



ISSN 1694-6405

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

Ж А Р Ч Ы С Ы



В Е С Т Н И К

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

№1 2020

Бишкек

ҚММАнын ТИМНИ

Автору А. Зарифьян
Қырғызчалаған: А. Пазылов
Аранжировкачы Эмиль Эгенн



Қырғызстанда, Қырғызстанда,
Қанча жаңы оқуу жайда,
Дарыгерлер даярдалат
Дартқа издеген айла-арға.
Бирок ұзақ, ұзақ жолдо,
Биринчилик биздин қолдо
Билим, илим, тажрыйба,
Билет муну оңдо-солдо.



Қайрыма: Учса да убақыт қуштай сызып,
Улустун урғалдуу улан-қызы,
Унутпай учқан уябызды,
Утуру умтулабыз жүрөк ысып.
Дүйнөдө оқуу жай жоқ сенден өтөр,
Дүбүртүн, бай тарыхың андан бетер,
Ардақтау, нарқтау жана қадыр-барқтау,
Ар дайым алғалай бер, альма-матер!



Шутанаарда улуу соғуш,
Шүптөлүптүр қуттуу қонуш,
Оқутуға доқтурларды,
Ооқалыптыр мында чоң иш.
Ден соолугу қары-жаптың,
Дарыгерден дабаа тапты.
Ажал менен алтурушқан,
Ал қесиптин беделі артты.



Қайрыма: Учса да убақыт қуштай сызып...

Қоп жыл бою қонғон адат,
Институт деп аталат.
Академияға айланды анан,
Қаруусуна бүтүп қанат.
Эр Манастын турағында,
Эмгеги элдин қулағында,
Иса Ахунбаев ысмын алып,
Ийгилиги уланууда.



Қайрыма: Учса да убақыт қуштай сызып...

ISSN 1694-6405

ВЕСТНИК КГМА имени И.К. АХУНБАЕВА

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: drmmamatov@mail.ru

Редакционная коллегия:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакционный Совет:

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

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

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

Луи Лутан - проф., Университет Женевы (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

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

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

Чолпонбаев К.С. - д.фарм.н., проф., 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.

ISSN 1694-6405

И.К. АХУНБАЕВ атындагы КММАнын ЖАРЧЫСЫ

Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция министирлигинде каттоодон өткөн,
каттоо 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: drmammatov@mail.ru

Редакциялык жамаат:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Редакциялык Кеңеш:

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

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

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

Батыралиев Т.А. - м.и.д., профессор

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

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

Джумабеков А.Т. - м.и.д., профессор, КазУМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (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 министирлигине 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, Женева университети (Швейцария)

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

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

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

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

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

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

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

Усунбаев 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

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

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

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

Негиздөөчү

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:

Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.

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

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

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

ISSN 1694-6405

VESTNIK of KSMA named after I.K. AKHUNBAEV
Scientific Medical Journal

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

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

www.kgma.kg

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

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

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

Editorial Board:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial Council:

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

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)

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

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

Cholponbaev C.S. - dr.med. 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 Mongolian Association for Palliative Medicine (Mongolia)

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

Djumalieva G.A. - dr.med.sci., vice -rector in international relations and strategic development

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Founder

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address:

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA.

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

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

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

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

ВОПРОСЫ ФАРМАЦИИ

**Арыкбаева А.Б., Устенова Г.О., Шарипов К.О., Куатбай Э.Б.,
Омирзакова К.К.**

Макроскопическое и микроскопическое исследование лекарственного
растительного сырья Синеголовника плосколистного (лат. *Eryngium
planum L.*) 10

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Анварбекова Ы.А., Иманходжаев Д.А., Корниленко В.В.

Состояние физического развития студентов КГМА им. И.К.Ахунбаева,
занимающихся лечебной физкультурой..... 16

Сманова Дж.К., Алымкулов Р.Д., Тилекеева У.М., Саралинова Г.М.

Сравнительный анализ качества жизни больных эндемическим зобом
с сопутствующей функциональной диспепсией при разных способах
использования калия йодида..... 20

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Абдыкадыров Т.А.

Особенности диагностики и консервативного лечения осложнений синдрома
портальной гипертензии (литературный обзор) 25

Оморов Р.А., Айтикеев А.У.

Лапароскопическая холецистэктомия в лечении больных острым калькулезным
холециститом и меры профилактики осложнений 35

Оморов Р.А., Мусаев У.С., Токтосунов А.С., Талантбеков А.Т.

Лечение острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого
возраста в условиях полиморбидности..... 41

**Сопуев А.А., Мамбетов А.К., Мурзакалыков К.И., Ормонов М.К.,
Салибаев О.А., Талипов Н.О.**

Лечебно-диагностические аспекты заворота сигмовидной кишки..... 48

Хахимов М.К., Искаков М.Б.

Динамика онкологических заболеваний в группах радиационного риска
пострадавшего населения Восточно-Казахстанской области..... 59

Назаров Н.Н., Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Бекнозаров З.Ж.

Пороки ротации и фиксации толстой кишки у детей, симулирующие острый аппендицит 73

Омурбеков Т.О. Назаралиев М.С.

Комплексная лучевая диагностика у детей с гидроцефалией 80

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ**Эргешов С.М., Усенова Н.У.**

Применение электрофореза мумиесодержащим препаратом в комплексном лечении хронического верхушечного периодонтита 85

ТРАДИЦИОННАЯ МЕДИЦИНА**Акылбекова А.А.**

Польза колыбельных песен для здоровья ребенка 90

РАЗНОЕ**Айдаралиев А.А.**

Мифы об Афганской угрозе для Центральной Азии 94

ФАРМАЦИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

**Арыкбаева А.Б., Устенова Г.О., Шарипов К.О., Куатбай Э.Б.,
Омирзакова К.К.**

Жалпак жалбырактуу синеголовниктин (лат. *Eryngium planum* L.) дарылуу чийки затынын макроскопия жана микроскопиялык изилдөөсү 10

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Анварбекова Ы.А., Иманходжаев Д.А., Корниленко В.В.

И.К. Ахунбаев атындагы КММА студентеринин дарылоо дене-тарбия менен алектенген атайын медициналык топтордун физикалык абалы..... 16

Сманова Дж.К., Алымкулов Р.Д., Тилекеева У.М., Саралинова Г.М.

Калий йодидди түрдүү ыкмалар аркылуу колдонууда функционалдык диспепсия менен коштолгон эндемикалык боготон жабыркаган оорулуунун жашоо сапатынын салыштырмалуу анализи..... 20

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Абдыкадыров Т.А.

Порталдык гипертензия синдромунун кабылдоолорунун диагностикасынын жана консервативдүү дарылоо ыкмаларынын өзгөчөлүктөрү..... 25

Оморов Р.А., Айткеев А.У.

Өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусун лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы менен дарылоо жана сезгенүүлөрүн алдын алуу иш чаралары 35

Оморов Р.А., Мусаев У.С., Токтосунов А.С., Талантбеков А.Т.

Кары жана улгайган жаштагы бейтаптарды полиморбидникалык шарттарда курчмүнөздөгү абдоминалдык патологияны дарылоо..... 41

**Сопуев А.А., Мамбетов А.К., Мурзакалыков К.И., Ормонов М.К.,
Салибаев О.А., Талипов Н.О.**

Сигма сымал ичегинин толгонушунун дарылоо-диагностикалык аспектери..... 50

Хакимов М.К., Искаков М.Б.

Зыян тарткан калкынын саны Чыгыш-Казакстан облусунун нурлануу тобокелдик топтордо онкологиялык оорулар динамикасы 59

Назаров Н.Н., Эргашев Н.Ш., Хуррамов Ф.М., Бекнозаров З.Ж.

Сокур ичегинин курч кармаган сезгенишин симуляциялоочу, балдардын жоон ичегисинин буралуу жана жайгашуу кемтиктери..... 73

Омурбеков Т.О. Назаралиев М.С.

Балдардын гидроцефалия ооруусун толук нур усулдары аркылуу аныктоо 80

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ**Эргешов С.М., Усенова Н.У.**

Мумие кошулган дарысын өнөкөт апикалдык периодонтитте комплекстик дарылоодо электрофорез менен колдонуу 85

САЛТТЫК МЕДИЦИНА**Акылбекова А.А.**

Бешик ырынын наристенин ден соолугуна тийгизген пайдасы..... 90

ЖАЛПЫ ИЛИМИЙ МАКАЛАЛАРЫ**Айдаралиев А.А.**

Орто Азияга Авгандык коркунучтар тууралуу мифтер 94

PHARMACY PROBLEMS

**Arykbayeva A.B., Ustenova G.O., Sharipov K.O., Kuatbai E.B.,
Omirzakova K.K.**

Macroscopic and microscopic research of medicinal plant raw *Eryngium
planum* l. 10

INTERNAL MEDICINE

Anvarbekova Y.A., Imanhodzhaev D.A., Kornilenko V.V.

State of physical development of students of KSMA named after I.K. Akhunbaev
engaged in exercise therapy 16

Smanova J.K., Alymkulov R.D., Tilekeeva U.M., Saralinova G.M.

The quality of life of patients with endemic goiter with accompanying functional
dyspepsia with different ways of using of potassium iodide 21

QUESTIONS OF SURGERY

Abdykadyrov T.A.

Features of diagnosing and conservative treatment of the portal hypertension
syndrome complications (literature review) 26

Omorov R.A., Aitikeev A.U.

Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of patients with acute calculous
cholecystitis and measures to prevent complications 36

Omorov R.A., Musaev U.S., Toktosunov A.S., Talantbekov A.T.

Treatment of acute abdominal pathology in elderly and senile patients in conditions
of polymorbidity 42

**Sopuev A.A., Mambetov A.K., Murzakalikov K.I., Ormonov M.K.,
Salibaev O.A., Talipov N.O.**

Treatment and diagnostic aspects of sigmoid volvulus 49

Khakimov M.K., Iskakov M.B.

Dynamics of oncological diseases in the radiation risk groups of the affected
population of the East-Kazakhstan region 59

Nazarov N.N., Ergashev N.Sh., Khurramov F.M., Beknozarov Z.Zh. Malfunctions of rotation and fixation of the colon in children simulating acute appendicitis	73
--	----

Omurbekov T.O., Nazaraliev M.S. Complex radiodiagnostic in children with hydrocephalus.....	80
---	----

QUESTIONS OF DENTISTRY

Ergeshov S.M., Usenova N.U. Application of electrophoresis by mumi-containing medicine in the complex treatment of chronic apical periodontitis	85
--	----

TRADITIONAL MEDICINE

Akylbekova A.A. The benefits of lullaby for child's health	90
--	----

OTHER ISSUES

Aydaraliev A.A. Myths about the Afghan threat to Central Asia.....	94
--	----

УДК 615.32:582.89

**МАКРОСКОПИЧЕСКОЕ И МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО
СЫРЬЯ СИНЕГОЛОВНИКА ПЛОСКОЛИСТНОГО
(ЛАТ. *ERYNGIUM PLANUM L.*)**

**А.Б. Арыкбаева, Г.О. Устенова, К.О. Шарипов,
Э.Б. Куатбай, К.К. Омирзакова**

Акционерное Общество «Национальный Медицинский Университет»
(ректор АО «НМУ» – д.м.н., проф. Нургожин Т.С.)

Объектом исследования является надземная часть *Eryngium planum L.* Синеголовник плосколистный – многолетние травянистые растения семейства Зонтичные (Apiaceae).

Микроскопическое исследование растений рода *Eryngium planum L.* проводилась согласно методике. Фиксацию проводили в 70% спирте по методике Страсбурге-Флеминга (спирт, глицерин, вода 1:1:1).

Представленные исследования макроскопических и микроскопических признаков необходимые для идентификации лекарственного сырья *Eryngium planum L.* Морфологические признаки, как качественные, так и количественные, по большей части находятся в соответствии с литературными данными.

Ключевые слова: синеголовник плосколистный, микроскопическое исследование, макроскопическое исследование, стебли, листья, цветки.

**MACROSCOPIC AND MICROSCOPIC RESEARCH OF
MEDICINAL PLANT RAW *ERYNGIUM PLANUM L.***

**A.B. Arykbayeva, G.O. Ustenova, K.O. Sharipov, E.B. Kuatbai,
K.K. Omirzakova**

Joint Stock Company «National Medical University»
(rector – Doctor of Medical Sciences, prof. Nurgozhin T.S.)

The object of the study is aboveground part of *Eryngium planum L.*

Eryngium planum L. – perennial herbaceous plants of family Apiaceae (Celery).

Microscopic study plants of the genus *Eryngium planum L.* was carried out according to methodological guidelines. Fixation was carried out in 70% ethanol by the method of Strasbourg-Fleming (ethyl spirit, glycerol, water 1: 1: 1).

The studies of macroscopic and microscopic features are necessary for identification of medicinal raw materials *Eryngium planum L.* Morphological features, as qualitative and quantitative, are most part in accordance to literary data.

Key words: *Eryngium planum L.*, microscopic study, macroscopic study, stems, leaves, flowers.

Введение. Поиск новых лекарственных растений среди видов флоры Республики Казахстан, широко используемых в народной медицине, является одной из важных задач современной фармацевтической науки и практики [1].

В качестве перспективных источников биологически активных веществ природного происхождения привлекают внимание представители отечественной флоры из семейства Зонтичные (Apiaceae), рода синеголовника *Eryngium* L., в частности, синеголовник плосколистный (*Eryngium planum* L.), как потенциальный источник сырья для получения фитопрепаратов [2].

Род *Eryngium planum* L. – синеголовник плосколистный – многолетние травянистые растения, имеет стержневую корневую систему, простые (цельные или расчленённые) листья, стебель колючее, прямостоячий ветвистый до 60 – 90 см высотой. Растет синеголовник плосколистный в степях северного Казахстана, в горах Джунгарского и Зайлийского Алатау. Произрастает на пастбищах, залежах, по окраинам полей, на опушках лесов, иногда как сорные растения [1,2].

Синеголовник плосколистный в официальной медицине не используется. В народной медицине препараты из синеголовника плосколистного используют при различных кожных заболеваниях и атрофии десен. Его применяют в качестве спазмолитического, противовоспалительного, отхаркивающего, болеутоляющего и успокаивающего средства [2,3,4].

Цель работы. Изучение макроскопических и микроскопических при-

знаков лекарственного растительного сырья синеголовника плосколистного (*Eryngium planum* L.) для стандартизации.

Материал и методы

Объект исследования является надземная часть *Eryngium planum* L., собранного на территории Энбекшинского района Алматинской области Республики Казахстан.

Микроскопическое исследование растений рода *Eryngium planum* L. проводилась согласно методическим указаниям Барыкина Р.П. [5], Прозиной М.Н. [6,7]. Фиксацию проводили в 70% спирте по методике Страсбург-Флеминга (спирт, глицерин, вода 1:1:1).

Морфолого-анатомическое исследование осуществляли с использованием бинокулярного микроскопа МС-300 (комплектация TS), видеокамера САРМ 400, А-1120 Vienna, Austria. Полученные снимки обрабатывали в программе «Photoshop 6,0».

Микроскопические препараты готовили от руки и с помощью микротомас замораживающим устройством ТОС-2 (Bigwatter 770), срезы заключали в глицерин и бальзам накрывали покровным стеклом, просматривали с обеих сторон под микроскопом при малом (x180) увеличении с помощью микроскопа МС-300 (комплектация TS), используя стандартную технику исследования лекарственного растительного сырья.

Результаты исследования

С помощью микроскопического анализа изучали анатомическое строение растения, а макроскопический анализ проводили с целью установления размера, цвета, запаха, вкуса лекарствен-

ного растительного сырья *Eryngium planum* L.

Макроскопические признаки стебля. Высота растения 30 см. Стебель прямой, голый, синеватого цвета, наверху ветвистый, высотой до полуметра. Стебли го-

лые округлые, гладкие или слабо бороздчатые, сплошные, жесткие, диаметром 0,2-12 мм, в верхней части ветвятся на 3-5 ветвей. В нижней части стебли серовато-зеленые, в верхней - лиловато-голубоватые или сиреневатые (рис.1).



Рис. 1. Синеголовник плосколистный в природе.



Рис. 2. Макроскопические особенности синеголовника плосколистного:

1. вегетативная часть – стебель;
2. вегетативная часть – листья;
3. вегетативная часть – цветоносы.

Макроскопические признаки листа. Листья тонкие, прикорневые на желобчатых черешках, собранные в розетку, пластинка их яйцевидная, в основании сердцевидная, зубчатая. Зубцы с острием на вершине, нижние стеблевые листья такой же формы, но сидячие, верхние почти до основания пальчато-расчеченные на 5 ланцетовидных колюче зубчатых долей (рис. 2). В средней части стебля — неяснолопастные, на коротких черешках. В верхней части сте-

бля листья сидячие, пальчатораздельные с 3—5 долями.

Макроскопические признаки цветков. Цветки с голубыми или синими лепестками собраны в плотные яйцевидные головки длиной до 2 см. Листочки обвёртки, прицветники и чашелистики ланцетовидные, с остистыми зубцами (рис. 2). Листочки обвёртки по длине равны цветочным головкам или даже длиннее.

Микроскопия листовой пластинки. Покровная ткань листовой пластинки

Eryngium planum L. представлена одним слоем округлых эпидермальных клеток, плотно сомкнутых между собой и не имеющих межклеточных пространств (рис. 3). Клетки верхней и нижней эпидермы различаются незначительно: размер нижнего эпидермиса меньше. Толщина верхнего эпидермиса $3,68 \pm 1,4$ мкм. Толщина нижнего эпидермиса $2,99 \pm 0,22$ мкм. Эпидерма состоит из

основных клеток, замыкающих клеток устьиц и около устьичных клеток. Устьица находятся на нижней поверхности листовой пластинки *Eryngium planum* L. Снаружи клетки эпидермы покрыты тонким слоем кутикулы. Верхний и нижний эпидермальный слой не имеют трихомы. Клетки гиподермы в комплексе с эпидермальным слоем выполняют защитную функцию.

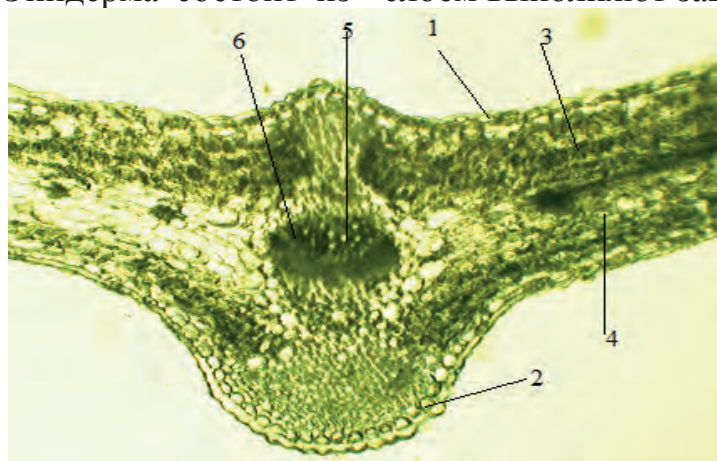


Рис. 3. Микроскопическое строение листовой пластинки *Eryngium planum* L.:

1-верхний эпидермис, 2-нижний эпидермис, 3 – палисадный мезофилл, 4-губчатый мезофилл, 5- ксилема, 6- флоэма

Между двумя слоями эпидермы находится мезофилл, составляющая основную массу листа. Средняя часть листовой пластинки заполнена клетками губчатого мезофилла, между которыми располагаются межклетники. Толщина столбчатого мезофилла $7,4 \pm 1,2$ мкм. Толщина губчатого мезофилла $9,1 \pm 3,1$ мкм. Губчатая ткань дорзовентральных листьев примыкает к нижней стороне листа и состоит не из вытянутых, а изодиаметрических, рыхло расположенных клеток. Между ними большие межклетники, соединенные с устьицами. Мезофилл выполняет роль водозапасающей ткани, поскольку состоит из

крупных тонкостенных клеток различного размера: как правило, величина клеток возрастает по мере удаления от эпидермы.

