и минерального происхождения, отдавая предпочтение растениям.

Медицина в Европе. В Европе в средние века уровень медицинских знаний был не слишком высок. Однако, начиная с XII в., арабская медицина через Испанию и Сицилию стала проникать в Европу. Больницы и аптеки устраивались по арабскому образцу. Переводили арабские медицинские книги на латинский язык, в том числе и арабские переводы сочинений древних греков и

римлян. Много завозили лекарственного сырья “восточно-арабского” ассортимента.

Кыргызская эмпирическая медицина. Кыргызский народ имеет свое многовековое историческое прошлое. Первые известия о них, как указывает академик В.В. Бартольд (1943), относятся к 201 году н.э. Название «кыргызы» встречается еще в китайских источниках в III веке до н.э. [1, 2].

Кыргызская народность сложилась на основе 3-х больших массивов племен. Первый массив составляло местное население Тянь-Шаня домонгольского времени, который складывался в течение первого тысячелетия н.э. в процессе вселения на Тянь-Шань тюркоязычных племен из центральной Азии. Монголоязычные племена, переселившиеся в большом количестве на Тянь-Шань, были вторым основным массивом. Третий основной массив составляли кыпчакско-кыргызские племена Енисейско-Иртышского междуречья [3].

Таким образом, сложение кыргызской народности на Тянь-Шане имело место к концу 15-16 в.в., когда завершился процесс слияния местного тюркоязычного населения Тянь-Шаня домонгольского времени и монгольских племен с кыргызскими племенами Енисейско-Иртышского междуречья.

Основным источником этнической истории кыргызского народа до сих пор является фундаментальная работа Н.А. Аристова (1894). Однако, содержащийся в нем материал об этническом составе кыргызского народа, его родовых делениях не воссоздает полной картины настоящего периода.

Поэтому по решению Президиума Академии Наук СССР был организован в 1953 г. этнографический отряд Кыргызской археолого-этнографической экспедиции. За два полевых сезона 1953-1954 гг. отряд обследовал кыргызское население северных областей и в 1955 г. южное население [4].

Среди обследованных преобладают племена, которые относят к правому (он) (Долон, Тагай, Ак-Уул, Мунгуш, Адигине, Кылжыр, Саяк, Азык, Черик, Багыш, Солто и др.) или к левому (сол) (Кубу-Уул, Чон-Багыш, Каратал, Кытай, Саруу, Мундуз, Жетиген и др.) крылу (канат). Остальные племена принадлежат к тем, которых либо условно объединяют под названием «ичилик», либо рассматривают как группы не кыргызского происхождения [5].

Результаты изучения этнического состава кыргызской народности были опубликованы И. Бичуриным, а затем подробно рассмотрены и интерпретированы А.Н. Бернштамом и И.Г. Андре-

евым. Сведения не только о кыргызских племенах, но и подразделениях некоторых из них содержатся в рукописи известного ученого-востоковеда Чокана Валиханова «Родоподразделение кыргызов», хранящейся в архиве Академии наук Республики Кыргызстан [6].

Одним из первых советских авторов, исследовавших этнический состав кыргызов, был В.Н. Дублицкий, опубликовавший в своей работе подробный перечень кыргызских «родов», данные об их расселении и большую генеалогическую таблицу. В.В. Бартольд привел ценные исторические сведения, касающиеся отдельных этнических групп кыргызов. Известный интерес, с точки зрения выявления связи социальных условий с этнической историей кыргызов, представляют работы М.Ф. Гаврилова «Манап», П. Погорельского и В. Батракова «Экономия кочевого аула Кыргызстана» [7].

Родоплеменного состава кыргызского народа касались Б. Солтоноев, А.С. Сыдыков. Вопросы этнического состава кыргызов в связи с историей кыргызского языка рассматривались в работах академика АН Республики Кыргызстан, профессора Б.Д. Джамгирчинова и Б.М. Юнусалиева.

Данные, относящиеся к этнической характеристике того или иного племени, раскрывающие его состав, происхождение отдельных родов, имеют значение для выяснения социально-политической истории кыргызов.

Основным ремеслом кыргызов было скотоводство. Кочевой образ жизни с натуральным хозяйством обуславливал примитивность жилищ (юрта, избушка-землянка). В них размещали телят, ягнят и других животных. Неполноценным было питание. Население страдало от недостатка витаминов, что и создавало благоприятные условия для распространения социальных и многих инфекционных заболеваний. Лечение осуществлялось средствами народной медицины [8].

В течение 17-18 веков тьянь-шаньские кыргызы находились под угрозой закабаления могулистанской, цинской династии. Кокандское ханство, вмешиваясь в эту борьбу, стремилось использовать ее для покорения и порабощения кыргызского народа. Однако кокандская колонизация не улучшила положение кыргызского народа ни в экономическом, ни в культурном, ни в политическом отношениях. В связи с этим племена Северного Кыргызстана одно за другим стали принимать подданство России

Прекращение феодально-родовых войн внутри кыргызских племен отразилось положительным образом на развитии хозяйства кыргызов, на уровне их благосостояния и на подъеме экономики страны. На территории Кыргызстана начали появляться первые лечебные учреждения, врачебные участки, больницы и аптеки [2, 8].

Современная научная медицина использует многовековой опыт народной медицины. Народная медицина также рассматривается как совокупность постоянно развивающихся лечебных приемов и передаваемого по наследству опыта (ВОЗ).

Народная медицина опирается на целостный подход, т.е. она рассматривает человека как единое целое в рамках широкого экологического окружения и подчёркивает, что нездоровье или болезнь есть результат несбалансированности или нарушения равновесия человека и его общей экологической системе, а не только действия причинного и патогенной эволюции.