Проводящие пучки погружены в мезофилл и имеют механическую обкладку, образованную из склеренхимных клеток (рис. 3). Диаметр проводящего пучка $52,4 \pm 5,1$ мкм. Для листовых пластинок *Eryngium planum* L. характерны закрытые коллатеральные проводящие пучки, состоящие из флоэмы и ксилемы, между которыми отсутствует слой камбиальных клеток.

Микроскопия стебля. Стебель на поперечном сечении округлой формы,

имеет первичное строение. Эпидермальные клетки однородные, на парадермальных срезах линейные. Наружные стенки клетки эпидермиса утолщены. Под эпидермой расположены клетки первичной коры. Первичная кора состоит из 3 слоев рядов паренхимных клеток (рис. 4). Толщина первичной коры $13,4 \pm 1,8$ мкм. Строение

центрального цилиндра стебля безпучковое, проводящие пучки расположены по кругу. Диаметр проводящего пучка $78,12 \pm 5,7$ мкм. Флоэмная часть пучка развита хорошо, между клетками ксилемных сосудов развиты тяжи склеренхимы. Проводящие пучки встречаются в числе 11-12. Площадь ксилемных сосудов $9,6 \pm 3,4$ мкм.

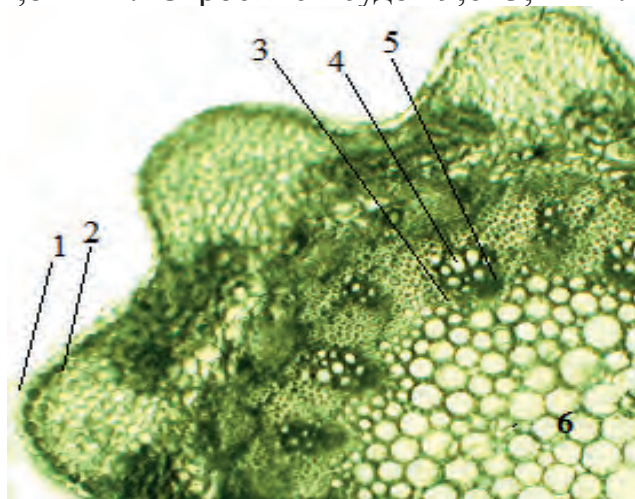


Рис. 4. Микроскопическое строение стебля:
1-эпидермис, 2-кора, 3-склеренхима, 4- ксилема, 5- флоэма,
6-паренхимные сердцевинные

Сердцевинная паренхима состоит из тонкостенных круглых, овальных паренхимных клеток. Диаметр сердцевинной паренхимы $18,1 \pm 5,5$ мкм. Паренхима центрального цилиндра составляет до 12 рядов клеток.

Заключение

В ходе исследования морфолого-анатомических особенностей надземной части было установлено, что покровная ткань листовой пластинки *Eryngium planum* L. представлена одним слоем округлых эпидермальных клеток, плотно сомкнутых между собой и не имеющих межклеточных пространств. Клетки верхней и нижней эпидермы различаются незначительно: по разме-

ру нижний эпидермис меньше. Структура листа – достаточно надежная для диагностических признаков и оценки взаимоотношений растений и среды.

Стебель на поперечном сечении округлой формы, имеет первичное строение. Эпидермальные клетки однородные, на парадермальных срезах линейные. Наружные стенки клетки эпидермиса утолщены.

Таким образом, морфологические признаки, как качественные, так и количественные, по большей части находятся в соответствии с литературными данными.

Представленные результаты исследования макроскопических и микроскопи-

ческих признаков будут использованы для стандартизации лекарственного сырья *Eryngium planum L.*

Литература

1. Грудзинская Л.М. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана, том 20 (1) / Л.М. Грудзинская, Н.Г. Гемеджиева, Н.В. Нелина, Ж.Ж. Каржаубекова// Справочное издание. – Алматы, 2014. – 200 с.
2. Щербакова Е.А. Морфологические и анатомические диагностические признаки синеголовника кавказского и синеголовника плосколистного / Е.А. Щербакова, Д.А. Коновалов, Л.М. Елисеева// Международный научно-исследовательский журнал. – 2016. -№ 7 (49), Часть 3. – С. 129-131.
3. Шевырева Н. Неувядающая красота синеголовников/ Н.Шевырева // В Мире Растений. – 2008.– №10. – С. 7.
4. Губанов И. А. Синеголовник плосколистный / И.А. Губанов и др. // Иллюстрированный определитель растений Средней России — М.: Т-во науч. изд. КМК, Институт технолог. исследований. – 2003. – С.200.
5. Барыкина Р.П. Справочник по ботанической микротехнике. Основы и методы./ Р.П.Барыкина// Московского университета. – 2004. –С. 312.
6. Долгова А.А. Руководство к практическим занятиям по фармакогнозии / А.А. Долгова, Е.Я. Ладыгина// М.: Медицина. – 2003. – С.426.
7. Каирова М.Ж. Анатомо-морфологические особенности растений *Fritillaria verticill atawilld.*, произрастающих на территории Юго-Восточного Казахстана / М.Ж. Каирова, Г.К. Бижанова, Г.У. Дюскалиева, О.К. Абдрахманов// Вестник–Павлодарского государственного университета. Серия химико-биологическая. – 2010. -№ 3.– С.149-155.

СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ КГМА ИМ. И.К.АХУНБАЕВА, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРОЙ

Ы.А. Анварбекова, Д.А. Иманходжаев, В.В. Корниленко

КГМА им. И.К. Ахунбаева
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В исследовании участвовало всего – 60 студентов. Из них 30 студентов, занимающихся в основной группе, а также 30 студентов, относящихся к специальной медицинской группе (СМГ). Исследования показали достоверную положительную динамику развития физических качеств, и увеличения физической работоспособности у студентов, занимающимися в группе СМГ.

Ключевые слова: студенты, специальная медицинская группа, лечебная физкультура, антропометрия, динамометрия.

И.К. АХУНБАЕВ АТЫНДАГЫ КММА СТУДЕНТЕРИНИН ДАРЫЛОО ДЕНЕ-ТАРБИЯ МЕНЕН АЛЕКТЕНГЕН АТАЙЫН МЕДИЦИНАЛЫК ТОПТОРДУН ФИЗИКАЛЫК АБАЛЫ

Ы.А. Анварбекова, Д.А. Иманходжаев, В.В. Корниленко

И.К. Ахунбаев атындагы КММАсы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөлөрдө бардыгы болуп 60 студент катышты Алардын ичинен 30 студенттер дене тарбия сабагындагы негизги топтор, ошондой эле 30 студенттер атайын медициналык топтор. Изилдөөнүн натыйжасында атайын медициналык топтордо физикалык сапаттарын өнүктүрүүнүн оң динамикасы жана иштөө жөндөмдүүлүгү бир кыйла жогорлогону байкалат.

Негизги сөздөр: студенттер, атайын медициналык топтор, дарылоо дене-тарбия, антропометрия, динамометрия, спирометрия.

STATE OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF STUDENTS OF KSMA NAMED AFTER I.K. AKHUNBAEV ENGAGED IN EXERCISE THERAPY

Y.A. Anvarbekova, D.A. Imanhodzhaev, V.V. Kornilenko

KSMA named after I.K. Akhunbaev
Bishkek the Kyrgyz Republic

Summary. This study involved only-60 students. Of these, 30 students enrolled in the study group, as well as 30 students belonging to special medical group. Studies

have shown about reliable positive dynamics of the physical qualities and increase physical performance among students working in a group SMG.

Keywords: students, special medical group, physical therapy, anthropometry, dynamometry, spirometry.

Введение. Ежегодно увеличивается число студентов, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе. Для студенчества характерно воздействие комплекса факторов, вызывающих напряжение приспособленных, психических и физиологических механизмов, что приводит к возникновению заболеваний [1].

Как правило, у них, из-за длительного щадящего режима до поступления в вуз, наблюдается слабое развитие основных двигательных качеств, что влечет за собой снижение физической работоспособности.

Оздоровительная направленность системы физического воспитания. представляет собой тесную связь физической культуры и спорта с медицинской наукой, а также предопределяет особую обязательность врачебного контроля за занимающимися физической культурой студентами, отнесенных к специальной медицинской группе. Таким образом, укрепление здоровья студентов, а также профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни на сегодняшний день являются важной задачей, которая решается с помощью лечебной физической культуры (далее — ЛФК). Известно, что физические упражнения оказывают на организм тонизирующее (стимулирующее), трофическое, компенсаторное и нормализующее действие [2].

Только при систематическом, строгом и научно обоснованном врачеб-

но-педагогическом контроле физическое воспитание становится эффективным средством сохранения и укрепления здоровья студентов, улучшения их физического развития. Занятия физическими упражнениями могут достигать правильного оздоровительного эффекта тогда, когда достаточен объем и интенсивность физических нагрузок, которые получает студент на занятиях в СМГ под контролем врачебно-педагогического состава [3].

Эффективность физического воспитания в СМГ зависит от систематических занятий, адекватности нагрузок, сочетания физических нагрузок с закаливанием, диетой и другими [4].

Целью настоящего исследования явилось изучить эффективность влияния лечебной физической культуры на показатели физического развития занимающихся в специальной медицинской группе.

Материал и методы исследования

В обследовании задействованы студенты КГМА им. И.К. Ахунбаева, занимающиеся физвоспитанием, прошедшие медосмотр на 1 курсе, по итогам которого были распределены в СМГ и основную группу.

Под наблюдением находились 30 студентов относящиеся по состоянию здоровья в группу СМГ. Контрольную группу составили 30 человек студенты из основной группы. Возраст исследуемых 18 – 19 лет. Весь обследованный контингент был женского пола.

Данное обследование проходило в процессе учебных занятий по физвоспитанию, а также на базе кафедры клинической реабилитологии и физиотерапии.

Методы исследования

1. Измерение антропометрических показателей (рост, масса тела, окружность груди, окружность конечностей тела (верхняя часть руки максимальная в объеме, и обхват бедра в максимальном объеме)

2. Оценка функциональных показателей - спирометрия (ЖЕЛ) и динамометрия.

Данные методы широко используют для определения физического развития лиц, занимающихся физкультурой и спортом.

Результаты исследования и их обсуждение

Обработка статических данных проводилась при помощи компьютерных программ вариационной статистики.

Таблица 1 - Антропометрические показатели в исследуемых группах

Антропометрические показатели	СМГ до ЛФК (М±m)	СМГ после ЛФК через 2 года (М±m)	Исходные данные основной групп (М±m)	Основная контр группа через 2года (М±m)
Вес (кг)	53,1±1,6	55,9 ±1,9	53,3±1,3	55,6±1,4
Рост см)	162,7±1,6	165,4 ±1,3	163±1,6	164,6±1,2
Окружность грудной клетки (см)	82,2 ±10,2	87,9±10,03*	84,3±10,4	88,1±10,3
Окружность конечностей правая рука(см)	22,4±2,9	26,7±0,05*	26,4±2,5	27,2±0,02
Окружность конечностей левая рука (см)	21,4±0,6	25,9±3,2*	26,1±0,6	26,8±0,8
Окружность конечностей правая нога (см)	48,2±1,3	54,7±0,03*	47,9±0,8	53,9±0,9
Окружность конечностей левая нога (см)	45,2±0,9	49,4±0,07*	50,2±0,8	52,7±1,7

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

Как видно из приведенной таблицы масса-ростовые показатели в группе СМГ до и после реабилитационных мероприятий методом ЛФК имеют тенденцию к увеличению, но статических не достоверны. Окружность грудной клетки до реабилитации была 82,2 см, а через 2 года составила 87,9 см, что ста-

тистически является достоверным. Аналогично статически достоверными оказались показатели окружности верхних и нижних конечностей до и после реабилитационных мероприятий $p < 0,05$. Следует отметить, что антропометрические показатели после курса ЛФК у студентов в группе СМГ приближаются

к показателям в основной группе. Это физическое развития у студентов занимающихся в группе СМГ.

Таблица 2 - Функциональные показатели дыхательной системы
(ЖЕЛ норма жен 2500-3500 мл)

Функциональные показатели дыхательной системы	СМГ до ЛФК (M±m)	СМГ через 2 года после ЛФК (M±m)	Исходные данные основной групп (M±m)	Основная контр группа через 2 года (M±m)
Данные спирометрии (мл)	2200±10,6	3300±20,4*	2400±10,06	4600±20,09*

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

В таблице 2 представлены сравнительные данные ЖЕЛ у студентов СМГ до применения ЛФК 2200±0,06 и 3,300±0,04* через 2 года после ЛФК.

Как мы видим есть достоверное увеличение ЖЕЛ у студентов испытуемой группы, показатели приближаются к данным контрольной группы.

Таблица 3 - Физическое состояние мышечной системы (норма жен 25-33)

Физическое состояние мышечной системы	СМГ до ЛФК (M±m)	СМГ через 2 года после ЛФК (M±m)	Исходные данные основной групп (M±m)	Основная контр группа через 2 года (M±m)
Динамометрия правая рука	24,3±0,71	34,7±0,04*	28,5±1,3	36,8±0,02*
Динамометрия левая рука	22,2 ±0,69	32,1±0,81*	26,8±0,9	36,8±0,02*

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

Как видно из таблицы данные по становой силе, тоже имеются различия. Так, сравнивая показатели динамометрии в группе СМГ до ЛФК и через 2 года после ЛФК показатели увеличились на 8,4 кг – правая рука и на 6,9 – левая рука, это свидетельствует о положительной динамике.

Подводя итоги следует признать, что на студентов с отклонениями в здоровье, ЛФК оказывают реабилитирующий эффект что проявляется в достоверном улучшении показателей физического развития.

Литература

1. Епифанова В.А., Апанасенко Г.Л. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник. М., Медицина, 2009. 568 с.
2. Старовойтова, Т.Е. Самостоятельные занятия физической культурой для студентов специальной медицинской группы: метод. рекомендации// Т.Е.Старовойтова, О.В.Савицкая. —Могилев : МГУ им. А. А. Кулешова, 2003. —42 с.
3. Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М. Врачебный контроль и основы лечебной физкультуры (уч пос.). – Бишкек, 2012.-125 с.
4. Старовойтова, Т.Е. Физическая культура: учеб.-метод. комплекс //Т.Е. Старовойтова, Т.В. Мискевич, М.Н. Радькова. - Могилев: МГУ им. А.А. Кулешова, 2011.—108 с.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ЭНДЕМИЧЕСКИМ ЗОБОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ ПРИ РАЗНЫХ СПОСОБАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КАЛИЯ ЙОДИДА

Дж.К. Сманова ¹, Р.Д. Алымкулов ¹, У.М. Тилекеева ², Г.М. Саралинова ³
Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,

¹кафедра клинической реабилитологии и физиотерапии,

²кафедра клинической и базисной фармакологии,

³Кыргызско-Российский Славянский университет,
кафедра медицинской реабилитации им. Д.А. Алымкулова,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Качество жизни больных эндемическим зобом с сопутствующей функциональной диспепсией при использовании калия йодида зависит от способа его введения и снижается через 6 месяцев при его непрерывном приеме перорально. В ходе проспективного динамического когортного исследования были выявлены изменения шкалы интенсивности боли за счет нарастающего дискомфорта и болевого симптома в эпигастральной области. Учитывая принцип индивидуального подхода к больному, методика трансдермального введения калия йодида является прямым показанием для лечения эндемического зоба в случаях сочетания с функциональной диспепсией.

Ключевые слова: эндемический зоб, функциональная диспепсия, качество жизни, пероральный прием калия йодида, трансдермальный электрофорез.

КАЛИЙ ЙОДИДДИ ТҮРДҮҮ ЫКМАЛАР АРКЫЛУУ КОЛДОНУУДА ФУНКЦИОНАЛДЫК ДИСПЕПСИЯ МЕНЕН КОШТОЛГОН ЭНДЕМИКАЛЫК БОГОКТОН ЖАБЫРКАГАН ООРУЛУУНУН ЖАШОО САПАТЫНЫН САЛЫШТЫРМАЛУУ АНАЛИЗИ

Дж.К. Сманова ¹, Р.Д. Алымкулов ¹, У.М. Тилекеева ², Г.М. Саралинова ³
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

¹клиникалык реабилитология жана физиотерапия кафедрасы,

²клиникалык жана базистик фармакология кафедрасы

³Кыргыз-Россия Славян университети,
Д.А. Алымкулов атындагы медициналык реабилитация кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий эмгекте эндемикалык богок менен кошо функционалдык диспепсия менен ооруган адамдардын жашоо сапаты калий йодиддин колдонуу ыкмасынан көз каранды болгондугу жана 6 айдан бери үзгүлтүксүз перорал-

дык колдонуудан кийин төмөндөгөнү аныкталды. Проспективдик динамикалык когорталык изилдөөнүн жүрүшүндө ашказан жактан ыңгайсыздык жана оорунун сезилиши улам күчөгөндүктөн эсебинен оору сезиминин шкаласынын өзгөрүүсү аныкталды. Ар бир оорулууга индивидуалдык принциптин негизинде жекече мамиле түзүү керектигин эске алып, эндемикалык богок менен кошо функционалдык диспепсия болгон учурларда трансдермалдык ыкма менен калий йодидди колдонуу методикасы түздөн-түз көрсөтүлүүсү абзел.

Негизги сөздөр: эндемикалык богок, функционалдык диспепсия, жашоо сапаты, калий йодидди пероралдык жол менен кабыл алуу, трансдермалдык электрофорез.

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ENDEMIC GOITER WITH ACCOMPANYING FUNCTIONAL DYSPEPSIA WITH DIFFERENT WAYS OF USING OF POTASSIUM IODIDE

J.K. Smanova¹, R.D. Alymkulov¹, U.M. Tilekeeva², G.M. Saralinova³

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

¹ Department of Clinical Rehabilitation and Physiotherapy,

² Department of Clinical and Basic Pharmacology

³ Kyrgyz Russia Slavonic University

Department of medical rehabilitation named after D.A. Alymkulov,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The quality of life of patients with endemic goiter with accompanying functional dyspepsia with using of potassium iodide depends on how its introduction and reduced after 6 months of continuous reception oral way. The greatest changes during prospective follow-up were typical for the scale of pain intensity (PI) at the expense of increasing discomfort and pain in epigastria area. Given the principle of individual approach to a patient, methodical Transdermal Drug introduction of potassium iodide is a direct indication for treatment of goiter in cases with functional dyspepsia.

Keywords: goiter, functional dyspepsia, quality of life, the drug potassium iodide, transdermal electrophoresis.

Эндемический зоб (ЭЗ) как непреодолимая проблема для определенных регионов, в частности для Кыргызстана, не теряет своей актуальности [1]. В настоящее время раскрываются все новые данные в ранее не исследованных аспектах этого вопроса. Элементарная нехватка йода в окружающей среде уже не признается единственной причиной.

Значение придают таким факторам как сочетание с другими микроэлементами, геохимические природные и техногенные изменения [2, 3, 4]. Другие исследователи выявили роль различных социальных явлений [5, 6].

Много работ по вопросам коморбидности больных с ЭЗ [7, 8, 9]. Изучена зависимость эффективности лекар-

ственной терапии препаратом калия йодида от способа его введения при сопутствующей патологии со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) [10]. Разработан и внедрен трансдермальный способ введения калия йодида при лечении ЭЗ, на основании которого получен патент на изобретение [11]. Функциональная диспепсия является не только одним из распространенных заболеваний (МКБ-10, шифр К.30), но и оказалась очень чувствительна ко многим внешним факторам, в том числе и на лекарственные вмешательства [12, 13].

Исходя из этого, **целью** нашей работы было сравнительное изучение качества жизни больных ЭЗ с сопутствующей функциональной диспепсией при разных способах введения калия йодида.

Материалом для исследования послужили данные пациентов в возрасте 18-25 лет с ЭЗ первой и второй степени диффузного увеличения щитовидной железы (ДУЩЖ) в сочетании с функциональной диспепсией (ФД). В настоящее время согласно рекомендациям Международной рабочей группы относительно функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта («Римские критерии IV», 2016) функциональная диспепсия (ФД) определяется как ощущение боли или дискомфорта (тяжесть, переполнение, раннее насыщение), локализованное в подложечной области ближе к срединной линии, длительностью не менее 3 месяцев на протяжении последних 6 месяцев [14].

Пациенты были подразделены в зависимости от способа введения калия йодида на 2 группы:

- трансдермальный способ введения (группа ТД) – 38 чел;

- пероральный способ введения (группа ПО) – 32 чел.

Трансдермальный (ТД) способ введения осуществлялся путем электрофореза калия йодида с помощью синусоидальных модулированных токов, процедуры проводили через день, 1 курс лечения 10 процедур. Калия йодид пациенты принимали перорально (ПО) по 1 таблетке по 200 мкг независимо от приема пищи каждый день в течение 6 месяцев.

Методы исследования заключались в индивидуальном анкетировании больных. Использовали один из наиболее широко распространенных общих опросников для оценки качества жизни (КЖ) - Short Form Medical Outcomes Study (SF-36) [15]. Нами была применена Русская версия SF-36. Пункты опросника сгруппированы в восемь шкал: 1. Интенсивность боли (ИБ); 2. Физическое функционирование (ФФ); 3. Роль физическое функционирование (РФ); 4. Общее состояние здоровья (ОСЗ); 5. Психическое здоровье (ПЗ); 6. Эмоциональное состояние (ЭС); 7. Социальное функционирование (СФ); 8. Жизненная активность (Ж). Оценка качества жизни (КЖ) проводилась непосредственно перед курсом лечения, затем через 6 и 12 месяцев от начала курса лечения

Результаты исследования. До лечения показатели качества жизни у больных обеих групп не отличались между собой (табл. 1).

Таблица 1 - Значения показателей шкал КЖ

	Названия шкал	Группа ТД			Группа ПО		
		До лечения	Через 6 мес	Через 12 мес	До лечения	Через 6 мес	Через 12 мес
1	ИБ	26,0±0,5	25,8±0,5 ($p \geq 0,5$)	25,3±0,5 ($p \geq 0,5$)	26,6±0,5	46,3±0,8 ($p \leq 0,05$)	34,8±1,6 ($p \geq 0,5$)
2	ФФ	72,5±1,4	76,9±1,4 ($p \geq 0,5$)	74,3±1,4 ($p \geq 0,5$)	73,1±1,4	44,6±1,0 ($p \leq 0,05$)	64,1±1,0 ($p \geq 0,5$)
3	РФ	75,6±2,0	77,5±2,0 ($p \geq 0,5$)	76,3±2,0 ($p \geq 0,5$)	75,0±2,0	50,0±2,0 ($p \leq 0,05$)	63,0±1,0 ($p \geq 0,5$)
4	ОСЗ	58,1±0,8	68,8±0,8 ($p \geq 0,5$)	58,6±0,8 ($p \geq 0,5$)	58,3±0,8	53,3±0,8 ($p \geq 0,5$)	52,6±0,8 ($p \geq 0,5$)
5	ПЗ	52,0±0,3	52,6±0,3 ($p \geq 0,5$)	53,1±0,3 ($p \geq 0,5$)	51,9±0,3	50,1±0,32 ($p \geq 0,5$)	50,7±0,32 ($p \geq 0,5$)
6	ЭС	50,6±2,0	54,4±2,0 ($p \geq 0,5$)	53,1±2,0 ($p \geq 0,5$)	50,0±1,5	37,0±1,0 ($p \leq 0,5$)	47,2±1,0 ($p \geq 0,5$)
7	СФ	56,9±2,0	63,1±2,0 ($p \geq 0,5$)	53,1±2,0 ($p \geq 0,5$)	57,4±2,0	42,6±2,0 ($p \leq 0,5$)	45,4±2,0 ($p \geq 0,5$)
8	Ж	60,5±1,6	64,0±1,6 ($p \geq 0,5$)	59,5±1,6 ($p \geq 0,5$)	60,0±1,5	46,7±0,8 ($p \leq 0,5$)	60,7±1,5 ($p \geq 0,5$)

В следующих точках регистрации значения параметров отличались между группами и по отдельным показателям с разной степенью достоверности. В группе ТД достоверных изменений в точках «через 6 мес» и «через 12 мес» ни по одному показателю не выявлено ($p \geq 0,5$). В группе ПО по отдельным показателям выявлена достоверная разница значений по сравнению с исходным уровнем до лечения соответственно в точках регистрации «через 6 мес» и «через 12 мес».

Иными словами, в зависимости от способа введения препарата калия йодида при фармакотерапии ЭЗ качество жизни отличается – у больных, принимавших препарат перорально, через 6 месяцев, т.е. непосредственно по окончании курса лечения снижаются шкалы по интенсивности боли (ИБ), по физическому функционированию

(ФФ), по ролевому функционированию (РФ) ($p \leq 0,05$) и, отмечается тенденция к снижению по жизненной активности (Ж), по социальному функционированию (СФ) и по эмоциональному функционированию (ЭС) ($p \leq 0,5$). Причем эти факторы по своей интенсивности перекрывают специфические клинические симптомы основного заболевания – ЭЗ, выходят для самого больного на первый уровень и воспринимаются самими больными как негативный побочный фактор лечения.

Таким образом, научная новизна нашего исследования заключается в том, что качество жизни больных эндемическим зобом с сопутствующей функциональной диспепсией при фармакотерапии препаратом калия йодида зависит от способа его введения и снижается через 6 месяцев его непрерывного приема пероральным путем. Наибольшие

изменения в ходе проспективного динамического наблюдения были характерны для шкалы интенсивности боли (ИБ) за счет нарастающего дискомфорта и болевого симптома в эпигастральной области, которые влекут за собой как последствие снижение и физического и психического компонента здоровья. Несомненно, учитывая принцип индивидуального подхода к больному, методика трансдермального введения препарата калия йодида является прямым показанием для лечения ЭЗ в случаях сочетания с ФД.

Литература

1. Султаналиева Р.Б. Йоддефицитные заболевания в Кыргызстане. – Бишкек, 2006. – 128 с.
2. Рустембекова С.А., Тлиашинова А.М. Патология щитовидной железы как пример полимикрозлементоза // Вестник последипломного медицинского образования. - 2008. - № 3-4. - С. 16-20.
3. Амиров Н.Х., Хохлова Е.А. Эндемические и биогеохимические особенности территории Чувашской республики // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2010. - № 8. - С. 40-46.
4. Солодухина М.А., Михайлова Л.А., Лапа С.Э., Бурлака Н.М. Геохимические особенности среды и эндемические заболевания Забайкальского края // Забайкальский медицинский вестник. - 2015. - № 4. - С. 167-172.
5. Ковальжина Л.С., Макарова О.Б. Масовая профилактика йодного дефицита: особенности законодательства и информированность разных групп населения региона зобной эндемии // Медицина и образование в Сибири. - 2015. - № 3. - С. 107.
6. Lazarus J.H. The importance of iodine in public health // Environmental Geochemistry and Health. - 2015. - Т. 37. - № 4. - С. 605-618.
7. Надеева Р.А. Изменения функции щитовидной железы на фоне соматической патологии // Вестник современной клинической медицины. - 2012. - Т. 5. - № 1. - С. 63-64.
8. Петрова Т.Н., Зуйкова А.А., Губарева Ю.А., Панюшкина Г.М. Коррекция тиреоидного статуса на фоне сочетанной соматической патологии в условиях йодного дефицита // Врач-аспирант. - 2010. - Т. 43. - № 6.3. - С. 438-443.
9. Краснов В.М. Современное состояние проблемы йоддефицитных заболеваний // Педиатрическая фармакология. - 2010. - Т. 7. - № 1. - С. 108-112.
10. Сманова Дж.К., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М. Альтернативный способ введения йода в организм при эндемическом зобе у больных с сопутствующим хроническим гастритом // Журнал «Наука вчера, сегодня, завтра» - Новосибирск, 2016. - № 4 (26). – С. 56-67.
11. Алымкулов Р.Д., Сманова Дж.К., Алымкулов Д.А., Исраилова С.С., Саралинова Г.М. Способ лечения йоддефицитных заболеваний // Патент № 906, зарегистрирован 31 октября 2006 года в Гос.реестре изобретений КР
12. Tack J., Talley N.J., Camilleri M. Functional gastroduodenal disorders // Gastroenterology. - 2006. - Vol.130. - P. 1466-1479.
13. Дорофеев А.Э., Куглер Т.Е., Бутова А.Ю. Исследование показателей качества жизни по данным SF-8 у пациентов с функциональными гастроинтестинальными заболеваниями // Гастроэнтерология. – 2015. - № 2 (56). – С. 53-58.
14. Римские критерии IV // Rome IV Journal Articles: Special issue of Gastroenterology, Vol. 150, № 6, May 2016 // <http://theromefoundation.org/rome-iv/rome-iv-journal-articles/>
15. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36 <http://medicinapediya.ru/akusherstvo-ginekologiya/instruktsiya-obrabotke-dannyih-poluchennyih.html>

УДК 617-089-072.1.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Т.А. Абдыкадыров

Кыргызско-Российский Славянский университет,
кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: dafydok@mail.ru

Обзорная статья посвящена подробному изучению особенностей диагностики и имеющихся различных методик лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода при синдроме портальной гипертензии, проведен подробный анализ литературы охватывающий данную проблему на сегодняшний день. Вкратце описаны классификация, эндоскопическая картина вариксов при синдроме портальной гипертензии.

Ключевые слова: диагностика осложнений синдрома портальной гипертензии, портальная гипертензия, эндоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, зонд обтуратор.

ПОРТАЛДЫК ГИПЕРТОНИЯ СИНДРОМУНУН КАБЫЛДООЛОРУНУН ДИАГНОСТИКАСЫНЫН ЖАНА КОНСЕРВАТИВДУУ ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Т.А. Абдыкадыров

Кыргыз-Россия Славян университети,
медицина факультети, госпиталдык хирургия кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Бул баяндама макала порталдык гипертензия синдромуна кабылдоосу кызыл өңгөчтүн варикоздуу кеңейген веналарынын каноосунун диагностикалык өзгөчөлүктөрүн жана ар кандай дарылоо ыкмаларын толук изилдөөгө арналган, бүгүнкү күнгө чейинки бул маселени камтыган адабияттарды толук талдоо жүргүзүлгөн. Кыскача порталдык гипертензия синдромуна классификациясы көрсөтүлгөн, кызыл өңгөчтүн варикоздуу кеңейген веналарынын, эндоскопиялык көрүнүшү сүрөттөлгөн.

Негизги сөздөр: порталдык гипертензия синдромуна диагностикасы, порталдык гипертензия синдрому, эндоскопия, эзофагогастродуоденоскопия, тосуучу зонд.

FEATURES OF DIAGNOSING AND CONSERVATIVE TREATMENT OF THE PORTAL HYPERTENSION SYNDROME COMPLICATIONS (LITERATURE REVIEW)

T.A. Abdykadyrov

Kyrgyz-Russian Slavic University,
Department of Hospital Surgery, Faculty of Medicine
Bishkek, Kyrgyz Republic

A review article is devoted to a detailed study of the features of diagnosis and the various methods available for treating of the bleeding esophageal varices, a detailed literature analysis is carried out covering this problem today. The classification, endoscopic picture of varices with portal hypertension syndrome is briefly described.

Keywords: diagnosis of complications of portal hypertension syndrome, portal hypertension, endoscopy, esophagogastroduodenoscopy, probe obturator.

По мнению некоторых авторов из РФ [1] в российской и в литературе дальнего зарубежья до настоящего времени не прекращается дискуссия в вопросах профилактики и лечения осложнений цирроза печени: консервативно или оперативно? Ответ очевиден: лечение должно охватывать и консервативные и оперативные способы, и обязательно сочетание их. Вылечить данную патологию очень сложно, но улучшить качество жизни можно. Устранению и понижению внутрипеченочной портальной гипертензии (ПГ), по сравнению с внепеченочной формой посвящено большое количество работ, так как первая является распространенной. В Европе и Америке больным с ПГ оказывают однотипную, стандартную и современную помощь в стационарах всех уровней, тогда как в СНГ областных и районных больницах она значительно различается по качеству и вариантам применяемых методик [2].

Павлов Ч.С. считает, что предупреждение риска развития кровотечения из

варикозно расширенных вен пищевода на сегодня связано с предотвращением развития стадий портальной гипертензии и поиском терапевтических, хирургических и малоинвазивных методик лечения, уменьшая при этом давление в портальной системе вен или разобщая портокавальный анастомоз в кардиоэзофагеальной зоне [3, 4].

Тем самым, лечение кровотечения из ВРВП включает методы медикаментозного, эндоскопического, эндоваскулярного, хирургического гемостаза и их сочетания, направленные как на первичную или окончательную остановку кровотечения, так и на профилактику его рецидива [5].

Многочисленные попытки разработки единого и эффективного стандарта лечения больных с этим грозным осложнением постигло к созданию «Британского руководства по лечению варикозных кровотечений у больных циррозом» (2000), а через некоторое время в 2007 году – «Практического руководства американской Ассоциации по из-

учению болезней печени» [6], в 2014 году Ассоциацией гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ были разработаны «Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка» [6]. Немаловажное значение придано и терминологии, варикозное кровотечение это, когда при эндоскопическом исследовании имеется признаки кровотечения из вариксов пищевода и желудка, или когда имеются крупные пищеводные вариксы без кровотечения, но с наличием крови в полости желудка при отсутствии другого источника кровотечения [6].

Диагностика осложнений ПГ.

Для диагностики и точного определения источника кровотечения применяют эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), последнюю необходимо выполнить в течение первых часов после поступления. После выполнения срочной ЭГДС в 29-50% случаев кровотечения продолжающиеся, остальная часть пациентов поступают с состоявшимся кровотечением. Ранние рецидивы кровотечения составляют в первые сутки -17%, вторые -11%, третьи -9%, четвертые сутки -5% [7].

А.К. Ерамишанцевым и соавт. в 1986 г. предложена классификация варикозного расширения вен пищевода. Расширение вен до 3 мм соответствует I степени, 3-5 мм – II степени, 5 мм и более – III степени. Пользуясь этой классификацией можно прогнозировать риск развития кровотечения у большинства пациентов с синдромом ПГ. Риск развития кровотечения в прямой зависимости от размера варикса. Аналогичная картина характерна и для ва-

рикоза вен желудка (5-33%). Патогенез и анатомические особенности вариксов пищевода и желудка сходны, поэтому такое кровотечение назвать пищеводно-желудочным не будет ошибочным [7].

В 1983 г. К.-J. Raquet предложил классификацию вариксов пищевода, выделив 4 степени:

I – Единичные эктазии вен (верифицируются эндоскопически, но не определяются рентгенологически).

II – Единичные, хорошо отграниченные стволы вен, преимущественно в нижней трети пищевода, которые при инсuffляции воздухом отчетливо выражены. Просвет пищевода не сужен, слизистая пищевода над расширенными венами не истончена.

III – Просвет пищевода сужен за счет выбухания вариксов в нижней и средней третях пищевода, которые частично спадаются при инсuffляции воздухом. На верхушках вариксов определяются единичные красные маркеры или ангиоэктазии.

IV – В просвете пищевода – множественные варикозные узлы, не спадающиеся при сильной инсuffляции воздухом. Слизистая оболочка над венами истончена. На верхушках вариксов определяются множественные эрозии и/или ангиоэктазии [7, 8, 9].

В 1991 году Японским обществом по изучению ПГ (Japanese Research Society for Portal Hypertension) была предложена международная классификация варикозно расширенных вен пищевода:

F0 – расширенные вены отсутствуют;

F1 – короткие, имеют малый калибр;

F2 – расширение умеренное, имеют извитой ход;

F3 – расширение вен значительное, имеются узлы.

Оценка интенсивности кровотечения проводится при острой форме, если произошел самостоятельный гемостаз, то оценивается состояние тромба. Эндоскопическая картина слизистой пищевода проявляется как изменения вследствие перенесенной “ГЭРБ” в или

без сочетания с заболеваниями связанными с синдромом ПГ, а также может быть следствием лечебных эндоскопических манипуляций – эрозия (E), язва (U), рубец (S) [10].

В 1997 году N. Soehendra, K. Binmoeller предложили классификацию ВРВП, где имеются 3 степени трансформации вен, отдельно для пищевода и желудка.

Таблица 1 - Вариксы пищевода

Степень	Диаметр вен	Внешние изменения
I	не более 5 мм	продолговатой формы
II	от 5 до 10 мм	вены имеют извитой ход
III	более 10 мм	напряженные, с тонкой стенкой, расположены вплотную друг к другу, на поверхности вен «красные маркеры»

Таблица 2 - Вариксы желудка

Степень	Диаметр вен	Внешние изменения
I	не более 5 мм	плохо различимы через слизистую желудка
II	от 5 до 10 мм	вены единичные, имеет вид полипов
III	более 10 мм	выглядят в виде обширных конгломератов узлов полиповидного вида, слизистая над ними истончена

S.K. Sarin et al. в своей классификации (1999) выделил 4 типа желудочных вариксов [24].

Таблица 3 - Классификация S. K. Sarin et al.

А. Гастроэзофагеальный варикоз:		В. Изолированный желудочный варикоз:	
1-й тип (GOV1)	гастроэзофагеальные вариксы, соединенные с пищеводными венами вдоль малой кривизны желудка;	1-й тип (IGV1)	в области дна желудка;
2-й тип (GOV2)	гастроэзофагеальные вариксы, соединенные с пищеводными венами вдоль свода желудка.	2-й тип (IGV2)	в других отделах желудка.

По данным Ерамищанцева А.К. (2009) расширение вен осложненное кровотечением может развиваться во всех отделах ЖКТ, иногда ВРВ наблюдается в желчевыводящих путях. ВРВ двенадцатиперстной кишки при эндоскопическом исследовании выявляется у 0,4% больных. Для кровотечений данной локализации характерно частые рецидивы и диагностика данного состояния достаточно сложное. Кровотечение из терминального отдела тонкой кишки развивается значительно реже. По некоторым данным ВРВ желчного пузыря диагностируется при ультразвуковом исследовании у 24-30% больных с различными формами ПГ. Изменения вен подслизистого слоя в толстой и прямой кишке отмечены у 70% больных с синдромом ПГ. Стоит отметить, что при синдроме ПГ в 52-66% случаев развивается портальная колопатия, характеризующаяся извитостью вен, увеличением их калибра и развитием вено-венозных анастомозов в слизистой оболочке. Данные изменения более часто выявляются при высоком портокавальной разнице давления и в сочетании с ВРВП и портальной гастропатией. Варикозные вены в прямой кишке диагностированы у 44% больных с различными формами ПГ (внепеченочная форма-80%, цирроз печени- 28%, портальный фиброз -30%). Кровотечения при варикозном расширении вен пря-

мой кишки развиваются у 8%, при колопатии у 4% больных [11, 12].

Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ рекомендуют комплексное лечение кровотечений из ВРВП, сочетающее консервативные и оперативные подходы. Очевиден тот факт, что данное осложнение цирроза печени представляет непосредственную угрозу для жизни. По статистике при циррозе печени в стадии компенсации ВРВП встречается у 30-40% и 60% в стадии декомпенсации [11, 12, 13, 14]. У больных с циррозом печени доля ВРВП осложненного кровотечением составляет 4%. Риск обширного кровотечения возрастает до 15% у больных с ВРВП II-III степени [14]. Частота рецидива кровотечения достаточно высокий и зависит от тяжести ЦП: в первый год рецидив кровотечения наблюдается у 28% пациентов со степенью А (по Child-Turcotte-Pugh), у 48% - с В, у 68% - с С [11]. Несмотря на достижения последних десятилетий, кровотечения из ВРВ пищевода и желудка сопровождаются смертностью в 10-20% в течение 6 недель [12, 13, 14, 15].