Изучение дошедших до нас источников показало, что в прошлом на территории Кыргызстана в народе накапливались и культивировались различные знания и навыки по врачеванию.

Опыт народной медицины кыргызов, приобретенный веками, который описан в эпосе «Манас» показывает, что лекарственные средства можно разделить на 4 группы:

- растительного происхождения;
- животного происхождения;
- минерального происхождения;
- физиотерапевтические.

Большинство из них растительного происхождения. И это вполне естественно, т.к. древние кыргызы жили на джайлоо, на берегах горных рек, богатых растительностью. Растения служили для них основой питания, употреблялись для изготовления орудий труда, одежды, жилищ (юрта) и т.д. Познание свойств различных растений давало людям возможность применять многие из них в качестве лекарств. Кыргызские табыбы изготавливали различные лекарственные формы из растительного сырья: настои, отвары, мази, порошки, пластыри и т.д. Все это готовили по особым рецептам: определенной пропорции, при соответствующей продолжительности времени настаивания и т.д. Большое внимание кыргызские табыбы придавали сбору, сушке и хранению лекарственного и растительного сырья [9].

В эпосе «Манас» упоминаются рецепты, технология приготовления настоев, применение и хранение лекарственного растительного сырья. Приводим цитату из эпоса «Манас»:

*Алты-жети жанаяк
Чар дары кылып жуткузса,
Казактардын эр Көкчө
Умачтай көзү ачылды,
Ооруган жери басылды
(Курама вариант, 2. 250).*

Состав «Чар дары»: **жыпар мончок** (гвоздика), **занжабил** (имбирь), **дорчин** (корица), седана, кара халила, кардамон, фулфулдарос, жавзи-бабго, хуаджо [10,11].

В строках эпоса «Манас» упомянуты не только эти, но и другие лекарственные растения, применяемые в современной медицине:

жуушаң чөбү (эрмендин бир түрү) – полынь;

момия – мумие;

мээр чөп – женьшень;

кызыл мыя – солодка;

жүгөрү чачыгы – столбики с рыльцами кукурузы;

каз таман – лапчатка;

ит мурун – шиповник;

жыпар мончок – гвоздика;

занжабил – имбирь;

дорчин – корица.

апийим – опий

Эти виды растений сегодня нашли свое актуальное применение в современной медицине и поэтому народная медицина приносит действительную пользу, она нуждается в содействии, а ее возможности должны быть развиты для более широкого использования на благо человечества.

В исторических документах Китая, Индии, Ирана и странах Шелкового пути описываются, что завезенные этими странами шелка, оружия и боеприпасы обменивались на шкуру, шерсть и также на лекарственные растения, применяемые для лечения кыргызами [1]. Это еще раз подтверждает, что народная медицина кыргызов тесно переплетается с народной медициной стран Шелкового пути.

В 1871 г. Р. Пальм упоминал о 102 видах растений, которые не входили в фармакопеи государств Европы, но имели широкое применение в лечебной практике кыргызов, узбеков, казахов и других народностей. Некоторые из этих растений привозились из стран Востока.

Федченко Б.А. путем непосредственного наблюдения установил, что из 35 видов лекарственных растений, применяющиеся кыргызским народом, часть применялась в европейской медицине. Отдельные растения, применявшиеся в кыргызской народной медицине, являются популярными в народной медицине соседних республик. Например, зизифора, по данным А.Ф. Гаммерман, А.В. Виноградова, Х.Х. Халматова в

*И дали лекарство Чар дары
Казахскому баатыру Эр Кокчо
И открыл глаза он
А боли ушли и вовсе.*

народной медицине Средней Азии и Казахстана широко применялись как желудочное и сердечное средство.

К лекарственным растениям, имевшим применение в кыргызской народной медицине, относятся: эфедра хвощевая – чекенди, крапива двудомная – чалкан, аконит каракольский – уу коргошун, зайцегуб плоскоколючий – ак тикен, мята обыкновенная – жалбыз, белена черная – мендубана, подорожник большой – бака жалбырак и т.д.

В то же время установили, что ряд лекарственных растений, применявшихся в кыргызской народной медицине, не использовались другими народами. К ним относятся следующие лекарственные растения: эдельвейс бледножелтый – аркар оту, ферула каменная – миң жашар, гирчовник широколистный – кереч, родиола Семенова – чечендер, гармала обыкновенная – адрашман. Однако имелись и свои оригинальные методы приготовления лекарственных форм из лекарственных растений, их сушки и хранения, возникшие на основе этнографических и географических особенностей Кыргызстана.

Это находит подтверждение в строках эпоса «Манас», названного знаменитым писателем нашей эпохи Ч. Айтматовым «энциклопедией кыргызского народа», часто встречаются группы лекарств, куда входят эпические лекарства, которые принадлежат только кыргызам.

Заключение. В результате критического обзора литературных данных в ретроспективе определено, что традиционные методы лечения заболеваний, опыт народной медицины получили широкое распространение в Кыргызстане, особенно лечение средствами растительного происхождения. В эпосе «Манас» упоминаются рецепты, технология приготовления настоев, применение и хранение лекарственного растительного сырья.

Поэтому конечная цель научных исследований в области народной медицины кыргызов и других стран состоит в передаче полученных результатов профессиональным работникам здравоохранения, что влияет на эффективность обслуживания населения.

Литература

1. Бартольд, В.В. *Киргизы (исторический очерк)* / В.В. Бартольд. - Фрунзе, 1943. - 20 с.
2. Джамгерчинов, Б.Д. *Важный этап из истории киргизского народа* / Б.Д. Джамгерчинов. - Фрунзе, 1957. - С. 20-35.
3. Исаков, Ш.И. *Материалы к изучению лекарственных растений, применявшихся киргизским народом: автореф. дис. канд. мед. наук* / Ш.И. Исаков. - Ашхабад, 1969. - 29 с.
4. Дебеца, Г.Ф. *Труды киргизской археолого-этнографической экспедиции* / Г.Ф. Дебеца. - М.: изд. АН СССР, 1960. - 30 с.
5. Абрамзон, С.М. *Этнический состав киргизского населения северной Киргизии* / С.М. Абрамзон // *Труды киргизской археолого-этнографической экспедиции*. - М.: изд. АН СССР, 1960. - С. 15-20.
6. Валиханов, Ч.Ч. *Родоподразделения киргиз* / Ч. Валиханов. - Алма-Ата, 1985. - С. 287-345.
7. Гаврилов, М.Ф. *Манас. Современный аул Средней Азии* / М.Ф. Гаврилов. - Ташкент, 1927. - С. 40-45.
8. Румянцев, П.П. *Киргизский народ в прошлом и настоящем* / П.П. Румянцев. - СПб, 1910.
9. Виноградов, А.В. *Список лекарственных растений. Применяемых в народной медицине Средней Азии* / А.В. Виноградов // *Труды туркм. мед. Института*. - Ашхабад, 1950. - С. 338-347.
10. Кол жазмалар фонду. 402-573-инв.
11. Кол жазмалар фондусу, 5187-инв., 99-б.

СТУДЕНТ-МЕДИКТЕРГЕ КЫРГЫЗ ТИЛИ ӨТҮҮДӨГҮ ЛЕКСИКАЛЫК
КЭЭ БИР МАСЕЛЕЛЕР

Э.К. Абдырасулова

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

Корутунду. Кыргыз тилинин эртецкисине жана келечегине түздөн-түз тиешеси болгон келечек муундарыбызга тилди окутуу-үйрөтүү иш-аракетеринин маселелери каралды.

Негизги сөздөр: элдик медицина, тематикалык принцип, фразеологизм, маанилик-ассоциативдик принцип, лексико-грамматикалык принцип, этимологиялык аспект.

НЕКОТОРЫЕ ЛЕКСИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПО ПРОВЕДЕНИЮ УРОКОВ
КЫРГЫЗСКОГО ЯЗЫКА ДЛЯ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Э.К. Абдырасулова

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

Резюме. В статье рассматриваются вопросы обучения кыргызскому языку, непосредственно касающихся будущих поколений.

Ключевые слова: народная медицина, тематический принцип, фразеологизм, смыслово-ассоциативный принцип, лексико-грамматический принцип, этимологический аспект.

SOME LEXICAL PROBLEMS IN CONDUCTING LESSONS OF THE KYRGYZ LANGUAGE
FOR MEDICAL STUDENTS

E.K. Abdyrasulova

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

Resume. In article considered questions about teaching Kyrgyz language, directly concerning for future generation.

Keywords: ethnoscience, theme principle, phraseology, lexico-grammatikal principle, semantic-associative principle, ethimological aspect.

Тил сабагы – өзүнчө өзгөчөлүгү, өзүнчө кыйынчылыгы бар предмет. Ушул сабактан гана студенттер эл тилиндеги тыбыштар куралып келип, адамдарга сөз болуп жетип грамматикага түшүп, анан байланыш куралы катары кызмат кыларын түшүнүшөт. Адамдардын кеби, көңүл туйгулары да, эмгеги, күрөшү ушул тил менен гана жеткирилет. Студенттер тил менен гана башына уялап, көкүрөгүн тепкен ажайып сезимдерин кагаз бетине түшүрө алышат. Тил ар бир адамдын мээсине келүүчү ой-пикирдин өөрчүшүнө түрткү берет.

Студенттердин тилиндеги сөз байлыкты, учкул сөздөрдүн кенчин арбытуу үчүн төмөнкү иштерди кецири жүргүзсө, кыйла пайдалуу болор эле.

1. Сөздөрдү, учкул туюнтмаларды кецири үйрөтүүдө тематикалык принципти колдонуу. Бул принцип боюнча тилдеги сөздөрдү ар кандай тематикалык топторго бөлүп, улам курс жогорулаган сайын алардын көлөмүн кеситип, сан жа-

гынан арбытып үйрөтүү. Мисалы, а) дарылык касиети бар өсүмдүк аттары; адырашман (өзгөчө жыты бар, көп жылдык чөп өсүмдүгү), ак кодол (гүлү ак түстөгү көп жылдык чөп өсүмдүгү), ак куурай (терең тамырлуу, мөмөсү жаңгак сыяктуу көп жылдык өсүмдүк ж.б.); б) адамдын дене түзүлүшүндөгү сөөктөрдүн аттары: баш сөөгү, жаак, акырек, жан-баш ж.б.; в) элдик медицинада колдонуучу буюм-тайым аттары; шак-шак (кол-бут сыныгында таңылуучу жыгач) аштор (курч миздүү бычак), тинтүүр (хирургиялык аспап) г) ошону менен бирге сынды, белгини, сапатты касиетти ж.б. туюндурган сөздөр.