Лечение осложнений ПГ.

Выбор метода лечения ЦП напрямую зависит от функционального состояния печени. При оценке степени тяжести поражения печени применяется шкала Child-Turcotte-Pugh (табл. 3) [2, 3, 11].

Таблица 4 - Прогностическая шкала Child-Turcotte-Pugh (классификация печеночно-клеточной функции при ЦП)

Критерии оценки	Количество баллов		
	1	2	3
Асцит	отсутствует	небольшой	большой

Степень энцефалопатии	нет	1 – 2	3 - 4
Билирубин (ммоль/л)	< 34	34 – 51	> 51
Альбумин (г/л)	> 35	28 – 35	< 28
Протромбиновый индекс (%)	< 70	50-70	> 50

Таблица 5 - Количество баллов и соответствующие классы по шкале Child-Turcotte-Pugh.

Общее количество баллов	Класс
5-6	A
7-9	B
10-15	C

Помимо шкалы Child-Turcotte-Pugh также используют индексы MELD (Model of End Stage Liver Diseases), изначально применяемая в трансплантологии для определения очередности трансплантации печени [17]. Данный показатель рассчитывается по следующей формуле:

$MELD = 3.78 [Lg \text{ билирубина сыворотки (мг/дл)}] + 11.2 [Lg \text{ МНО}] + 9.57 [Lg \text{ креатинина сыворотки (мг/дл)}] + 6.43$ состояния пациентов с ЦП и текущей тактики лечения, имеет весьма существенный недостаток, а именно – субъективность интерпретации отдельных параметров (таких, как выраженность асцита и стадии энцефалопатии) из-за этого в значительной мере теряет свои очевидные достоинства у пациентов с варикозными пищеводно-желудочными кровотечениями и гепаторенальным синдромом [18].

Консервативные методы лечения. Некоторые хирурги (Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Косовцев Е.В., Мирошников Р.Н.) в условиях нестабильной гемодинамики отдают предпочтение

консервативной тактике лечения, состоящим из коррекции гиповолемии, трансфузии компонентов крови, процедуры для достижения устойчивого гемостаза (применение гемостатиков, тампонада пищевода и кардии желудка зондом-обтуратором Сенгстакена-Блекмора). Некоторые авторы считают применение селективных вазоконстрикторов из группы аналогов соматостатина у больных с кровотечениями из ВРВПЖ обязательным. И для профилактики кровотечения предпочитают применение неселективных β -адреноблокаторов (пропранолол), считают, что вазопрессин имеет серьезные побочные эффекты, нитроглицерин недостаточно эффективен. Учитывая вышеуказанные факторы аналоги соматостатина и терлипрессин в большинстве клинических случаев рекомендуются как средства предпочтения [18, 19].

Учитывая механизм снижения давления в портальной системе лекарственные средства подразделяются на 2 группы:

Венозные вазодилататоры:

Нитроглицерин – периферический вазодилататор – снижает печеночный венозный градиент на 40-44% (перлинганит, изосорбид5-мононитрат).

Нитропруссид натрия (нанипрусс).

Некоторые авторы обычно нитраты применяют в сочетании с вазопрессинном и его аналогами, в виде монотерапии нитраты используют редко. Применение нитратов рекомендуется только при стабильной гемодинамике (уровень САД выше 100 мм рт. ст.) и после коррекции гиповолемии [20].

Вазоконстрикторы:

Соматостатин (стиламин, сандостатин, октреотид) – селективно вызывает вазоконстрикцию внутренних органов, т.к. подавляет активность эндогенных вазодилататоров (такие как глюкагон) и снижает секрецию соляной кислоты. Давление в портальной системе снижается на 20-25%.

Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин (Реместип) – уменьшают приток артериальной крови в систему портальной вены, снижет давление в портальной системе на 30-40%. Fadi Bdair и соавт. (2010г) считают терлипрессин препаратом выбора для консервативного лечения кровотечений из ВРВП т.к. снижает летальный исход от кровотечения на 34%. Данный вывод сделан на основании мета-анализа эффективности терлипрессина в лечении кровотечений из ВРВП и в систематический обзор были включены 20 клинических исследований с 1609 пациентами.

По данным Merli M. гепатопротекторы как адеметионин должен быть включен в комплекс медикаментозной тера-

пии лечения кровотечений из ВРВП при синдроме портальной гипертензии [20, 21].

При профузном характере кровотечения или невозможности выполнить ЭЛ выполняют баллонную тампонаду. При отсутствии эффекта консенсус Baveno V рекомендует выполнить TIPS (трансгуглярное портосистемное шунтирование) [22, 23].

Баллонная тампонада пищевода и кардии желудка (применение зонда-обтуратора Сенгстакена-Блекмора). Впервые применили Sengstaken R.W. и Blakemore A.H. в 1950г [23], данная методика дает возможность временно остановить кровотечение из вен пищевода у 91,5% больных. После выведения источника кровотечения, эндоскоп извлекается и после предварительной премедикации (2% раствор промедола, 1.0 мл) незамедлительно вводят зонд-обтуратор Сенгстакена-Блекмора, раздуваются манжетки, чем достигается надежный гемостаз (рис. 1). Через носовой ход зонд-обтуратор вводят в полость желудка, для ориентира расположения манжет в пищеводе и желудке проводят замер зонда от мочки ушной раковины до эпигастриальной области до введения. Далее с помощью шприца раздувают желудочную манжету вводя 150 см³ воздуха, после катетер желудочной манжеты перекрывают зажимом. Зонд подтягивают до ощущения упругого сопротивления, что говорит о адекватном сдавлении вен в кардиального отдела желудка. После этого зонд фиксируют к верхней губе липким пластырем.

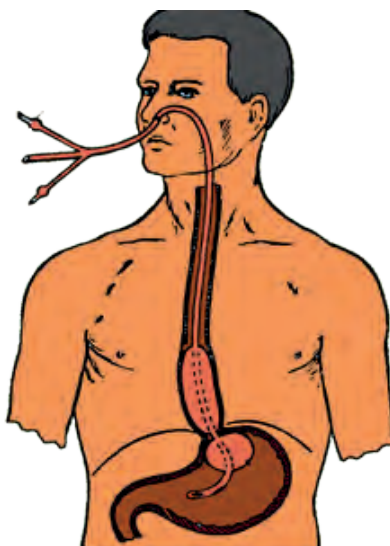


Рис. 1. Схема расположения зонда.

Пищеводный баллон раздувают только в том случае, если у больного имеется срыгивание кровью после раздувания желудочной манжеты. Пищеводная манжета раздувается поэтапно начиная сперва с 60 см³ воздуха, затем каждые 3-5 минут прибавляя по 10-15 см³ воздуха, это позволяет избежать выраженного болевого синдрома из-за смещения органов средостения. Общий объем вводимого воздуха в пищеводной манжете должен составлять 80-100 см³ воздуха. После установки зонда-обтуратора желудок промывают до чистых вод холодной водой. Далее осуществляют контроль за гемостазом по желудочному содержимому, поступающему по зонду.

С целью профилактики пролежней слизистой оболочки пищевода через 4 часа после установки пищеводная манжета раздувается, если рецидива кровотечения нет пищеводная манжета остается спущенной. Желудочную манжету раздувают через 1,5-2 часа. С целью контроля рецидива кровотечения

зонд-обтуратор должен находиться в полости желудка не менее 12 часов [24].

Перед извлечением зонда-обтуратора необходимо решить вопрос о выполнении одного из видов окончательного гемостаза. Если кровотечение возобновляется зонд-обтуратор устанавливается повторно, раздуваются манжеты, а пациенту предлагается операция или эндоскопический гемостаз, так как консервативная терапия не привела к окончательному гемостазу [16, 21, 24].

Баллонная тампонада позволяет достичь временной остановки кровотечения из ВРВП, по крайней мере на 1 сутки, у 91,5% больных. Недостатком данной методики является её временная установка не более 24 часов, так как есть риск развития пролежней стенки пищевода. Рецидивы геморрагии после удаления зонда Блэкмора развиваются у 50% больных [6, 24].

Литература

1. Жигалова С.Б. Варикозное расширение вен желудка у больных портальной гипертензией: диагностика и лечение /

- С.Б. Жигалова [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т.15, №3. – С.84–94.
2. Ерамищанцев А.К. Портальная гипертензия / А.К. Ерамищанцев, А.Г. Щерцингер, Е.А. Киценко // *Клиническая хирургия. Национальное руководство*. – М. – 2009. – Т. 11. – С. 626–665.
3. Ивашкин В.Т. Лечение осложнений цирроза печени: метод. Рекомендации / В.Т. Ивашкин, М.В. Маевская. – М., 2011. – 64 с.
4. Мухамеджанов Г.К. Лучевые методы диагностики у больных с портальной гипертензией/ Г.К. Мухамеджанов // *Практическая медицина*. – 2013. – № 2(67). – С. 71–74.
5. Sarin S.K. Comparison of endoscopic ligation and propranolol for the primary prevention of variceal bleeding / S.K. Sarin [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 1999. – V. 340, № 13. – P. 988–993.
6. Котив Б.Н. Хирургическое лечение кровотечений из варикозных вен пищевода и желудка у больных декомпенсированным циррозом печени / Котив Б.Н., Дзидзава И.И., Оницев И.Е., Хохлов А.В., Зубарев П.Н., Солдатов С.А., Шевцов С.В., Парфенов А.О. // *Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье»*. – 2018. – № 2. – С. 27–33.
7. Сапронова Н.Г. Портальная гипертензия: особенности лечения (Обзор литературы) / Н.Г. Сапронова // *Медицинский вестник Юга России*. – 2014. – № 2. – С. 21–29.
8. Павлов Ч.С. Лекарственная терапия портальной гипертензии и ее осложнений: анализ эффективности препаратов, применяемых в клинической практике, и обсуждение перспективных подходов к лечению / Ч.С. Павлов, М.В. Маевская, Е.А. Киценко, В.В. Ковтун, В.Т. Ивашкин // *клиническая медицина*. – 2013. – № 6. – С.55–62.
9. Groszmann R.J. Beta-blockers to prevent gastroesophageal varices in patients with cirrhosis / R.J. Groszmann [et al.] // *N. Engl. J. Med.* – 2005. – 353(21). – P. 2254–2261.
10. Хоронько Ю. В. Лечение варикозных пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии цирротического генеза: последовательность эффективных мероприятий / Хоронько Ю.В., Саркисов А.Э., Косовцев Е.В., Мирошниченко Р.Н. // *Вестник национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. – 2017. – Т. 12, № 3. – С. 24–28.
11. Merli M. Incidence and natural history of small esophageal varices in cirrhotic patients / M. Merli [et al.] // *J. Hepatology*. – 2003. – V. 38, № 3. – P. 266–272.
12. Шамиров Х.Г. Эндоскопические способы остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода портального генеза. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Душанбе. – 2017. 14 с.
13. Хоронько Ю.В. Прогнозирование исходов жизнеугрожающих осложнений при портальной гипертензии цирротического генеза // Хоронько Ю.В., Дударев С.И., Козыревский М.А. / *Современные проблемы науки и образования*. – 2016. – № 5.
14. Burroughs A.K. Natural history and prognosis of variceal bleeding / A.K. Burroughs, P.A. McCormick // *Clin. Gastroenterol.* – 1992. – V. 6, № 3. – P. 437–450.
15. Щерцингер А.Г. Осложнения после эндоскопических вмешательств у больных портальной гипертензией / А.Г. Щерцингер [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Т. 12, № 2. – С.16–21.
16. Ferrari A.P. Efficacy of absolute alcohol injection compared with band ligation in the eradication of esophageal varices /

- A.P. Ferrari [et al.] // Arg. Gastroenterol. – 2005. – V. 42, № 2. – P. 72–76.*
17. *Garcia-Pagan J.C. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding / J.C. Garcia-Pagan [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – V. 362, № 25. – P. 2370–9.*
18. *Han J. H. Rescue endoscopic band ligation of iatrogenic gastric perforations following failed endoclip closure / J. H. Han [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2013. – V. 19. – P. 955–959.*
19. *Idezuki Y., Japanese Research Society for Portal Hypertension // World J. Surg. – 1995. – Vol. 19, № 3. – P. 420-422.*
20. *Kavish R. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt / R. Kavish [et al.] // Clin. Liver Dis. – 2014. – V. 18, № 4. – P. 853–876.*
21. *Loffroy R., et al. Trans jugular intra hepatic portosystemic shunt for the management of acute variceal bleeding. / Loffroy R., Estivalet L., Cherbalnc V., et al. // World J. Gastroenterol. – 2013. – 19. – P. – 6131–6143.*
22. *Paquet K.J. Endoscopic paravariceal injection sclerotherapy of the esophagus-indications, technique, complications, results of a period of nealy 14 years / K.J. Paquet // Gastrointest. Endosc. – 1983. – V. 29. – P. 310–317.*
23. *Riggio O. Incidence, natural history, and risk factors of hepatic encephalopathy after transjugular intrahepatic portosystemic shunt with polytetrafluoroethylene-covered stent grafts / Riggio O, Angeloni S, Salvatori FM, De Santis A, Cerini F, Farcomeni A, Attili AF, Merli M. // Am J Gastroenterol 2008; 103, 7: 2738-2746.*
24. *Sengstaken R.W. Balloon tamponage for the control of hemorrhage from esophageal varices / Sengstaken R.W., Blake-more A.H. // Ann Surg. -1950.- V.131, №5. – P. 781–789.*

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии,
(зав. каф. – д.м.н., проф., член-корр. НАН КР Оморов Р.А.).
г. Бишкек, Кыргызская Республика

*E - mail: rahatomorov@yahoo.com
aitike_89@mail.ru*

Резюме. Цель - предоставить результаты лапароскопической холецистэктомии у больных острым калькулёзным холециститом. Операции выполнены у 261 больного с применением 3-х и 4-х портового доступа под эндотрахеальным наркозом. Осложнений в момент операции не было, а в последующие периоды у 5 больных были осложнения. С целью профилактики воспалительных осложнений у лиц среднего возраста (160 человек) использовали введение антибиотика до операции и к концу, орошение подпеченочного пространства после холецистэктомии озонированным раствором хлорида натрия. У лиц пожилого и старческого возраста (101 чел.) к концу операции в круглую связку печени вводили антибиотик с лимфотропной смесью. После завершения основного этапа операции с целью уменьшения болевого синдрома правый купол диафрагмы, ложе желчного пузыря орошали раствором лидокаина и инфильтрировали области троакарных ран. Осложнения составили 1,9% (5 человек).

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения, меры профилактики.

ӨТ БАШТЫКЧАСЫНЫН ӨНӨКӨТ ТАШ ООРУСУН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ЫКМАСЫ МЕНЕН ДАРЫЛОО ЖАНА СЕЗГЕНУҮЛӨРҮН АЛДЫН АЛУУ ИШ ЧАРАЛАРЫ

Р.А. Оморов, А.У. Айтикеев

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы,
(кафедранын башчысы – м.и.д., проф., КР УИА мүчө-корр. Оморов Р.А.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иштин максаты – өт баштыкчасынын өнөкөт таш оорусу менен ооруган бейтаптарды лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы менен дарылоо.

онун натыйжалары. 261 оорулууга эндотрахеалдык наркоз менен 3 жана 4 портту лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы менен операция жасалды. Операция учурунда сезгенүүлөр болгон эмес, ал эми кийинки мезгилдерде 5 оорулууда пайдаланды. Сезгенүүлөрдүн алдын алуу максатында орто курактагы бейтаптарга (160 адам) антибиотикопрофилактиканы операцияга чейин жана операциянын аягында киргизүүнү, операциянын аягында боордун астын хлорид натрийдин озон эритмеси менен суугарууну сунуш кылдык. Карыган жана улгайган адамдарга (101) операциянын акырында боордун тегерек связкасына антибиотик жана лимфотропук аралашманы куйууну колдондук. Операциянын негизги этабы бүткөндөн кийин оорунун сезгенүүсүн азайтуу максатында диафрагманын оң капталына, өттүн ордуна, троакарлык жараларга лидокаин эритмесин куйууну сунуш кылдык. Операциядан кийинки сезгенүүлөр 1,9% түздү (5 адам).

Негизги сөздөр: өт баштыкчанын таш оору, лапароскопиялык холецистэктомия ыкмасы, сезгенүүлөрү, алдын алуу чараларын.

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS AND MEASURES TO PREVENT COMPLICATIONS

R.A. Omorov, A.U. Aitikeev

Kyrgyz state medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of faculty surgery
(head. Department-MD, Prof., member-corr. NAS KR Omorov R.A.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Abstract. The aim is to present the results of laparoscopic cholecystectomy in patients with acute calculous cholecystitis. Operations were performed in 261 patients with the use of 3 and 4-port access under endotracheal anesthesia. There were no complications at the time of the operation, and in subsequent periods 5 patients had complications. In order to prevent inflammatory complications in middle-aged people (160 people), antibiotic administration before surgery and by the end, irrigation of the subhepatic space after cholecystectomy with ozonated sodium chloride solution was used. In elderly and senile patients (101) by the end of the operation, an antibiotic with a lymphotropic mixture was injected into the round ligament of the liver. After completion of the main stage of the operation in order to reduce the pain syndrome, the right dome of the diaphragm, the bed of the gallbladder was irrigated with lidocaine solution and infiltrated the areas of trocar wounds. Complications were 1.9% (5 people).

Key words: cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, complications, preventive measures.

Введение. Желчекаменная болезнь во многих странах мира и пока нет (ЖКБ) распространенное заболевание тенденции к ее снижению, а наоборот

многие исследователи отмечают рост заболеваемости [1,2,3], и кроме того стали чаще поступать больные с осложненными формами, диагностика и лечение которых, более сложны, и поэтому проблема хирургического лечения острого холецистита и в настоящее время остается одной из актуальных в абдоминальной хирургии [4,5].

В последние годы все реже и реже применяется традиционная открытая холецистэктомия, чаще используются миниинвазивные методы – минилапаротомная и особенно лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). ЛХЭ дает новые возможности лечения больных с острым холециститом, и многие хирурги называют этот метод «золотым стандартом» [6,7]. Однако несмотря на появление новых технологий, разработку техник выполнения этой операции и преимущества ЛХЭ перед открытой операцией, она не решила проблему осложнений, и кроме того, как указывают ряд исследователей после ЛХЭ болевой синдром является причиной снижающей ценность данного вмешательства [8,9].

Цель работы - дать анализ результатов лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите и оценить использование мер профилактики осложнений.

Материал и методы обследования

Под наблюдением находились 261 больной, которым была выполнена ЛХЭ по поводу острого калькулезного холецистита в период с 2015 по 2018 годы. Все больные были информированы (информационный лист и информационное согласие пациента) и подписали согласие на операцию. Данное исследова-

ние прошло комиссию по Биоэтике КГМА им. И.К. Ахунбаева (выписка из протокола №7 от 23 января 2018 года). Из этого числа больных нами выделена группа пациентов среднего возраста (от 44 до 60 лет - 160 чел.) и группа лиц пожилого и старческого возраста (от 60 до 75 лет - 101 чел.) Среди них в группе среднего возраста сопутствующие заболевания обнаружены у 49 (30,6 %), а в группе пожилого и старческого возраста у 62 (61,4%).

Сроки поступивших в группе среднего возраста колебались от 6 часов до 4 суток, но большинство поступало со сроком заболевания от 12 до 24 часов, в то время как среди лиц пожилого и старческого возраста большинство госпитализировали с давностью от 24 до 72 часов.

Противопоказанием для ЛХЭ считали ожирение IV степени, сердечно-сосудистые и легочные заболевания в стадии декомпенсации, а так же, наличие местного и разлитого перитонита, механическая желтуха на почве холедохолитиаза.