Ар бир текст, көнүгүүлөрдөгү сөздөрдү ушул сыяктуу сөздөрдүн тобуна бөлүп, атайын дептерге өзүнчө жаздырып, анан сөздөрдөн элдин сүйлөгөн сөзүнөн, ар кыл чыгармалардан, медицинага байланыштуу тексттерден тиешелүү материалдарды чогултуп жазып алууга көндүрө берсе, студенттин сөз байлыгы арбырында шек жок. Мында студент үч нерсе утат; а) текстти максат менен берилип окууга үйрөнөт б) тилге

болгон кызыкчылыгы күчөйт в) сөздөрдү тематикалык жактан классификациялап өздөштүрүүнүн жолуна өтөт. Анан ага ык алса, өмүр бою ал ар кыл сөздөрдү тынбай үйрөнө берет.

Ошол тематикалык принципти башка ыкка салууга мүмкүн. Мисалы, нейтралдык же жалпы элдик сөздөр; 1) жаса, сүйлө, кес, текшер, кара, ж.б. 2) тилге байланыштуу сөздөр: тематика, методика, текст, лексика ж.б. 3) кызматчы сөздөр: го, чейин, дейре, чакты ж.б.

Жогоркудай эле ыктарды фразеологизмдерди (соматикалык) үйрөткөндө да колдонсо болот. Мисалы: ак жүрөк (ак ниет, чынчыл, калыс), бети калың (уяты жок, тоготпогон, кайдыгер), колу ачык (берешен, эч нерсесин аябаган), жүрөгү оозуна тыгылуу (бир нерседен абдан коркуу).

Студенттердин сөз байлыгын өстүрүүдө бул сыяктанган ыктарды ар түрдүүлөнтүп колдонуу алардын кызыкчылыгын арттырууга, ар кандай шарттарга карата сөз таба билүүгө көнүктүрөт. Жогоркудай тематикалык бөлүнүштөрдү майдалап подтемага, же анын тескеринче, аларды ирилештирип топторго чогултуп, бутактатып байтеректей тамырлатып, тилдин да чоң турмушун үйрөтүүгө мүмкүн.

Медицинага байланыштуу сөздөр менен гана чектелбестен алалык: а) коомдук турмушка байланыштуу сөздөр деп ат коюп, буга карата: студенттик турмуш, музыка, живопись, маданият, спорт, өлкөбүздүн ички-тышкы турмушуу жөнүндөгү сөздөрдү чогултурса болот; б) жаратылыш жана адамдардын турмушуна байланышкан сөздөр деп ат коюп, буга: жергиликтүү элдерге тиешелүү лексиканы флора менен фаунага, тарыхка, географияга ж.б. таандык сөздөрдү чогултса болот.

Албетте, жогорку темалардагы иштерди бир мезгилде тегиз алып баруу оордук кылышы мүмкүн. Андай учурда ар бир теманы грамматикалык конкреттүү маселелерди талдоого карата колдонууга ылайык келет. Алсак, сын атооч жөнүндөгү теманы өткөн кезде сынга, сапатка, кулк-мүнөзгө ж.б. байланыштуу сөздөрдү топтотууга туура келет.

Тематикалык жактан сөздөрдү топтоп үйрөнүүнү грамматикалык-орфографиялык жумуштарга тыкыс байланыштыра жүргүзүп, улам жаңы сөздөрдү пайдалана билүүгө көнгөндөн кийин окшоштуктун ассоциациясы негизинде студенттердин эсине баягыдай сөздөр улам көбүрөөк топтоло берет.

2. Маанилик-ассоциативдик принцип. Бул принцип боюнча студенттер сөздөрдүн тобун үйрөнөт. Алсак, чеки деген сөздү алып, ал сөз башка кайсы сөздөр менен айкалыша турганын баамдоо (мисалы: чеки сөз, чеки иш). Ошол эле учурда анын курамындагы, мисалы, сөз деген сөз башка кайсы сөз менен айкалыша турганын билүү (сылык сөз, сенек сөз, орой сөз, улуу сөз...) Мында көп колдонулган сөздөрдү «өнүмдүү» деп атап (аны «ө» тамгасы менен белгилейли), бирде жыш, бирде сейрек колдонулган сөздөрдү «бейтарап» деп атап (аны «б» тамгасы менен белгилейли), өтө аз колдонулган сөздөрдү «солгун» атап (аны «с» тамгасы менен белгилейли) анан студенттердин сөз байлыгынын өсүшүн окумуштуу тилчилердин жолуна салып карасак, анда Ө-Б-С-Т деген формулага ээ болобуз. Ошондо студенттин сөз байлыгынын өсүшү Т-С-Б-Ө жолу менен өнүгөөрүн көрүүгө болот. Эгерде студенттин тил байлыгын арттыруудагы аракети бошондоп, алдыга карай өсүүсүн токтотсо, анда Ө-Б-С-Т жолу өкүм алып, эч кандай майнап чыкпайт. Ошондуктан тил предметинде студенттердин сөз байлыгын өстүрүүдө дайыма аныкталгыч жол, башкы орунда болуусу абзел.

Эгерде маанилик-ассоциативдик принцип сакталбаса жана анын ыгы толук өздөштүрүлбөсө, студент адепки үйрөнгөн сөздөрдүн катарын андан ары талыкпай уламак турсун, мурунку сапарынан четке чыгып, үйрөнгөндөрүн тез унутуп жибериши да ыктымал.

Маанилик-ассоциативдик принципти лексика-семантикалык сабактарда гана колдонбостон, синтаксистик байланыштарды, анын эркин жана чырмалыша келген түрлөрүн үйрөнгөндө да колдонулса, тилдин ички дүйүм-дүйнөсүн ачтарып, өзүнчө шагы ийилген мөмөсүн көрүүгө болот.