В обследовании больных использовали клинические показатели, лабораторные (анализ крови, почечно-печеночные тесты, свертываемость крови) и инструментальные (УЗИ до и в послеоперационном периоде).

Полученные результаты исследования обработаны путем вычисления относительных величин (%).

Результаты и обсуждение

У всех больных операции выполнялись под эндотрахеальным наркозом с применением 3-х и 4-х портового доступа. В начале операции вводили 3 порта, при технических трудностях и сложно-

стях вводили дополнительный 4 порт для лучшей визуализации и манипуляций.

После основного этапа операции удаления желчного пузыря проводили тщательный контроль на гемо- и желчестаз, затем орошали подпеченочное пространство озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10ед/мл. с последующей аспирацией. У 18 больных подпеченочное пространство орошали антисептиком 0,02% раствором декасана, с целью профилактики воспалительных осложнений, до операции всем больным вводили внутривенно 1,0 цефтриаксона, а больным с флегмонозной формой в конце операции через эпигастральный порт в круглую связку печени вводили 1,0 цефтриаксон с лимфотропной смесью (гепарин 70 ед/кг+8-12 ед. лидазы +1 мл тактивина + новокаин 0,5%-15-20 мл. Для снижения болевого синдрома после выполнения всех этапов операции правый купол диафрагмы и ложе пузыря орошали 1% раствором лидокаина и инфильтрировали троакарные раны.

Конверсия потребовалась 4 больным (1,5%), из них у двоих в связи с возникшим кровотечением при выделении пузырного протока и артерии, и у двух в связи с трудностями удаления желчного пузыря (по 2 наблюдения у больных среднего и пожилого возраста).

Мы проследили за течением послеоперационного периода, при этом отметили отсутствие воспалительных осложнений, что обусловлено введением антибиотиков перед операцией и к ее концу, региональной лимфостимуляцией, как утверждают Бородин Ю.И. и Любарский М.С. и соавт. [10,11], введение антибиотиков с лимфотропной смесью обеспечивает максимальное поступление медикаментозных средств в очаг поражения и сохраняет концентрацию антибиотика в терапевтической дозе в течении суток.

Нами отмечено благоприятное послеоперационное течение в результате применения лидокаина, для снижения интенсивности болевого синдрома, что позволило снизить расходование обезболивающих средств после операции и раннюю активизацию. Методика применена у 48 больных, при этом интенсивность болевого синдрома уменьшилась в 1,5 раза и держалась в пределах 1-2 по шкале ВАШ.

Для выявления интенсивности болевого синдрома через 2, 4, 16, 24, 48, 72 часа после операции использовали показатели Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ/VAS- которая была предложена Huskisson) [12,13], которой пользуются анестезиологи и реаниматологи [14], результаты даны в таблице.

Таблица – 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%

Наши, хоть и малочисленные еще исследования показали целесообразность применения лидокаина (с учетом аллергического анамнеза).

В послеоперационном периоде осложнения возникли у 5 больных, у одного из них проведена повторная операция (группа среднего возраста). После операции по страховому дренажу была геморрагическая жидкость, проведена гемостатическая терапия, после которой кровотечение прекратилось, но при УЗИ обнаружено скопление жидкости в подпеченочном пространстве. При повторной операции обнаружено, что кровотечение было из ложа желчного пузыря, которое остановлено. Послеоперационный период протекал без осложнений. Желчеистечение возникло у 2 больных (по одному случаю в каждой группе). У одного уже в первые часы после операции через дренаж выделялась желчь в большом количестве, при повторной операции установлено, что желчеистечение обусловлено соскальзыванием клипсы с пузырного протока, проток перевязан. Послеоперационный период прошел без осложнений. У второго больного с желчеистечением повторная операция не потребовалась, количество желчи постепенно уменьшалось, а затем прекратилось. При контрольном УЗИ скопления жидкости в брюшной полости не обнаружено. У 2 больных были выявлены инфильтраты в области троакарных ран.

Следовательно, послеоперационные осложнения составили 1,9% (5чел). Все они к моменту выписки излечены. Среднее пребывание больных в стационаре у больных среднего возраста со-

ставляло $4,2 \pm 0,32$, а у пожилого возраста $5,2 \pm 0,27$.

Выводы:

1. Лапароскопическая холецистэктомия у лиц среднего и старшего возраста возможна, но с учетом противопоказаний.

2. При использовании мер профилактики осложнений конверсия составила 1,5 % (4 человека), а осложнения составили 1,9% (5чел).

3. Использование мер профилактики осложнений обеспечивает благополучное течение послеоперационного периода, а применение лидокаина способствует снижению болевого синдрома.

Литература

1. Amboldi, M. *Complications of videolaparoscopic cholecystectomy: a retrospective analysis of 1037 consecutive cases [Text] / M Amboldi, A Amboldi, G Gherardi, L Bonandrini. // Int Surg.- 2011 Jan-Mar; 96(1).-P.35-44.*
2. Brescia, A. *Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients [Text] / A. Brescia et al. // Surgeon. – 2013 – Vol. 11. – Suppl. 1. – P.14–18.*
3. Галиуллин, Р.Н. *Лапароскопические операции в неотложной хирургии органов брюшной полости [Текст] / Р.Н. Галиуллин // «Креативная хирургия и онкология» г.Уфа. - 2015.- № 5.-С.25-28.*
4. Оморев, Р.А. *Хирургия желчекаменной болезни: эволюция доступов, щадящие операции [Текст] / Р.А. Оморев, Б.А. Авасов, Р.К. Бейшенбаев / / Бишкек, ОсОО «Maxima». - 2015.- 227 с.*
5. Мусаев, У.С. *Современные подходы к оперативному лечению больных с желчнокаменной болезнью и ее осложнений [Текст] / У.С Мусаев.: авторе-*

- ферат дис. доктора медицинских наук: 14.01.17 Хирургия. Бишкек, 2015. - 32 с.
6. Ходаков, В.В. Операции на желчных путях из минилапаратомного доступа [Текст] / В.В.Хомяков, Ю.С.Рямов // Хирургия.-2007.-№8.-С.47-50
7. Курбанов, Ф.С. Видеозендоскопическое хирургическое лечение желчнокаменной болезни у пациентов пожилого и старческого возраста [Текст] / Ф.С. Курбанов, С.Ф. Аббасова, С.Р. Добровольский // Хирургия. -2011. - № 12. - С. 44-46.
8. Добровольский, С.Р. Результаты использования различных вариантов холецистэктомии у больных старших возрастных групп [Текст] / С.Р. Добровольский, А.Р. Рамазанова, Ф.С. Курбанов // Хирургия. – 2014. – № 9. – С. 11–15.
9. Бородач, А.В. Возможные факторы патогенеза острого калькулезного холецистита [Текст] / А.В Бородач, В.А. Бородач//Анналы хирургической гепатологии.- 2010.-№3.-С.41-47. Бородин, Ю.И. Фундаментальные исследования в лимфологии и их внедрение в клиническую практику [Текст] / Ю. И. Бородин - .М: Медицина, 1994.- 252 с.
10. Любарский, М.С. Сочетание лимфогенной терапии гнойных ран [Текст]/ М.С. Любарский, А.Ю.Летягин, В.Х. Габитов.// Бишкек: ИЛИМ, 1995.-134 с.
11. Hawker, G.A. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain [Text] /G.A. Hawker, S Mian, T Kendzerska, M French // Arthritis Care Res (Hoboken).- 2011.- 63 Suppl 11.- P.240–252.
12. Оморев, Р.А. Комплексный подход в снижении болевого синдрома после видеолапароскопической холецистэктомии [Текст] / Оморев Р.А., Айтикеев А.У., Кубатбеков Р.К.// Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева.-2018.-№1.-С.86-89.
13. Овечкин, А.М. Обезболивание и управляемая седация в послеоперационный период: реалии и возможности [Текст] / А.М. Овечкин, Д.В. Морозов, И.П. Жарков //Вестник интенсивной терапии. - 2001.-№4.-С.47-60.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИМОРБИДНОСТИ

Р.А. Оморов¹, У.С. Мусаев², А.С. Токтосунов², А.Т. Талантбеков¹

¹Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,
кафедра факультетской хирургии

²Городская клиническая больница №1
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: arsen_toktosunov@mail.ru

Резюме. Цель исследования - представить тактику лечения абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности. С ноября 2018 по 2019 год наблюдали 64 пациента в возрасте старше 60 лет с острыми заболеваниями брюшной полости, у которых выявлены сопутствующие заболевания. К выбору срока и объема операции подходили с учетом характера сопутствующих патологий. Все оперированы, осложнения после операции возникли у 13 больных (20,3%), умерло 3 (4,7%).

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, острая абдоминальная патология, сопутствующие заболевания, лечение, осложнения, летальность.

КАРЫ ЖАНА УЛГАЙГАН ЖАШТАГЫ БЕЙТАПТАРДЫ ПОЛИМОРБИДНИКАЛЫК ШАРТТАРДА КУРЧМҮНӨЗДӨГҮ АБДОМИНАЛДЫК ПАТОЛОГИЯНЫ ДАРЫЛОО

Р.А. Оморов¹, У.С. Мусаев², А.С. Токтосунов², А.Т. Талантбеков¹

¹И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медицина академиясы,
факультеттик хирургия кафедрасы

²№1 Шаардык клиникалык оорукана
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты кары жана улгайган бейтаптардын полиморбидникалык шарттарда абдоминалдык патологиядагы дарылоо тактикасын көрсөтүү. Ноябрь 2018 баштап 2019 жылга чейин, ичкөңдөйдөгү курчмүнөздөгү оорулардын 60 жаштан жогору 64 бейтапка байкоо жүргүзүлдү, алардын ичинен коштоп жүргөн оорулары аныкталды. Операциянын көлөмүн жана мөөнөтүн тандоо коштоп жүргөн оорулардын мүнөзүнө жараша тура келет.

Бардыгы операция болду. Операциядан кийинки кабылдоолор 13 бейтапта (20,3%) пайда болду, 3 бейтап (4,7%) каза болду.

Негизги сөздөр: Кары жана улгайган жашта, курч мүнөздөгү абдоминалдык патология, коштоп жүргөн оорулар, дарылоо, кабылдоо, каза болду.

TREATMENT OF ACUTE ABDOMINAL PATHOLOGY IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN CONDITIONS OF POLYMORBIDITY

R.A. Omorov¹, U.S. Musaev², A.S. Toktosunov², A.T. Talantbekov¹

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

²City Clinical Hospital No.1 Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The aim of the study is to present the tactics of treating abdominal pathology in elderly and senile patients in conditions of polymorbidity. From 11.2018 to 2019, 64 patients were observed over the age of 60 with acute abdominal diseases, who had associated diseases as well. Timing and scope of the operation was considered according to the nature of associated diseases. All patients have been taken to operation, complications after surgery occurred in 13 patients (20.3%), 3 - died (4.7%).

Key words: elderly and senile age, acute abdominal pathology, associated disease, treatments, complications, mortality.

Введение. Прогрессирующий процесс старения приобретает глобальный характер, демографическая ситуации почти во всех странах мира свидетельствует о нарастании удельного веса пожилых людей [1,2] и при этом возникает интерес к изучению особенностей течения заболеваний у этой группы больных. Наряду с увеличением численности пожилого и старческого возраста увеличивается и удельный вес больных с острой абдоминальной патологией, диагностика и лечение которых представляет большие сложности, а летальность после оперативного лечения остается на высоком уровне [3,4]. Высокие показатели осложнений и летальности у лиц пожилого и старческого возраста обусловлены не только запоздалым обращением к хирургу, диагностическими и тактическими ошибками, но и не менее важным обстоятельством, влияющим на исходы заболевания являются сопутствующие патологии [5,6], наличие которых име-

ет значение в выборе срока и объема операции и особенность ведения послеоперационного периода. Однако наличие сопутствующего заболевания и даже сочетания нескольких из них не является противопоказанием к операции. Поэтому, когда стоит вопрос о выборе лечения у таких больных, нужно учитывать характер теченияотягочающей патологии, степень компенсации жизненно важных функций и возможности коррекции медикаментозными средствами.

Несмотря на технический прогресс, разработку мер профилактики осложнений до настоящего времени не разработаны тактические решения в лечении пожилых людей с наличием тяжёлых сопутствующих заболеваний [7,8].

Цель исследования - представить тактику лечения острой абдоминальной патологии у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности.

Материал и методы исследования

Под наблюдением было 64 больных в возрасте старше 60 лет, которые поступили в хирургическую клинику по поводу острого холецистита - 46,9% (30 больных), острого аппендицита 35,9% (23 больных), острой кишечной непроходимости 7,8% (5 больных) и ущемления вентральных послеоперационных грыж 9,4% (6 больных). В группу пожилого и старческого возраста, согласно классификации ВОЗ, мы включили пациентов в возраст от 60 до 89 лет, долгожителей (старше 90 лет) в наших наблюдениях не было. В разработку взяты больные с сопутствующими заболеваниями. Из 64 поступивших

женщин - 59,3% (38), мужчин - 40,7% (26). Давность заболеваний колебалась от 2 часов (ущемления грыж) до 5 суток (холецистит).

При поступлении выполняли общие анализы крови, мочи; сахар крови, свёртываемость крови, печеночные и почечные тесты; ЭКГ, УЗИ, а при кишечной непроходимости – обзорную рентгенографию органов брюшной полости. В первые часы после поступления больные были консультированы врачами разных специальностей: кардиологами, эндокринологами, нефрологами, терапевтами. Характер и частота сопутствующих заболеваний представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 - Частота сопутствующих заболеваний при абдоминальной патологии

Сопутствующие заболевания	Патологии			
	Острый холецистит n-30 (46,9%)	Острый аппендицит n-23 (35,9%)	Острая кишечная непроходимость n-5 (7,8%)	Ущемление вентральной грыжи n-6 (9,4%)
Гипертоническая болезнь	7 (23,3%)	4 (17,3%)	2 (40%)	2 (33,3%)
КБС	4 (13,3%)	4 (17,3%)	1 (20%)	3 (50%)
Сахарный диабет	2 (6,6%)	2 (8,6%)	-	-
Хр. Пиелонефрит	2 (6,6%)	3 (13,04%)	-	-
Постинфарктный кардиосклероз	3 (10%)	2 (8,6%)	-	-
Ожирение	3 (10%)	3 (13,04%)	1 (20%)	-
Общий атеросклероз	3 (10%)	-	-	-
Нарушение сердечного ритма	2 (6,6%)	-	-	-
ХОБЛ	4 (13,3%)	5 (21,7%)	1 (20%)	1 (16,6%)

Таблица 2 – Количество сопутствующих заболеваний при различных абдоминальных патологиях

Количество сопутствующих заболеваний	Патологии			
	Острый холецистит n-30 (46,9%)	Острый аппендицит n-23 (36,9%)	Кишечная непроходимость n-5 (7,8%)	Ущемление вентральной грыжи n-6 (9,4%)
Сочетание одного заболевания	6 (20%)	7 (30,4)	1 (20%)	1 (16,6%)
Сочетание двух заболеваний	20 (66,6%)	13 (56,5%)	2 (60%)	4 (66,6%)
Сочетание трех заболеваний	4 (13,3%)	3 (13,04%)	1 (20%)	1 (16,6%)

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что чаще наблюдали по 2 заболевания и редко отмечено по одному заболеванию. По частоте наибольший вес занимали больные с гипертонической болезнью (у 15 из 64), КБС (12 из 64), затем ХОБЛ (11 из 64). Более тяжелое состояние отмечено у больных с тремя сопутствующими патологиями.

Результаты и их обсуждение

Учитывая тяжесть состояния, которая была обусловлена не только основным заболеванием, но и наличием сопутствующей патологии, у лиц пожилого и старческого возраста выполняли операции на органах брюшной полости в экстренном порядке и их типы представлены в таблице 3.

Таблица 3 - Типы операций и осложнения

Тип операции	Кол-во больных	Осложнения							Умерло
		Острый инфаркт миокарда	Тромбоз легочной артерии	Обострение ХОБЛ	ССН	Нагноение раны	Пневмония	Инфильтрат	
Холецистэктомия	30	2		2				1	2
Аппендэктомия	23					1	1		
Лапаротомия, устранение непроходимости	5		1	1	1				1
Грыжесечение	6					1		2	
Итого	64	2	1	3	1	2	1	3	3(4,7%)

*КБС-Коронарная болезнь сердца.

*ХОБЛ-хронический обструктивный болезнь легких.

Наша тактика заключалась в следующем: при остром холецистите без явлений перитонита проводили консервативное лечение, которое включало медикаментозную терапию, а именно препараты, направленные на нормализацию артериального давления, снижение интоксикации, уменьшение болей (спазмолитические средства). Затем исследовали в динамике анализы крови и проводилось ультразвуковое исследование. После улучшения состояния решали вопрос об операции.

У лиц пожилого и старческого возраста отдавали предпочтение минилапаротомному доступу как менее травматичному, приводящий к ранней активизации больных, что предотвращало возникновение легочных и тромбоэмболических осложнений. Обязательно использовали предоперационное введение антибиотиков внутривенно. В момент операции тщательно выполняли гемостаз, желчестаз. Если же больные поступали с острым холециститом и явлениями перитонита, несмотря на необходимость выполнения операции, для коррекции сопутствующих заболеваний, выполняли кратковременную подготовку, а затем выполняли холецистэктомия.

При поступлении больных с острым аппендицитом при наличии сопутствующих заболеваний также предоперационно выполняли корригирующую медикаментозную терапию сопутствующих заболеваний, а затем больных оперировали, при этом надо учитывать, что время для выполнения такой подготовки не должно превышать тот порог, после которого возможно развитие осложнения основного заболевания.

Что же касается острой кишечной непроходимости, ущемления грыжи, то все корригирующие меры выполняли в момент операции, так как затягивание срока операции способствует развитию более глубоких деструктивных процессов.

Кишечная непроходимость имела место у 5 больных, из них у 3 была странгуляционная непроходимость, а у 2 - спаечная. При ущемлении вентральной грыжи содержимым грыжевого мешка был сальник (5 чел.) и тонкий кишечник у одного. При ущемлении сальника, последний мы рекомендуем резецировать, чтобы предотвратить повышение внутрибрюшного давления в послеоперационном периоде. У 4 больных грыжи были небольших размеров, поэтому пластика грыжевых ворот выполнена без применения полипропиленовой сетки. У 2 больных, с сопутствующим заболеванием (ХОБЛ) и грыжи были больших размеров, пластику грыжевых ворот осуществляли с использованием полипропиленовой сетки с дренированием подкожно-жировой клетчатки двумя микроирригаторами с активной аспирацией до полного прекращения отделяемого. Несмотря на коррекцию нарушенных функций в дооперационном периоде и в момент операции, у этих больных состояние в послеоперационном периоде было тяжелое. Учитывая это, мы предпочитали раннюю активизацию больных, назначали ингаляции кислородом, больные продолжали получать антибиотики, инфузионную терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

После операции у 13 оперированных возникли осложнения: острый инфаркт

миокарда - 2, тромбоэмболия легочной артерии - 1, обострение ХОБЛ - 3, пневмония - 1, а у остальных - раневые осложнения (нагноение раны - 4, инфильтрат раны - 2). После холецистэктомии умерло 2 больных, у которых после операции возник острый инфаркт миокарда (у одного на вторые сутки, а у второго на 7 сутки после операции). У обоих имелись сопутствующие заболевания - гипертоническая болезнь в сочетании с ХОБЛ. Еще один больной умер после операции, выполненной по поводу кишечной непроходимости. Причиной смерти была сердечно-сосудистая недостаточность, которая развилась на 3-и сутки после операции.

В особенности нашей тактики входили тщательный анализ отягощающей патологии, степени ее компенсации, возможности ее влияния на течение основного заболевания. Так же считаем значимым возможность прогнозирования развития осложнений в течении сопутствующей патологии, что позволяло бы предотвратить их путем ранней коррекции. Этапы последней могут быть использованы перед операцией, во время и, конечно же, в послеоперационном периоде. Кроме того, эта тактика позволила выбрать оптимальный операционный доступ - малоинвазивность, в следствии чего, раннюю активизацию, раннее кормление и стабилизацию отягощающей патологии, что позволило улучшить результаты лечения больных с сочетанной патологией.

Выводы:

1. Из числа больных пожилого и старческого возраста с абдоминальной патологией у всех имели место сопутствующие заболевания.

2. Профилактика осложнений у пациентов пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями должна выполняться на всех этапах лечения (при поступлении, в момент операции и после нее)

3. После операции больных с осложнениями составило 20,3%, а летальность - 4,7%, что подтверждает необходимость разработки тактики лечения больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности с целью улучшения результатов лечения.

Литература

1. Глушков, Н.И. Лечение острого язвенного кровотечения у больных пожилого и старческого возраста в условиях полиморбидности /Н.И.Глушков, Б.А. Хусенов, И.А. Яковлева// Кубанский научный медицинский вестник.-2010.- №9.-С.64-67.
2. Гостищев, В.К.Проблемы выбора лечения гастродуоденальных язвенных кровотечений /В.К. Гостищев, М.А. Евсеев //Хирургия .-2009.-№3.-С.46—52.
3. Миньков, А.В. Особенности течения и хирургического лечения острой кишечной непроходимости неопухолевого генеза у пациентов пожилого и старческого возраста /А.В. Миньков,Б.А. Королев, С.В. Гаврилов //Хирургия .-2013.- №5.-С.123-126.
4. Вовк, Е.И. Желчекаменная болезнь в XXI –веке /Е.И. Вовк.- М,2004-312 с.
5. Снегирев, Н.И. Острая кишечная непроходимость неопухолевого генеза,- диагностика, лечение,/Н.И. Снегирев, В.И. Миронов,В. А. Башлыков //Сибирский медицинский журнал .-2010.-№8.- С.163-165.
6. Шелест, П.В. Особенности диагностики острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте,/П.В. Ше-

- лест, В.И. Миронов, //Бюллетень ВСН-ЦСО РАМН.-2007.-№5.-С.186-188.
7. Горелин, С.Г. Диагностика и лечение острой абдоминальной патологии у пациентов старших возрастных групп.// Научная ведомости .Серия медицины и фармации.-2012.-№4.-С.117-121.
8. Sandier, R.S. The garden of selected digestive diseases in the United states // *Gastroeuteology*-2012.-Vol .122,№5.-P.1500-1511.
9. Баранов, Г.А. Холецистэктомия из минимального доступа при остром деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста, /П.А. Баранов, А.В, Салинов, Б.А. Харламов //Клиническая герантология.-2016.-№9.- С.77-79.

УДК 616.349-07

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАВОРОТА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ

**А.А. Сопуев¹, А.К. Мамбетов¹, К.И. Мурзакалыков², М.К. Ормонов³,
О.А. Салибаев¹, Н.О. Талипов²**

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

² Национальный хирургический центр,
г. Бишкек, Кыргызская Республика

³ Ошский Государственный университет,
г. Ош, Кыргызская Республика

E-mail: sopuev@gmail.com

oshsu.oms@gmail.com

kutmanmurzakalykov@gmail.com

В исследовании представлены результаты изучения основных путей развития диагностики и лечения заворота сигмовидной кишки. Изучены предрасполагающие факторы и причины развития заворота сигмовидной кишки. Представлены особенности анамнеза у данной категории больных. Определены основные клинические, рентгенологические признаки заворота сигмовидной кишки. Технологические достижения в области визуализации способствуют оптимизации диагностического процесса. Несмотря на то, что некоторые консервативные мероприятия могут быть использованы с целью снижения симптоматики заворота, резекция кишки является методом выбора при сигмовидных заворотах. Результаты экстренных операций по поводу заворота толстой кишки имеют высокую степень осложняемости и смертности. В исследовании, проведенном в Национальном хирургическом центре Кыргызской Республики, смертность составила 20,8% у пациентов после экстренных операций по поводу сигмовидного заворота в сравнении с 7,7% смертности у пациентов после плановых процедур с предшествовавшей декомпрессией. Смертность коррелировалась между экстренными операциями ($p < 0,01$) и некрозом толстой кишки ($p < 0,05$). Также применяются другие менее инвазивные методы лечения. Отмечается эффективность эндоскопической ректопексии, экстраперитонизации сигмовидной кишки, лапароскопической ректопексии и мезосигмопликации. Успешно использованы лапароскопические подходы к резекции толстой кишки.

Ключевые слова: заворот сигмовидной кишки, декомпрессия кишечника, резекция толстой кишки.

СИГМА СЫМАЛ ИЧЕГИНИН ТОЛГОНУШУНУН ДАРЫЛОО- ДИАГНОСТИКАЛЫК АСПЕКТЕРИ

**А.А. Сопуев¹, А.К. Мамбетов¹, К.И. Мурзакалыков², М.К. Ормонов³,
О.А. Салибаев¹, Н.О. Талипов²**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

² Улуттук хирургиялык борбору,
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

³ Ош мамлекеттик университети,
Ош ш., Кыргыз Республикасы

Изилдөөдө сигма сымал ичегинин толгонушунун диагностикасынын жана дарылоосунун өнүгүүсүнүн негизги жолдорун изилдөөнүн жыйынтыктары берилди. Сигма сымал ичегинин толгонушуна таасир берүүчү факторлор жана себептери изилденди. Бул категориядагы оорулуулардын анамнезинин өзгөчөлүктөрү көрсөтүлдү. Сигма сымал ичегинин толгонушунун негизги клиникалык, рентгенологиялык белгилери аныкталды. Визуализация обламтындагы технологиялык жетишкендиктер диагностика процессин оптимизация кылууга шарт түзөт. Айрым консервативтик чаралар толгонуунун симптоматикаларын басаңдатуу максатында колдонулганына карабастан, ичегини кесип салуу толгонууну дарылоодо негизги ыкма болуп саналат. Жоон ичегинин толгонушу боюнча жасалган кечиктирилгис операциялардын жыйынтыгында өлүм жана кабылдоолор көп кездешет. Кыргыз Республикасынын Улуттук хирургия борборунда сигма сымал ичегинин толгонушу боюнча жасалган кечиктирилгис операциядан кийин өлүм 20.8%, ал эми алдын-ала декомпрессия кылынып, элективдик процедура жүргүзүлүп, андан кийин операция жасалгандан кийин өлүм 7.7% болду. Өлүм кечиктирилгис операциялар ($p<0,01$) менен жоон ичегинин некрозунун ($p<0,05$) ортосунда корреляция болду. Жана дагы башка дарылоонун анча инвазивдик эмес ыкмалары колдонулат. Эндоскопиялык ректопексиянын, сигма сымал ичегинин экстраперитонизациясынын, лапароскопиялык ректопексиянын жана мезосигмапликациянын натыйжалуулуктары байкалды. Жоон ичегини кесүүдө лапароскопиялык жолдор ийгиликтүү колдонулду.

Негизги сөздөр: сигма сымал ичегинин толгонушунун, декомпрессия, жоон ичегинин резекциясы.

TREATMENT AND DIAGNOSTIC ASPECTS OF SIGMOID VOLVULUS

**A.A. Sopuev¹, A.K. Mambetov¹, K.I. Murzakalikov², M.K. Ormonov³,
O.A. Salibaev¹, N.O. Talipov²**

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,²National Surgical Center,
Bishkek, the Kyrgyz Republic³Osh State university,
Osh, the Kyrgyz Republic

The study presents the results of a study of the main pathways for the development of diagnosis and treatment of sigmoid volvulus. The predisposing factors and causes of the development of a sigmoid colon volvulus were studied. The features of the anamnesis in this category of patients are presented. The main clinical, radiological signs of a twist of the sigmoid colon are determined. Technological advances in imaging help optimize the diagnostic process. Some conservative methods of treatment are used to improve the patient's condition and reduce symptoms of sigmoid inversion. However, sigmoid resection is the treatment of choice for sigmoid inversions. The results of emergency operations for colon volvulus have a high degree of complication and mortality. In a study conducted at the National Surgical Center of the Kyrgyz Republic, mortality was 20.8% in patients after emergency operations for sigmoid inversion, compared with 7.7% in patients after elective procedures with prior decompression. Mortality was correlated between emergency operations ($p < 0.01$) and colon necrosis ($p < 0.05$). Other less invasive treatments are also used. The effectiveness of endoscopic rectopexy, extraperitonization of the sigmoid colon, laparoscopic rectopexy and mesosigmoplication is noted. Laparoscopic approaches to colon resection have been successfully used.

Key words: sigmoid inversion, intestinal decompression, colon resection.

Одной из наиболее распространенных форм заворотов кишечника является заворот сигмовидной кишки (ЗСК), который может достигать 15% от всех видов странгуляционной кишечной непроходимости.

Невзирая на достижения последних десятилетий в неотложной хирургии и интенсивной терапии, трудно признать удовлетворительными результаты лечения заворота сигмовидной кишки. На фоне основных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острая кишечная непроходимость, обусловленная сигмовидным заворотом, продолжает сопровождаться высокими процентами летальности, достигая 14-

16%. А в случаях некроза сигмовидной кишки летальность может достигать 70-78%.

Доминирующими причинами высокой летальности и гнойно-септической осложняемости (25-80%) являются преобладание лиц пожилого и старческого возраста, поздняя обращаемость больных, и значительный процент диагностических ошибок, а также не идеальных тактических решений на всех этапах лечения [1].

Предложенные многочисленные паллиативные вмешательства (нерезекционные методы), не предотвращают возможность рецидивов в дальнейшем и не устраняют, а в ряде случаев усугу-

бляют имеющиеся расстройства моторики толстой кишки. Кроме того, они часто являются более травматичными чем радикальные операции.

Резекция сигмовидной кишки является радикальным вмешательством и при осложнении заворота гангреной кишки становится единственным методом лечения, остающимся в арсенале врача. Недостатком этих операций стоит признать высокую травматичность. При этом наряду с операционной травмой следует учитывать, что эти вмешательства зачастую заканчиваются формированием различных кишечных стом, требующих в дальнейшем сложных реконструктивных операций по восстановлению естественного пассажа по кишечнику. Исходя из этого, большего внимания требуют методы неоперативной деторсии, но отсутствие единой лечебной тактики в их использовании нередко приводит к выполнению запоздалых операций либо напрасных вмешательств, когда заворот можно устранить консервативным путем [1].

Таким образом, разработка рациональной хирургической тактики при завороте сигмовидной кишки, определение показаний к неоперативной детор-

сии и оперативному лечению являются, несомненно, актуальными.

Цель исследования: Улучшение результатов диагностики и лечения заворота сигмовидной кишки путем оценки значимости различных диагностических показателей и лечебных методов, применяемых при этой патологии.

Материал и методы исследования

Представленное исследование основано на анализе результатов комплексного обследования и лечения 119-ти пациентов Национального хирургического центра Кыргызской Республики, страдавших заворотом сигмовидной кишки и получивших комплексное лечение в период с 2004 по 2017 гг.

Соотношение хирургического и консервативного лечения пациентов с заворотом сигмовидной кишки составило 61 (51,3%) к 58 (48,7%) соответственно (Табл. 1), в 78,8% случаев хирургические вмешательства были произведены в экстренном порядке (Табл. 2). Всем пациентам, подвергнутым хирургическому лечению, вне зависимости от срочности вмешательства была произведена резекция сигмовидной кишки, так как, по нашему мнению, заворот сигмовидной кишки является показанием для этого вида операции.

Таблица 1 - Виды лечения у больных с заворотом сигмовидной кишки

Вид лечения	Количество больных	
	n	%
Консервативное	58	48,7
Оперативное	61	51,3
Всего	119	100

Таблица 2 - Соотношение срочности хирургических вмешательств

Срочность хирургических вмешательств	Количество операций		Смертность	
	n	%	n	%
Экстренные операции	48	78,7	10	20,8%
Срочные операции	13	21,3	1	7,7%
Итого	61	100	11	18%

Наиболее молодой из пациентов, был в возрасте 31-го года, самому пожилому было 87 лет. Средний возраст лиц мужского пола составил 68 лет, женского – 66 лет. В большинстве случаев, возраст больных составлял более 60-ти лет (Табл. 3).

Таблица 3 - Сравнительная характеристика больных

Показатели		Количество больных	
		n	%
Пол	Мужчины	74	62,6
	Женщины	45	37,4
Начало заболевания	Острое	48	40,2
	Подострое	71	59,8
Время от начала заболевания	до 6 часов	33	27,1
	от 6 до 24 часов	39	33,6
	Позже 24 часов	47	39,3
Тяжесть состояния	II	58	48,6
	III	48	40,2
	IV	13	11,2
Операции в анамнезе	Имелись	70	58,9
	Не имелись	49	41,1
Сопутствующие заболевания	Сердечно-сосудистой системы	115	96,3
	Желудочно-кишечного тракта	99	83,2
	Эндокринной системы	41	34,6
	Дыхательной системы	84	71,0
	Мочеполовой системы	45	37,4
	Нервной системы	39	32,7

Симптомы заворота	Болевой синдром	119	100,0
	Вздутие живота	113	95,3
	Симптом «косого живота»	79	66,4
	Задержка стула и газов	90	75,7
	Тошнота, рвота	37	30,8
	Пустая ампула прямой кишки	96	80,4
Всего больных		119	100,0

Среди наших пациентов было больше мужчин. Чаще всего госпитализации подвергались больные после 6-ти часов от начала заболевания. У 70-ти (58,9%) больных в анамнезе имели место операции на органах брюшной полости. У 115-ти (96,6%) больных выявлены сопутствующие заболевания. Преобладала патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем, эндокринной и нервной систем, желудочно-кишечного тракта.

Общеклинические и лабораторные исследования были проведены у всех 119-ти пациентов. Рентгенологическая диагностика включала в себя следующие методы: обзорная рентгенография брюшной полости, ирригоскопия и исследование пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. Обзорную рентгенографию брюшной полости производили по стандартной методике на аппарате Apollo DRF производства фирмы Villa Sistemi Medicali (Италия). Использовали пленки Retina, размером 30X40. При выполнении ирригоскопии применялась классическая триада: 1 - тугое наполнение; 2 - изучение рельефа (полное опорожнение); 3 - двойное контрастирование. Всего произведено 220 обзорных рентгенографии брюшной полости. У 67 больных исследование

проводилось в динамике неоднократно, всего 168 раз.

Кроме того, проводилось ультразвуковое исследование брюшной полости (Siemens Sonoline G50), эндоскопические исследования для осмотра верхних отделов ЖКТ и толстой кишки (Olympus PCF-20), а также морфологическое исследование резецированных отделов кишки. При необходимости применялись компьютерная томография (Philips-Neusoft NeuViz 16)

Категориальные переменные представлены в виде долей в процентах. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью компьютерных программ «Statistica» и «Microsoft Excel». За достоверные принимались отличия при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Предрасполагающими факторами ЗСК могли явиться более длинная и более широкая брыжейка толстой кишки, а также высокое содержание клетчатки в принимаемой пище [2].

У лиц пожилого и старческого возраста наиболее частой причиной ЗСК являлся хронический запор. Также среди причин отмечались спаечный процесс в брюшной полости, злоупотребление слабительных препаратов и

диабет. В более молодом возрасте ЗСК чаще ассоциировался с мегаколон, причинами которой являются болезнь Гиршпрунга или болезнь Шагаса [3].

Основными симптомами заболевания являлись боли в животе, вздутие живота, рвота, неотхождение газов и стула.

При осмотре у пациентов отмечалось вздутие живота, часто определялись перитонеальные симптомы. У 45-ти (37,8%) пациентов в анамнезе имели место эпизоды не перемещающегося асимметричного относительно устойчивого вздутия живота, определяемого на ощупь и заметного на глаз (симптом Валя). Рентгеноскопия органов брюшной полости самостоятельно послужила диагностическим индикатором в 79-ти (66,4%) случаях. Наиболее часто встречавшимся признаком R-логической картины явилась «изогнутая внутренняя трубка» или «кофейное зерно», которое показывало объемное вздутие

толстой кишки (Рис. 1). При наличии несостоятельности илеоцекального клапана имело место также вздутие тонкой кишки. При необходимости дополнительных лучевых методов диагностики применялись компьютерная томография (КТ) или бариевая R-графия кишечника. Бариевая R-графия кишечника может повысить точность диагностики вплоть до 100%. Симптомы дилатации толстой кишки при R-графии также могут быть признаками опухолевого процесса или мегаколона, которые необходимо исключить. Проведение последующей эндоскопической декомпрессии может идентифицировать новообразования. Наличие мегаколона у пациентов с заворотом сигмовидной кишки может изменить хирургический подход, так как наличие мегаколона ведет к увеличению возможности рецидива после сигмовидной колэктомии [4].



Рис. 1. R-логический признак заворота сигмовидной кишки «кофейное зерно».

Что касается лечения, то с момента введения эндоскопической деторсии в 40-х годах XX века этот метод, наряду с последующей резекцией сигмовидной кишки, стал основным подходом в лечебной тактике при ЗСК. В нашем исследовании деторсионный метод был применен в 35-ти случаях, из которых в 24-х (68,6%) удалось достигнуть деторсии сигмовидной кишки. Деторсия выполнялась с помощью ирригоскопии, жесткой проктоскопии, гибкой ректороманоскопии или колоноскопии. Процедура выполнялась в положении обследуемого лежа на левом боку. Рабочий конец эндоскопа продвигали под визуальным мониторингом в прямую кишку, используя освещение и дискретные инсуффляции воздуха. Верхней точкой заворота считалась закручивающаяся в спираль резко отечная и гиперемированная слизистая оболочка толстой кишки. Через эндоскоп к вершине спирали проводился анальный зонд, покрытый индифферентной мазью. Затем под контролем зрения, избегая насильственного перемещения, зонд продвигался в закупоренный сегмент завернутой петли сигмовидной кишки. Если вершина заворота располагалась в пределах достижимости эндоскопа, то деторсию пытались произвести рабочим концом инструмента. При неудачной попытке пациента переводили в другие позиции (на правом боку, в коленно-локтевом положении) или использовали зонды другого диаметра.

Более лучшие результаты были получены при гибкой ректороманоскопии. В 8-ми (24%) случаях применения сигмоскопии заворот не был обнаружен и возникала потребность в колоноскопии.

При нежизнеспособности сигмовидной кишки возникала необходимость в экстренном хирургическом вмешательстве и резекции кишки. Если деторсия проходила успешно и отсутствовали некротические изменения в кишечнике планировалась элективная резекция сигмовидной кишки. При решении вопроса об отборе пациентов для эндоскопической деторсии необходимо принимать в расчет некоторые клинико-диагностические маркеры. Поэтому пациенты с признаками и симптомами сепсиса или перитонита, наличием лихорадки и лейкоцитоза должны быть подвергнуты экстренному хирургическому вмешательству. В этих случаях попытки деторсии не проводились.

Вне зависимости от лечебной техники после разворота заворота сигмовидной кишки необходимо быть готовым к повышенному поступлению стула и газов. Затем необходимо установление внутрикишечного ректосигмоидного трубчатого дренажа с целью профилактики рецидива заворота и фиксации кишки и орошения кишки солевыми растворами и маслообразными субстанциями. После этого требуется проведение интенсивных лечебных мероприятий, поскольку большинство из этих больных будут иметь глубокие гиповолемические и электролитные нарушения. Сроки для срочного хирургического вмешательства (резекций кишки) до настоящего времени не стандартизированы, однако 48 часов для подготовки кишечника и интенсивных лечебных мероприятий признаны безопасными [5, 6]. Следует проводить колоноскопию для исключения новообразований.

Хотя в некоторых исследованиях отмечается отсутствие рецидивов сигмовидного заворота у 75% пациентов в небольшой серии наблюдений, а также неоднократный успешный разворот сигмовидного заворота. Большинство исследований свидетельствует о рецидивах сигмовидных заворотов у около 90% больных после проведенной эндоскопической деторсии [7, 8].