Кай бир учурда айрым студенттер маанилик-ассоциативдик жол менен айкалышып жасала турган сөздөрдү жаңылыш түшүнүп алса, ага карата белгилүү багыт берип, өз учурунда оңдоп туруу зарыл.

3. Лексико-грамматикалык принцип. Бул принцип сабактарда кеңири колдонулуп келе жаткан принциптердин бири. Тилчи окутуучуларга белгилүү болгондой бул принциптин үч компоненти бар: а) сөздөрдү, туюнтмаларды маанилик айтылышы, жазылышы жана грамматикалык жактан ирети менен улам арбытып үйрөнүү жагы; б) сөздөрдүн өзгөрүшүн грамматикалык ар түрдүүлүгүнө карай ши жүргүзүп, сүйлөөдө да, жазууда да практикалык жактан колдонууга багыт алуу жагы. Бул принципти сөз түркүмдөрүн, сөздөрдүн өзгөрүш жолдорун талдап үйрөнгөн кезде кеңири колдонууга болот.

Жеке адамдын эси тилдеги бүтүндөй бардык сөздөрдү сактай албайт. Ага табигый мүмкүнчүлүк берилген эмес. Бир мисал келтирели. Мисалы, орус тилиндеги 300-400 миңге жакын сөз бар делип болжолдуу айтылып жүрөт. Ал эми орус тилин укмуш билген, орус тилинин сөз берметтерин таңырката колдонгон А.С. Пушкиндин чыгармаларында бар болгону 20.000ге жакын сөз кезигери айтылып жүрөт. Тилчи илимпоздор жеке адам орто эсеп менен алты-сегиз миңдин тегерегинде гана сөз билерин белгилеп жүрүшөт. Ошентип, жеке адамдын эси канчалык мыкты болсо да, канчалык арчадай көгөрүп жаппашыл болуп турса да, баары бир анын сөздөрдү камтып калуудагы мүмкүнчүлүгү чектелүү [1, 2, 3].

4. Диагностикалык же себепти ачуу принциби. Бул принцип боюнча лексикалык каталардын анын көп варианттуулугунун себеби ачылат. Алсак, бир эле түшүнүктү түндүрүү үчүн бир эле тайпадагы студенттер бул же тигил сөздөрдү ар кандай колдонуу көп учурайт. Диалектикалык сөздөр: гөш-эт, тукум-жумуртка, уй-сыйыр ж.б.

Эне тилдин кубулуштарын үйрөтүүдө жергиликтүү тилдик фактыларды да кеңири пайдаланууга болот. Айталык, тилдин өнүгүшүнүн мыйзам ченемдүүлүгү, лексикалык кубулуштарынын коомдук турмушка тыкыс чырмалып келиши, маданий жана материалдык өзгөрүүгө карата бат өзгөрүп турушу, өндүү маселелер боюнча сөз жүрүп кетсе, анда жергиликтүү фактыларды багыт колдонууга болот.

Сөздөр маданий-тарыхый гана кабарларды бербестен, этикалык нормага байланышкан түшүнүктөн (окуган озор, окубаган тозор ж.б.), кептик үлгүдөн, этикадан (жакшы адам таап сүйлөйт, жаман адам каап сүйлөйт ж.б.) экспрессивдик-стилдик каражаттан, интонациядан ж.б. пландагы көрүнүштөрдөн кабар берет.

Студенттер тилдин бардык компоненттери менен толук таанышып, аларды өздөштүрүп, практикада тынымсыз колдоно билгенде гана аны коммуникативдик активдүүлүккө өтүү десек болот. Ошондо гана алар тилдин күчүнө түшүнүп, ага таңууланбастан, аны олуттуу үйрөнүүгө кызыгат.

Тил предметин үйрөнгөн кезде, анын лексикологияга байланыштуу темаларын, маселелерин өздөштүргөн кезде, башкача айтканда тематикалык системаны пайдалануу алда канча натыйжалуу болот. Бул ык андан ары үйрөнүүгө болгон сезимин ойготуп кызыгууну пайда кылышы ыктымал. Анткени тематикалык системаны колдон-

гондо таза лингвистикалык маалымат да кошо берилип, студенттин дүйнө таанымын билим деңгээлин кеңитет да, аракетке түртөт.

Сөздөрдү эң эле ар түрдүү темаларга бөлүп, үйрөтүүгө болот. Тиричилик байланыштуу сөздөр, көндүм ишке, жорукка, мүнөзгө байланышкан сөздөр. Ошондой эле сөздөрдү; транспортко, саясатка, ички-сезимге, ой-пикирге, тууганчылыкка ж.б. байланышкан сөздөр деп, бөлүштүрүп, аларды маанилик жактан, аздап болсо да тарыхый куралышы жагынан да кай бир этимологиялык аспектиден, лексико-грамматикалык көнүгүү жагынан да талдоого ык алдырса болот. Мында жалпыга тааныш болгон белгилүүдөн белгисизге, тааныш нерседен тааныш элек нерсеге, көрүнүшкө, кубулушка карай, улам жаңыны көздөй деген принцип колдонулат.

Студенттер сөздөрдүн экспрессиялык касиетин, башкача айтканда, көркөмдүк жактан окулушун, аныктыгын, маанилүүлүгүн, тактык-айкындыгын да даана түшүндүрүү зарыл. Ошону менен бирге алардын эмоцияналдуулугун, тез тасирдүүлүгүн, ошондой эле күчтүү сезим менен туюнтулуш касиетин да туйгуза билүү керек.

Тил сабагына байланыштуу лексикологиялык тапшырмаларды үй иши катары аткарууга да мүмкүн. Андан башка ийрим же дубал газетанын беттеринде «Бул кызык», «Сөз түйүндөрү», «Эске тутуп алгыла», деген өңдүү рубрика уюштуруп элдин турмушу, медицинадагы жаңылыктар, фразеологизмдер, учкул туюнтмалар ж.б. боюнча талкуу, тегерек стол, уюштуруу да кызык чыгат. Мисалы: жылдыз, ай айларынын аттары, алардын чыгышы, жыл мезгилдеринин, табигый кубулуштардын аталышы, алардын чыгышы, өсүмдүк аттары деген сыяктуу ж.б. аттарды коюп анан талкууну студенттердин арасында өткөрсө кызыктуу болор эле [4, 5, 6].

Бул өңдүү кадамдар студенттердин коомдук турмушка болгон кызыгуусун күчөтүп, эстен чыкпас нерселерди көңүлгө түйүп калууга жардам берет. Мындай иштерди эне тилдин ар кыл аспектиин бирге байланыштырып, бир жол менен үйрөнүүгө тыкыс багыттоого зарыл. Башкача айтканда, аларды стилдик каражат катары да, өлкөбүздүн турмушун тааныткыч маалымат булак катары да эсептеп, экстралингвистикалык жана лингвистикалык өзөктү бир жол менен алып барганда гана студенттер тил предмети боюнча кыйла билимге ээ болушар эле.

Адабияттар

1. Абдувалиев, И. Сөздүн теги: Этимология жана лексикография: Окуу куралы / И. Абдувалиев. - Бишкек, 2002. – 60-б.
2. Абдулдаев, Э. Азыркы кыргыз тили: Фонетика. Орфоэпия. Графика жана орфография. Лексикология жана фразеология / Э. Абдулдаев. – Бишкек: Кыргызстан, 1998. – 78-б.
3. Ахматов, Т. Жалпы тил илими: Окуу куралы / Т. Ахматов. - Бишкек, 1996.
4. Дыйканов, К. Кыргыз тилинин тарыхынан: Жогорку окуу жайлары үчүн / К. Дыйканов. - Бишкек: Мектеп, 1980.
5. Мукамбаев, Ж. Кыргыз тилинин диалектологиялык сөздүгү / Ж. Мукамбаев. - Фрунзе: Илим, 1972. - 1-том: 2 томдор.
6. Чыманов, Ж. Кыргыз тилин окутуунун теориясы жана практикасы / Ж. Чыманов. - Бишкек: Турар, 2009.

МЕДИЦИНАЛЫК ЭВФЕМИЗМДЕРДИ ОКУТУУНУН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Ж.А. Дүйшеналиева

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

Корутунду. Бул макалада медицинадагы эвфемизмдер каралды. Өз алдынча ишти уюштуруу, аны жетекчиликке алуу – бул ар бир окутуучунун жоопкерчиликти жана татаал иши.

Негизги сөздөр: эмоционалдык-психологиялык каражат, этикалык норма, контекст, көркөм сөздөр.

ОСОБЕННОСТИ В ОБУЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ ЭВФЕМИЗМОВ

Ж.А. Дүйшеналиева

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

Резюме. В этой статье представлены медицинские эвфемизмы. Организация самостоятельной работы – это ответственная деятельность для каждого преподавателя.

Ключевые слова: эмоционально-психологические средства, этическая норма, контекст, художественные слова.

FEATURE OF TEACHING OF MEDICAL EUPHEMISMS

J.A. Duishenalieva

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

Resume. In this article there are medical euphemisms. Self-study management is responsibility and activity of each teacher.

Key words: emotional and psychological tools, etnical standards, context, artistic expression.

Тил пикир алышуу куралы катары адамзат коомунда гана мүнөздүү көп кырдуу кубулуш. Ошону менен бирге, ар түрдүү улуттардын өкүлдөрү бири-бири менен байланыштырат, жакындаштырат. Өз ара мамилелерин чыңдоочу жана рухий нукура болуучу эмоционалдык-психологиялык каражат экендиги белгилүү. “Тил билсең, дил билесиң”, “Канча тил билсен, ошончо дил билесиң” – деген накыл кептер нечен кылымдарды карытып жашап келген турмуштук бай тажрыйбага эгедер акылман, нарктуу бабаларыбыздан калган. Эвфемизмдер элдин жашоо турмушу, ички маданияты менен тыгыз байланышта. Адамга орой, оор тие турган сөздөрдү жымсалдап туюндуруу – кыргыз элинин ички маданиятынын бир көрүнүшү.

Эвфемизмдин тарыхына көз жүгүртүп көрсөк, анын тээ алмустактан эле жаралганына күбө болобуз, б.а. ал – кылымдарды карытып келе жаткан кубулуш. Синонимдердин бир түрү – эвфемизм. Айтууга ыңгайсыз, оор тие турган, орой жана жагымсыз сөздөрдү башка сөздөр менен алмаштырып айтуу – эвфемизм деп аталат. *Мисалы:* өлдү-көз жумду, каза болду-оо дүйнөгө кетти, боюнда бар-кош бойлуу, кош кабат, ооруп калды-сыркоолоп калды, табы жок. Демек, эвфемизмдер коомдогу адамдардын жүрүш-

турушунан, этикалык нормалардан, сылыктыктан улам жаралып, көпчүлүгү нукура эвфемизмдер катары адабий тилибизден орун алса, айрымдары контексттик, индивидуалдык синонимдер катары белгилүү бир көркөм чыгармада гана жашап калат.