Чаще всего мы придерживались стандартной хирургической практики, которая заключалась в ревизии и резекции сигмовидной кишки (Рис. 2). Однако резекция сигмовидной кишки связана с высоким хирургическим риском при учете возраста и сопутствующих заболеваний у этой категории больных. Тем не менее современный уровень развития анестезиологии и интенсив-

ной терапии позволяет характеризовать эту операцию как благонадежную [9, 10]. Однако, также применяются другие менее инвазивные методы лечения. Отмечается эффективность эндоскопической ректопексии, экстраперитонизации сигмовидной кишки, лапароскопической ректопексии и мезосигмопликации [11]. Успешно использованы лапароскопические подходы к резекции толстой кишки. Пациентам, подвергнувшимся деторсии сигмовидной кишки, после подготовительного периода с успехом выполнена лапароскопическая резекция сигмовидной кишки. При расчетах – стоимость лапароскопических вмешательств оказалась выше в сравнении с традиционными лапаротомиями [7].

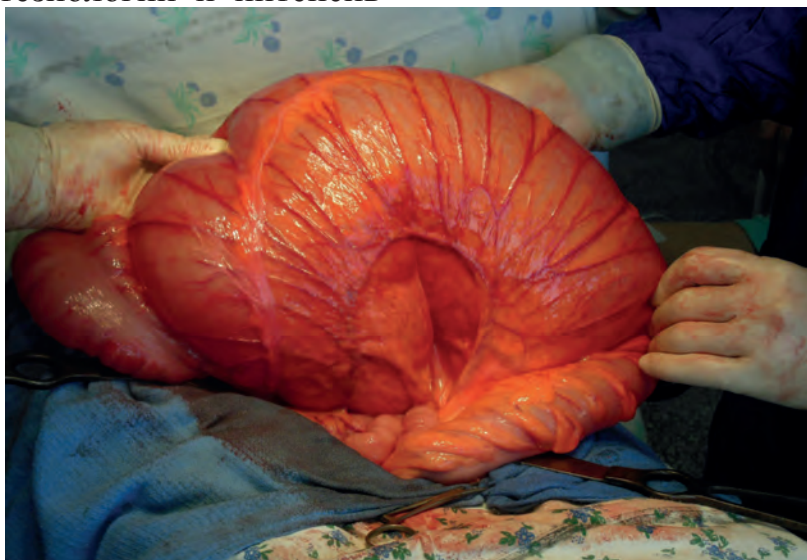


Рис. 2. Б-я О., 38 лет. Интраоперационный вид заворота сигмовидной кишки.

У больных, у которых во время эндоскопического исследования были обнаружены некротические изменения кишки или выявлены признаки сепсиса начинали проводить подготовительные мероприятия для экстренного хирурги-

ческого вмешательства. Проводились адекватная инфузионно-трансфузионная и антибактериальная терапия, а также - общехирургические подготовительные мероприятия. Если у пациента имела место нестабильная гемодина-

мика, то эти мероприятия необходимо проводить в отделении реанимации или интенсивной терапии. Для адекватной ревизии брюшной полости хирургическое вмешательство рационально проводить через срединную лапаротомию. После идентификации заворота кишки проводили оценку ее на предмет жизнеспособности. При жизнеспособности кишечной петли может быть произведена ее резекция или другие вышеупомянутые варианты хирургических вмешательств. При резекции кишки решение о наложении первичного анастомоза основывалось на общих хирургических принципах: общее состояние больного, адекватность кровоснабжения, отсутствие натяжения между приводящим и отводящим отделами анастомозируемой кишки и гнойного перитонита, стабильный гемодинамический статус. При наличии каких-либо факторов, ставящих под угрозу целостность первичного анастомоза, производили операцию Гартмана. При экстренных операциях предоперационная оценка размещения стомы часто невыполнима, но этому надо уделять внимание, так как у пациентов пожилого возраста вероятность постоянной стомы очень велика. Также может иметь место дилатация кишечника, что потребует расширенный разрез. У этих пациентов может возрасти число парастомальных грыж [1]. В некоторых случаях первичная резекция кишки с анастомозом выполнялась на фоне операции Гартмана.

Результаты экстренных хирургических вмешательств по поводу заворота толстой кишки имеют высокую степень осложняемости и смертности. В нашем

исследовании, проведенном в НХЦ МЗ КР, смертность составила 20,8% у пациентов после экстренных операций по поводу сигмовидного заворота в сравнении с 7,7% смертности у пациентов после elective процедур с предшествовавшей декомпрессией. Показатели летальности коррелировали между экстренными операциями ($p < 0,01$) и некрозом толстой кишки ($p < 0,05$). В исследовании М.А. Kuzu с соавторами [12] при оценке результатов лечения 106-ти оперированных пациентов с сигмовидным заворотом с декомпрессией или без нее, а также с подготовкой кишечника показала общую смертность 6,6%, при некрозе кишки смертность увеличивалась до 11%.

В большом исследовании из Турции общая смертность среди пациентов с сигмовидным заворотом составила 15,8%, в то время как частота осложнений была равна 37,2%. У больных с некрозом сигмовидной кишки смертность после наложения первичного анастомоза по отношению к операции Гартмана составила 21,6% к 19,2%, соответственно. В то же время, анастомозирование в сочетании с интраоперационной санацией кишки приводит к снижению смертности до 9,3% [6].

Заключение

Заворот сигмовидной кишки является частой причиной острой кишечной непроходимости. Это потенциально фатальное состояние с известной этиологией, которое может иметь место у пациентов любого возраста и таким фактором риска, как диета с высоким содержанием клетчатки. Технологические достижения в области визуализации способствовали оптимизации диа-

гностического процесса. Несмотря на то, что некоторые консервативные мероприятия могут быть использованы с целью снижения симптоматики заворота, резекция кишки является методом выбора при сигмовидных заворотах.

Литература

1. Atamanalp S.S., Ozturk G. Sigmoid volvulus in the elderly: outcomes of a 43-year, 453-patient experience. *Surgery Today*. 2011. №41 (4). P.514–519.
2. Сопуев А.А., Исаев Д.К., Сыдыгалиев К.С., Сыдыков Н.Ж., Мамбетов А.К. Значение анатомических особенностей сигмовидной кишки в развитии ее заворота. // Проблемы современной науки и образования. - 2016. - №21 (63). - С. 97-99.
3. Baiu I., Shelton A. Sigmoid Volvulus. *The Journal of the American Medical Association*. 2019. №321(24). P. 2478-85.
4. Gingold D., Murrell Z. Management of colonic volvulus. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*. 2012. №25(4). P.236-44.
5. Сопуев А.А., Акматов Т.А., Сыдыков Н.Ж., Калжикеев А.А., Талипов Н.О. к вопросу о дренировании брюшной полости после операций на дистальных отделах желудочно-кишечного тракта. // Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. - 2017. - №1. - С.83-85.
6. Oren D., Atamanalp S.S., Aydinli B., Yildirgan M.I., Başoğlu M., Polat K.Y., Onbaş O. An algorithm for the management of sigmoid colon volvulus and the safety of primary resection: experience with 827 cases. *Diseases of the Colon & Rectum*. 2007. №50 (4). P. 489–497.
7. Liang J.T., Lai H.S., Lee P. H. Elective laparoscopically assisted sigmoidectomy for the sigmoid volvulus. *Surgical Endoscopy*. 2006. №20 (11). P.1772–1773.
8. Althans A.R., Aiello A., Steele S.R., Bhamra A.R. Colectomy for caecal and sigmoid volvulus: a national analysis of outcomes and risk factors for postoperative complications. *Colorectal disease*. 2019. Jul 1. doi:10.1111/codi.14747.
9. Fagan P.V., Stanfield B., Nur T., Henderson N., El-Haddawi F., Kyle S. Management of acute sigmoid volvulus in a provincial centre-a 20-year experience. *New Zealand Medical Journal*. 2019. №132(1493). P.38-43.
10. Atamanalp S.S., Atamanalp R.S. Sigmoid volvulus: avoiding recurrence. *Techniques in Coloproctology*. 2019. №23(4). P.405-406.
11. Johansson N., Rosemar A., Angenete E. Risk of recurrence of sigmoid volvulus: a single-centre cohort study. *Colorectal Disease*. 2018. №20(6). P.529-535.
12. Kuzu M. A., Aşlar A. K., Soran A., Polat A., Topcu O., Hengirmen S. Emergent resection for acute sigmoid volvulus: results of 106 consecutive cases. *Dis Colon Rectum*. 2002. №45(8). P.1085–1090.

ДИНАМИКА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ГРУППАХ РАДИАЦИОННОГО РИСКА ПОСТРАДАВШЕГО НАСЕЛЕНИЯ ВОСТОЧНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

М.К. Хакимов¹, М.Б. Исаков²

¹ Некоммерческое акционерное общество

Медицинский университет Семей,

кафедра неотложной медицины г. Семей, Республика Казахстан

² Кыргызская государственная медицинская академия

им. И.К. Ахунбаева,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе проанализирована распространенность заболеваний и показателей смертности за 2010-2014 гг. в 2-х группах с диапазоном доз 200,0-250,0 мЗв и 100,0-199,0 мЗв, подвергшихся радиационному облучению в результате испытаний на Семипалатинском ядерном полигоне. Полученные данные свидетельствуют о постлучевой реализации в отдаленном периоде после формирования эффективных доз облучения (40-50 лет), в группе лиц, подвергавшихся прямому облучению и их потомков во втором поколении. Регистрируется существенное изменение структуры онкозаболеваемости и онкосмертности в динамике; отмечено снижение удельного веса рака, локализованного в ЖКТ, и в 2-3 раза увеличивалась частота рака легких и бронхов, рака молочной железы женщин.

Ключевые слова: радиационный риск, онкологическая заболеваемость, Семипалатинский испытательный ядерный полигон.

DYNAMICS OF ONCOLOGICAL DISEASES IN THE RADIATION RISK GROUPS OF THE AFFECTED POPULATION OF THE EAST KAZAKHSTAN REGION

M.K. Khakimov¹, M.B. Isakov²

¹ Non-profit Joint-Stock Company Medical University of Semey, Department of
Emergency Medicine Semey, Republic of Kazakhstan

² Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary. The paper analyzes the prevalence of diseases and mortality rates for 2010-2014. in 2 groups with a dose range of 200.0-250.0 mSv and 100.0-199.0 mSv exposed to radiation as a result of tests at the Semipalatinsk nuclear test site. The data obtained indicate a post-radiation realization in the remote period after the formation of effective radiation doses (40-50 years), in the group of people exposed to direct radiation and their descendants in the second generation. A significant change in the struc-

ture of cancer and cancer mortality in dynamics is recorded; a decrease in the specific gravity of cancer localized in the gastrointestinal tract was observed, and the frequency of lung and bronchial cancer, and breast cancer of women increased by a factor of 2-3.

Key words: radiation risk, cancer incidence, Semipalatinsk nuclear test site.

Введение. Испытание ядерного оружия на Семипалатинском полигоне (1949-1989 гг.) стали причиной формирования радиационных ситуаций, на прилегающих к нему территориях Казахстана, связанных с неоднократным острым и длительным хроническим облучением больших по численности групп населения [1, 2]. Беспрецедентная длительность проводимых испытаний (40 лет), естественные демографические процессы оказали прямое влияние на формирование численности и возрастно-полового состава групп радиационного риска. В начале испытаний (5-15 лет), пострадавшее население в 85-90% случаев было представлено лицами, подвергавшимся прямому облучению (1- поколение) в различном диапазоне доз. В последующие годы нарастала численность групп риска, представленных их потомками. По состоянию на 2010 год на территориях, прилегающих полигону, проживало 356 тыс. человек, подвергавшихся облучению и их потомков. Из них: 107 тыс., лица, подвергавшиеся прямому облучению; 249 тысяч - их потомки во втором и третьем поколении. С радиобиологической и социальной точек зрения, сложившаяся ситуация, требовала постоянного медицинского контроля за состоянием здоровья пострадавшего населения, а также изучению механизмов возможного наследования детерминированных эффектов ионизирующей радиацией среди родителей их

потомками, что, в свое очередь, предполагало исследования по разработке методов индикации маркеров опосредованных радиационных повреждений [3,4, 5, 6].

Имеющиеся в литературе данные клинических исследований об изменениях в основных регуляторных системах организма при радиационном воздействии указывают на то, что функциональные изменения деятельности основных физиологических систем, как правило, имеют полисиндромный характер, что проявляется в первичных функциональных отклонениях, развитии донозологических состояний, трансформирующихся, с ростом дозовых нагрузок, в клинически узнаваемую патологию [7-9].

В современной радиобиологии существует общее мнение ученых о высокой чувствительности онкологических заболеваний, к действию ионизирующей радиации [10, 11, 12]. Существуют различные точки зрения по величинам доз вызывающих избытки онкологических заболеваний, однако большинство считают пределом дозы > 5 сЗв [13, 14]. В большинстве случаев, увеличение онкологических заболеваний в группах радиационного риска является своеобразным биологическим маркером [15,16].

Целью работы явился анализ показателей онкологической заболеваемости лиц, подвергавшихся радиационному воздействию и их потомков на

пораженной территории Казахстана для дальнейшего формирования соответствующей медицинской помощи пострадавшему населению.

Материал и методы. Работа выполнена на базе Научно-исследовательского института радиационной медицины и экологии МЗ РК (г. Семей).

Объектом исследования являлись группы радиационного риска, представленные двумя группами лиц, непосредственно подвергавшихся облучению в дозе 100,0-199,0 мЗв и 200,0-250 и более мЗв в возрасте 50 лет и старше и их потомки во втором поколении возрасте 40-49 лет. Контрольные группы были сформированы из населения Кокпектинского района Восточно-Казахстанской области (ВКО), не подвергавшиеся радиационному воздействию, а так же населением, прибывшим на территории ВКО после 1990 г. (так же не подвергавшиеся радиационному воздействию). По всем основным показателям, а так же методу распределения на лиц старше 50 лет и их потомков 40-49 лет, группы исследования были репрезентативны.

Основой выборки стали территории проживания населения Абайского, Бескарагайского, Жарминского и Бородулихинского районов ВКО.

Критерии отбора - проживание на изучаемых территориях ВКО, загрязнявшихся радиоактивными осадками в результате испытаний ядерного оружия на Семипалатинском испытательном ядерном полигоне (СИЯП).

Основой выборки численного и возрастного состава групп исследования послужили результаты ежегодного распределения, экспонированного ра-

диацией населения и необлучавшегося населения при скрининговых и стационарных обследованиях населения изучаемых районов, вошедших в базу данных Государственного научного автоматизированного медицинского регистра населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию (ГНАМР). Из архива НИИ РМиЭ были выкопированы первичные медицинские документы, в которых содержалась информация об установленных диагнозах лиц, вошедших в разработку по эпидемиолого-статистическому анализу динамики заболеваемости лиц основных и контрольной групп, за период 2010- 2014 гг.

Общий объем выборки для эпидемиолого-статистического анализа распространенности заболеваний за изучаемый период составил: 1626 человек (801 мужчин, 825 женщин); группа сравнения - 1382 человека (651 мужчин, 731 женщин), контрольная группа - 1491 человек (702 мужчин, 789 женщин). Проведен анализ движения населения, подвергавшегося радиационному воздействию в различном диапазоне доз, из четырех районов ВКО составившее 27 998 человек - 39,5% от общей численности населения. Лица, подвергавшиеся прямому облучению составили 8 768 человек (31,3%); потомки во втором поколении - 9071 человек (32,4%) и потомки в третьем поколении - 0159 человек (36,3%).

Для оценки динамики показателей смертности выкопированы акты-сертификаты по причинам смерти конкретных лиц, вошедших в группы исследования: по основной группе 3626 актов-сертификатов (1 754 мужчин;

1 872 женщин); в группе сравнения - 3184 акта-сертификата (1 624 мужчин; 1 560 женщин); по контрольной группе - 2976 актов-сертификатов (1427 мужчин; 1549 женщин).

Критерии исключения из выборки:

- лица по различным причинам не имеющие отношения к радиационным ситуациям прошлых лет;
- лица с юридически подтвержденными сведениями об эффектах воздействия нерадиационных факторов риска.

Стандартизация и алгоритм процедуры сбора данных обеспечивалась унифицированным характером обследования и регистрации эпидемиологического и клинического материала.

В таблице 1 представлена динамика распространенности среднегодовых показателей уровня заболеваемости в исследуемых группах за период 2010-2014 гг.

Таблица 1 - Динамика распространенности среднегодового уровня заболеваемости в исследуемых группах за период 2010-2014 гг. (случаев на 100000 населения).

Рубрики, классы болезней (МКБ-10)	Группы исследования			RR		P	
	Основная группа ЭЭД 200,0-250,0 мЗв	Группа сравнения ЭЭД 100,0-199,0 мЗв	Контрольная группа	RR1	RR2	P1<	P2<
Все классы болезней, в том числе:	3147,5	2615,6	2203,8	1,42	1,19	0,05	0,05
A00 - B99 - инфекционные и паразитарные заболевания	289,6	211,3	196,8	1,47	-	0,05	-
C00 - D49 - новообразования	2,85	2,45	1,62	1,76	1,51	0,05	0,05
D50 - D89 - болезни крови и кроветворных органов	182,3	121,6	109,5	1,66	-	0,05	-
E00 - E90 - болезни эндокринной системы	272,8	200,4	161,3	1,69	1,24	0,05	0,05
F60 - F90 - психические расстройства	183,5	171,3	105,8	1,64	1,62	0,05	0,05
G00 - G99 - болезни нервной системы	136,7	139,8	141,2	-	-	-	-
I00 - I99 - болезни системы кровообращения	685,4	510,7	403,9	1,7	1,27	0,05	0,05
J00 - J99 - болезни органов дыхания	613,7	499,8	410,6	1,5	1,21	0,05	0,05

K00 - K93 - болезни органов пищеварения	280,5	176,2	168,7	1,67	-	0,05	-
L00 - L99 - болезни кожи и подкожной клетчатки	127,8	132,4	134,9	-	-	-	-
M00 - M99 - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	134,7	138,8	132,6	-	-	-	-
N00 - N99 - болезни мочеполовой системы	139,8	141,3	145,7	-	-	-	-
Q00 - Q99 - врожденные аномалии	97,8	89,5	91,2	-	-	-	-

Как следует из табл. 1, по 8 классам заболеваний в основной группе и по 5 классам в группе сравнения регистрировалось существенное превышение среднегодовых показателей распространенности заболеваний по сравнению с контрольной группой. Общая распространенность заболеваний в основной группе - 3147,5 случая на 1000 населения; в группе сравнения - 2615,6

случая; в контрольной группе - 2203,8 случая, $RR=1,42;1,19$ ($p<0,05;0,05$).

В таблице 2 представлены среднегодовые показатели смертности в исследуемых группах за период 2010-2014 гг. Общая смертность в основной группе составила 1887,3 случая на 100000 населения; в группе сравнения - 1531,2 случая; в контрольной группе 1155,1 $RR=1,58;1,36$ ($p<0,05;0,05$).