Эвфемизм – көркөм сөз каражаттарынын бири. Тилде канчалык эвфемизмдер көп болсо, элдин ички маданияты ошончо жогору деп эсептелет. Бул жагынан алганда көркөм чыгармаларда кыргыз элине кеңири тараган эвфемизмдик сөздөр менен катар индивидуалдуу контексттик эвфемизмдер да кеңири колдонуларын белгилей кетүү абзел. Буга Ч. Айтматовдун Гүлсаратындагы Чоронун каза болгонун сүрөттөөдө колдонулган тилдин жана контексттик эвфемизмдер күбө болот: Чордон түбөлүк ажырадык, көзү өтүп кетти, атандан айрылды, Чорону жоктоп ж.б. Ал эми А.Стаматовдун чыгармаларында эми баары бүттү. Ташка тийген аяпактай күм-жам болду. Баары жылас болду. Жаркынды кечээ жайына койдук. Албетте, өйдөдө келтирилген мисалдарда эле эвфемизмдер да синонимдер сыяктуу эле көркөм каражаттын бир булагы деген бүтүмгө келсе болот. Сөзүбүз далилдүү болуш үчүн элдик оозеки чыгармалардагы анын ичинде кыргыз

элинин энциклопедиясы болгон “Манас” эпосундагы ошондой эле башка көркөм чыгармалардан да көптөгөн эвфемизмдерди келтирсек болот.

Казы байлап бул өзү

Толгон экен иши да

Кытайдын алпы келбеген

Этегин эч ким ачпаган.

Эвфемизмдер көркөм чыгармаларда синонимдик түгөйлөр катары кеңири учурайт. Мындай эвфемизмдер жагымсыз көрүнүштүү белгилүү бир контекстте жымсалдап берүү менен эмоционалдык же образдуу маанилерди пайда кылат. Эвфемизмдер структуралык жактан сөз түрүндө да, фразеологизм түрүндө да учурайт жана алардын мааниси контекст аркылуу айкындалат. *Мисалы:* Ушинтип бул жолу да айта албадым. Бетин ачсам өзүнө да жакшы болбойт беле. Алимандын эти-башы ооруп калабы деп кадимшенип жүрдүм. Ч.Айтматов. Бул жерде автор пайдаланган фразеологизм тибиндеги бетин ачуу эти-башы ооруу (төрөп калабы?) деген эвфемизмдер мурдатан бири колдонулуп жүргөн сөз айкаштары болуп саналат. Муну менен катар авторлор тарабынан индивидуалдык (контексттик) эвфемизмдер да көп колдонулат. Мында жылмалоо, жумшартуу автордук синонимдик катары көбөйтөт. *Мисалы:* Жаман оору менен ооруп төшөктө жатып жан берди. Кээде орой, катуу айтып, адамдын көңүлүн сындырып албоо, адамды чоочутпоо далалаты адептүүлүктүн белгиси катары кыргыз элинде эчактан бери калыптангандыгына жана мындай традиция бүгүнкү күндө да улантылып өнүгүп жаткандыгына толук күбө боло алат. Бул жагынан алсак өлүмгө байланыштуу көптөгөн эвфемизмдер пайда болгондугун көрөбүз... Жер астына кетти, оо дүйнөгө сапар алды, төрөдү, көз жарды, рак, жаман оору, авария, кырсыктады, ооруу, сыркоолоп, сыздоок, аты жок, чечек, улуу тумоо. Тергөө сөздөрдүн пайда болгон социалдык гноссиологиялык жана психологиялык себептерге өбөлгө түзгөн. Мурда сөз менен нерсенин ортосунда тикеден-тике табигый байланыш бар деген ишеним күчтүү болгондугу белгилүү. Ал эми бул ишеним сөздү ал белгиленген нерсенин бир бөлүгү катары кароого туура келген. Ушундан улам адамдар корккон, ыйык туткан нерселерди, кубулуштардын аттарын атап койсок, алардын каарына калабыз деп, чочулашып тергеп айтууга аргасыз болушкан. Мындай тергөөгө оорулардын аттары учураган. *Мисалы:* кызамык-кызыл, чечек-жанагы суу чечек-жанагынын беркиси. Тергөө элдин коомдук социалдык абалы менен

тыгыз байланышта болот, ошондуктан ал көбүнчө оозеки чыгармаларда, эпостордо учурайт. Табу, эвфемизмдер сыяктуу синонимдик катарларды байытып, образдуулукту түзө албайт. Алар коркунучтуу же ыйык деген түшүнүк катары аяр мамиле жасоо мезгилине карайт же коркунуч өтүп кеткен учурга жараша пайдаланат.

Адамдын жаны жана кызыкчылык. Адамды адам кылган – адамдык денеси жана жаны. Биринчи денени, адам кайтыш болгондо жерге коёбуз. Экинчиси- жаны. Ошол жан менен дене кошулганда адам деп тушунөбүз. Жан сезим менен акылдан турат. Сезим-жүрөктө, акыл-башта. Биздин балдар азыр комузду уккусу, Калыгул, Арстанбекти окугусу жок. Биздин балдар бала бакчадан баштап европалык музыканы укса, орус тилинде ойлонсо, ошолордун каада- салтын үйрөнүп, мамилелерин өздөштүрсө, эне тилин жоготсо, кыргыздарда эмне калат? Ошентип, жаныбыз өзгөрүп жатат. Мээ менен жүрөктү бириктирген тил. Адам ойлонсо, сүйлөсө, кыйналса, ырда са тил аркылуу ишке ашат. Ушундан улам ыймандан алсырап бара жаткандайбыз. “Мен каада-салттарды урдум! Мага дүйнө керек” дегендер ыйманын жеп коюшкан. Ар бир адам жеке кызыкчылыгын, коомдук кызыкчылыгынан төмөн коюшу зарыл. Жеке кызыкчылыкты улуттук кызыкчылыкка баш ийдирип, бириктирмейинче биз оңоло албайбыз.

Мисалы: 1) Боюнда бар аялдарга жана төрөткө байланыштуу эвфемизмдер; кыргызда “бооз”, “тууду” деген сөздөр малга да адамга да карата колдонулган. Азыркы учурда аял затына карата орой жана уят учурайт. Ошондуктан ал сөздүн ордуна боюнда бар, кош бойлуу, кош кабат, төрөдү, көз жарды, боюнан бошонду деген эвфемизмдер колдонулат. Ал эми төрөбөгөн аялдарга карата согончогу канабаган аял, бала үнүн укпаган аял деп жумшартып айтышкан.

Мисалы: Келинди алып келгенде төрөбөгөн аялдар жоолук салган эмес.

2) үй-бүлө турмушунда жана аялзатына тиешелүү эвфемизмдер. Кыргыздар “катын алды”, “эрге тийди” дегендин ордуна үйлөндү, баш кошту, ак жоолуктуу болду, жолдошу, зайыбы, келинчеги, күйөөсү деп ж.б. сөздөр колдонушат.

Мисалы: Сүйүнчү эже, Орокчу акемдин уулу үйлөндү.

3) Айрым айтууга мүмкүн болбогон сөздөрдүн ордуна колдонулган эвфемизмдер. Айрым бир түз айтууга мүмкүн болбогон түшүнүк, нерсе, кыймыл-аракеттин кыргыздарда өз ара болгон

сөздөрдү эвфемизмдер аркылуу гана берүүгө болот.

Мисалы: Көзүнө чөп салды, төшөгүн тепседі, ала жипти аттады, аягы суюк, жолдон чыгып кетти ж.б.

4) өлүмгө тиешелүү эвфемизмдер кыргыз элинде “өлдү” деген сөздү адамга тике айтууга өтө оор жана жагымсыз угулат. Ошондуктан, бул түшүнүктү көбүнчө: көз жумду, каза болду, көзү өттү, чарчап калды, дүйнөдөн өттү ж.б. эвфемизмдер аркылуу да берилет.

Мисалы: Энем кыйналып жатып, оо дүйнөгө узады.

Көп чекиттин ордуна ылайыгына жараша эвфемизм сөздөрдү же тескерисинче сылык сөздөрдүн ордуна одоно сөздөрдү жайгаштыргыла. Макалдардын одоно сөздөрдүн колдонулушуна көңүл бургула жана өз алдынча 5 макал таап бергиле.

1. Улуу Ата Мекендик согушта кыргыз элинен канчалаган жоокерлер... болушкан.
2. Чынары сынып калса да, ... өсөөр ал тайып.
3. Кыз ... энесин коркутат.
4. ... алсаң, отун ал .
5. Койлуу ... куйрук жейт,.. токмок жейт.
6. Барчылыкка дегинсиген экилүү ...
Абысынын жекирип алды.
7. Калыстыгы жок бир... баарыбыздын бетибизге көө сыйпап жибергенине чыдабай адегенде аябай жинденди.
8. Маркум апамды ... үч жылга аяк басыптыр.
9. Көрдүңбү кичине бала ... кеткен адамдын керээзин угуу керек.

Сүйлөмдөрдү окуп чыгып эвфемизмдердин колдонулушуна көңүл бургула.

- 1) Адеп алган колуктусу жыл айланбай каза болду. Жаш бала кайра төшөк жаңыртыш үчүн колукту издеп чыккан кези (Т.Сыдыкбеков)
- 2) Сен ошентип жаздым болдуң, Жайнагым, кенжетайым жаш кеттин, элдин эсинде анча калган жоксун. (Ч. Айтматов)

Эвфемизмдерди катыштырып сүйлөм түзгүлө. Маанилерин чечмелеп бергиле.

Төрөдү//көз жарды, көзү өттү//оо дүйнөгө сапар алды.

Оозуна ак ит кирип, кара ит чыкты//урушчаак .

Бети ачыла элек кыз//турмушка чыгалек.

Жаман оору//рак ж.б. Сылтып баскан адам//буту ооруган адам.

Азиз киши//сокур.

Жок жерден көө сыйпоо//жалаа жабуу.

Апамды жашырдык//апамды койдук

Демек, эвфемизмдерди күнүмдүк турмушубузда кездештиребиз. Алар көркөм чыгармаларда түгөйлөр катары кеңири учурайт, структуралык жактан сөз түрүндө да учурайт жана алардын мааниси контекст аркылуу аныкталат. Биз эвфемизмдерди окуп үйрөнүүдө сөздүн күчүнө, кубатына маани беребиз. Канчалык көп колдонсок, элдин ички маданияты ошончолук жогору деп эсептелет.

Адабияттар

1. Абдулдаев, Э. Азыркы кыргыз тили: Фонетика. Орфоэпия / Э. Абдулдаев. - Бишкек: Кыргызстан, 1998. 49-50 б.
2. Исаков, Б. Азыркы кыргыз тили / Б. Исаков. – Бишкек, 2015. - 35-б.
3. Үсөналиева, С. Кыргыз тилинин синонимдер сөздүгү / С. Үсөналиева. – Бишкек, 2014. – Б. 69-70.
4. Өмүралиев, Б. Кыргыз тилинин синтаксисин окутуу / Б. Өмүралиев, З. Жумакунова. – Фрунзе, 1979. – Б. 64-70.