Таблица 2 - Среднегодовые показатели смертности в группах исследования за период 2010-2014 гг. (случаев на 100000 населения)

Рубрики, классы болезней (МКБ-10)	Группы исследования			RR		P	
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа	RR1	RR2	P1<	P2<
Все классы болезней, в том числе:	1887,3	1531,2	1155,1	1,58	1,36	0,05	0,05
A00- B99 -инфекционные и паразитарные заболевания	118,6	112,3	78,4	1,51	1,44	0,05	0,05
C00- D 49- новообразования	248,3	155,1	123,8	2,0	1,26	0,01	0,05
D 50 - D 89 - болезни крови и кроветворных органов	81,4	76,2	74,4	-	-	-	-
E 00- E90- болезни эндокринной системы	68,7	41,2	37,4	1,84	-	-	-

G00- G99 -болезни нервной системы	52,3	47,4	45,8	-	-	-	-
I 00-1 99 - болезни системы кровообращения	826,4	690,4	456,7	1,81	1,51	0,01	0,05
J 00- J99- болезни органов дыхания	153,2	91,4	80,6	1,91	-	0,01	-
K00- K93 -болезни органов пищеварения	143,8	156,4	109,7	1,33	1,43	0,05	0,05
M 00- M 99 - болезни костномышечной системы и соединительной ткани	53,8	42,4	43,3	-	-	-	-
N 00- N99- болезни мочеполовой системы	82,5	71,2	59,6	1,39	1,2	0,05	0,1
Q 00- Q99- врожденные аномалии	58,3	47,2	45,4	-	-	-	-

Среди лиц основной группы по 7 классам заболеваний, как причинам смерти, зарегистрировано существенное превышение показателей смертности над таковыми контроле; в группе сравнения по пяти классам заболеваний, как причинам смерти, так же зарегистрированы существенное превышение показателей смертности над показателями в контрольной группе.

Относительные риски показателей смертности по отдельным классам заболеваний среди лиц основной группы колебались в пределах 1,39 - болезни мочеполовой системы - до 2,0 (новообразование), среди лиц группы сравнения от 1,2 (болезни мочеполовой систе-

мы) до 1,51 (болезни системы кровообращения).

Результаты и их обсуждение

В нашем исследовании, зарегистрированная динамика распространенности онкологических заболеваний, в исследуемых основной группе и группе сравнения, свидетельствовала о ее достоверно высоких уровнях по сравнению с контрольной группой.

В основной группе уровень онкозаболеваний колебался 268,6-280,3 случая на 100000 населения, в группе сравнения 239,2-251,8 случая, в контрольной группе 155,3-167,3 случая. Среднегодовой $RR=1,65; 1,35$ ($p<0,05; 0,05$) (рис. 1).

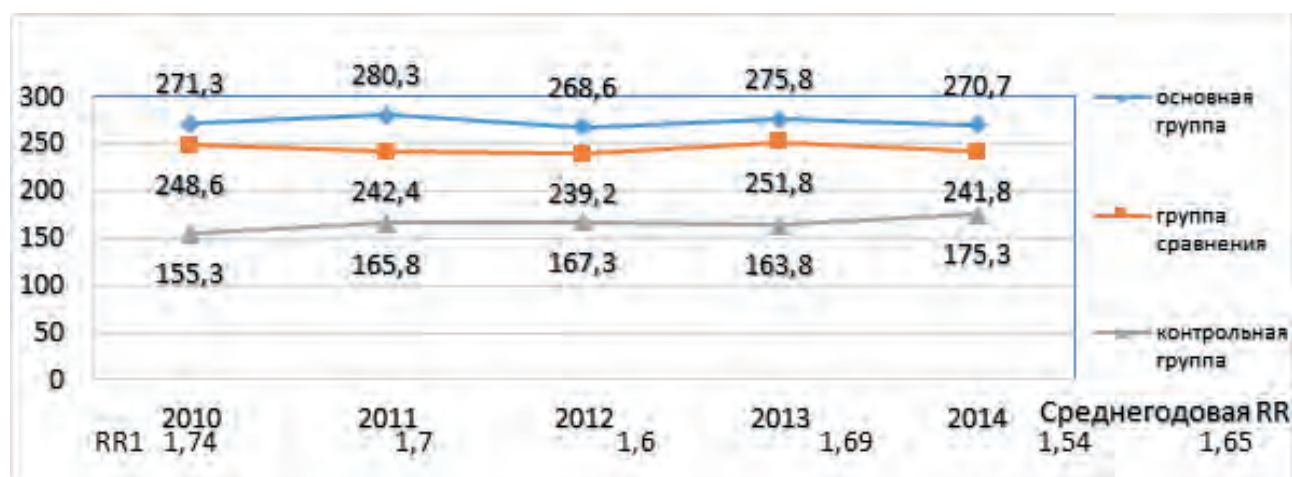


Рис. 1. Динамика распространенности уровней онкологических заболеваний в исследуемых группах (случаев на 100 000 населения).

В структуре онкологических заболеваний в исследуемых группах первое ранговое место занимал рак легких и бронхов (в среднем 25%), второе место занимал рак молочной железы женщин (в среднем 19,2%), четвертое и пятое ранговое место занимал рак желудка и пищевода (в среднем 11,2%; 12,0%) (табл. 3).

Таблица 3 - Структура онкологической заболеваемости в исследуемых группах, % (2010-2014 гг.)

Локализация злокачественных новообразований C00-D49 (МКБ-10)	Группы исследования		
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
Рак пищевода	9,3	12,0	11,7
Рак желудка	10,6	12,8	12,4
Рак печени	4,1	6,4	5,7
Рак кишечника	4,6	6,8	5,9
Рак поджелудочной железы	4,0	5,9	5,0
Рак легких и бронхов	30,3*	21,6	23,1
Рак молочной железы женщин	21,6*	17,3*	15,2
Рак глаза и головного мозга	7,8	8,4	9,7
Рак лимфоидной и кроветворной ткани	7,7	8,8	11,3
Всего	100%	100%	100%

*-указанные значения имеют достоверные различия с контрольной группой ($p < 0,05$)

Возрастное распределение уровней онкологических заболеваний в исследуемых группах показало, что в возрастных стратах 0-19 лет; 20-39 лет ее уровни не имели существенных различий в основной и контрольной группе (рис. 2).

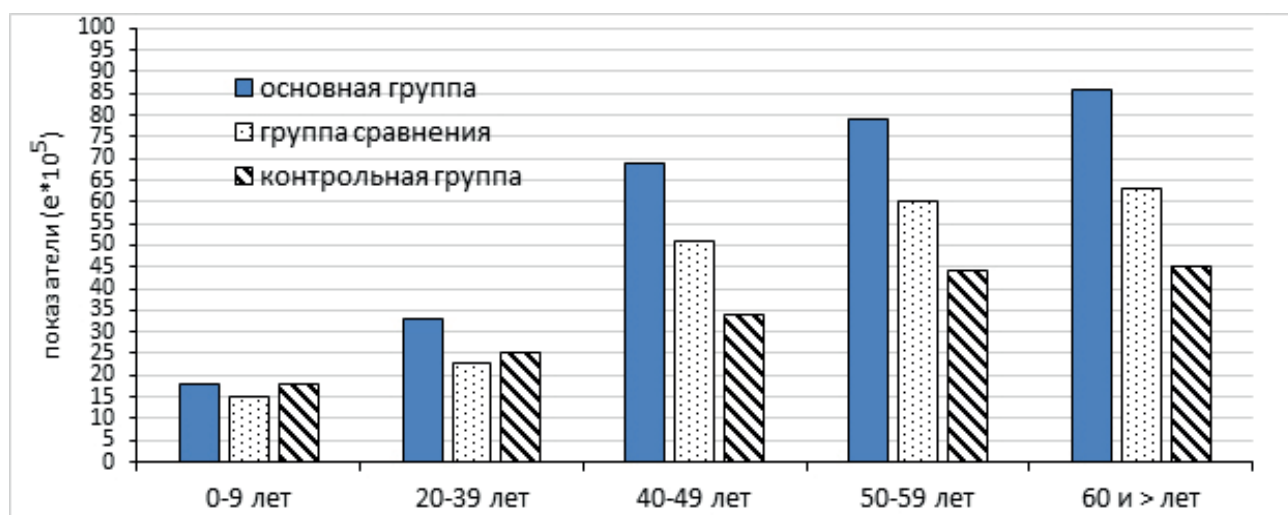


Рис. 2. Возрастное распределение уровней онкологических заболеваний в исследуемых группах (случаев на 100 000 населения).

В возрастной страте 40-49 лет уровни онкозаболеваемости в основной группе составили 69,2, в группе сравнения 51,3, в контрольной группе 34,6 случая на 100000 населения $RR=2,0;1,48$ ($p<0,01;0,05$). В возрастной страте 50-59 лет уровни рака в основной группе 78,2 случая, в группе сравнения 60,3, в контрольной группе 43,7 случая на 100000 населения $RR=1,78;1,37$ ($p<0,05;0,05$). В возрастной страте 60 лет и старше 85,3; 63,5; 45,7 соответственно на 100000 населения $RR=1,83;1,4$ ($p<0,05;0,05$).

Полученные результаты свидетельствовали о существенном превышении показатели онкологических заболеваний в отдаленном периоде среди лиц,

подвергавшихся воздействию в дозе 200,0-250,0 мЗв и их потомков во II поколении. Как было показано выше, два первых ранговых места в структуре онкологических заболеваний занимали рак легких и бронхов и рак молочной железы женщин. За изучаемый период динамика уровней распространенности рака легких и бронхов не претерпевала существенных изменений, однако в основной группе и группе сравнения уровней этих заболеваний были существенно выше, чем в контрольной группе (в основной группе более чем двукратное превышение, в группе сравнения полуторакратное) (рис. 3).

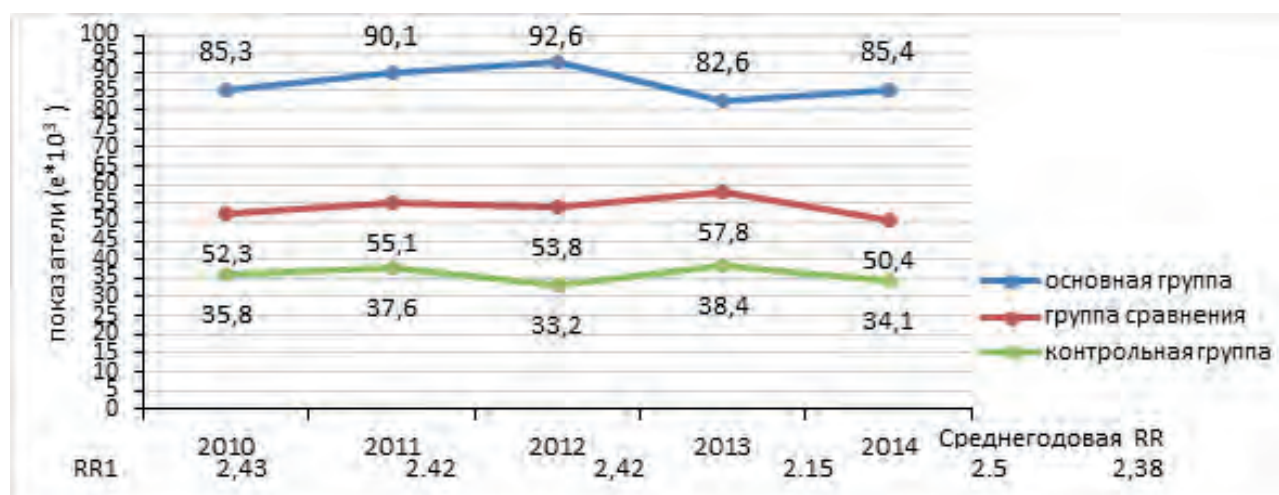


Рис. 3. Динамика распространенности уровней рака легких и бронхов в исследуемых группах (случаев на 100 000 населения).

В основной группе уровней рак легких и бронхов колебались в пределах 92,6 случая на 100000 населения. В контрольной группе 50,4-57,8 случая. При этом относительные риски колебались в пределах 2,15-2,5, а среднегодовой RR составил 2,38. В группе сравнения также зарегистрировано существенное превышение уровней этих заболеваний над показателями контроля, относи-

тельные риски в динамике колебались в пределах 1,47-1,6, среднегодовой RR составил 1,51.

Приблизительно та же картина регистрировалась при анализе динамики распространенности уровней рака молочной железы женщин, в основной группе и группе сравнения ее уровни существенно превышали показатели контроля (рис. 4).

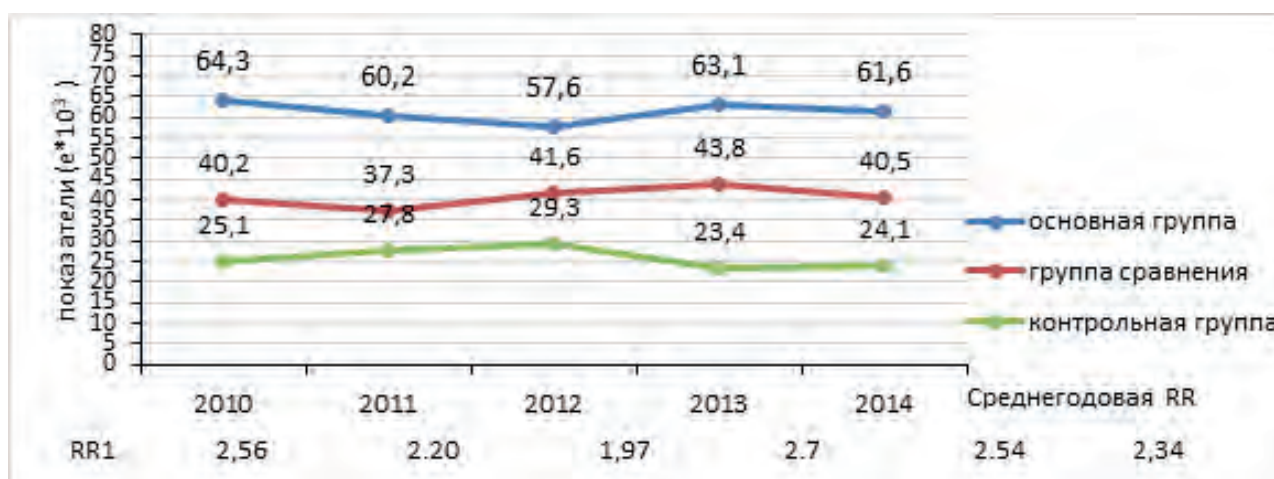


Рис. 4. Динамика распространенности уровней рака молочной железы у женщин в исследуемых группах (случаев на 100 000 населения).

Относительные риски в основной группе рака молочной железы колебались в высоких пределах, составляя 1,97;2,7, среднегодовой RR составил

2,34. В группе сравнения относительные риски были почти в два раза меньше и колебались в пределах 1,37;1,86, среднегодовой RR составил 1,58.

Динамика показателей смертности в исследуемых группах

На всем протяжении исследований наиболее высокие показатели смертности в основной группе зарегистрированы по злокачественным новообразованиям (рис. 5).

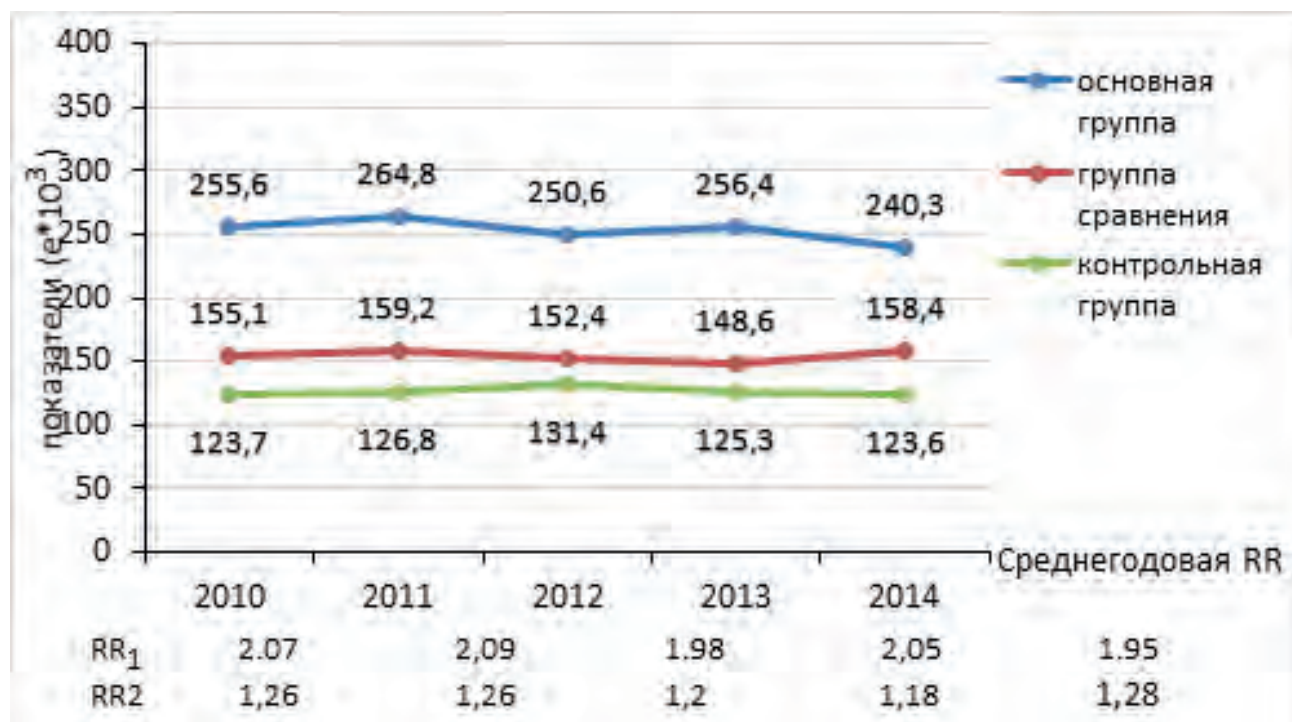


Рис. 5. Динамика распространённости показателей смертности, в группах исследования со злокачественными новообразованиями (случаев на 100 000 населения).

Как следует из рис. 5, уровни этих заболеваний как причин смерти в основной группе колебались в пределах 240,3-264,8, а относительные риски от 1,95 до 2,09, среднегодовой RR составил 2,03 ($p < 0,01$). В группе сравнения показатели смертности от этих заболеваний были значительно ниже, чем в основной группе, но достоверно выше, чем в контрольной группе и колебались в пределах 148,6-159,2, среднегодовой RR = 1,24 ($p < 0,05$).

Первое и второе ранговые места в структуре онкологической смертности занимали удельный вес рака легких и бронхов (в среднем 22,8%) и рака молочной железы женщин (в среднем 21,9%) (табл. 5). Удельный вес остальных локализации рака колебался от 3,6% (рак лимфоидной и кроветворной ткани), до 7,2% (рак глаза, головного мозга).

Таблица 4 - Среднегодовая структура смертности от злокачественных новообразований в исследуемых группах, % (2010-2014гг.)

Локализация злокачественных новообразований С00-D49 (МКБ-10)	Группы исследования		
	Основная группа	Группа сравнения	Контрольная группа
Рак пищевода	5,9	6,2	6,4
Рак желудка	6,1	6,4	6,8
Рак печени	5,3	5,7	6,3
Рак кишечника	4,2	4,8	5,7
Рак поджелудочной железы	4,1	4,9	5,8
Рак легких и бронхов	26,3	20,2	18,3
Рак молочной железы женщин	23,8	22,4	19,5
Рак матки	4,9	5,8	5,1
Рак шейки матки	5,1	5,7	5,2
Рак яичников	5,3	5,6	5,1
Рак глаза и головного мозга	5,4	7,2	8,3
Рак лимфоидной и кроветворной ткани	3,6	5,1	7,5
Всего	100%	100%	100%

Показатели смертности от рака легких и бронхов в основной группе и группе сравнения были достоверно выше, чем в контрольной группе. Относительные риски этой локализации рака в основной группе колебались от 2,4 (2012 год) до 3,3 (2014 год), среднегодовой RR составил 2,9 ($p<0,01$). В группе сравнения показатели смертности от рака легких и бронхов были почти в 3 раза меньше, чем в основной группе. Относительные риски колебались в пределах 1,3-1,4, среднегодовой RR составил - 1,33.

Так же, так и при анализе динамики показателей смертности от рака легких и бронхов, динамика показателей смертности от рака молочной железы женщин, претерпевая незначительные флюктуации, демонстрировала довольно высокие относительные риски в основной группе, которые колебались в

пределах 2,2-2,48 со среднегодовым $RR=2,3$ ($p<0,01$), в группе сравнения относительные риски этой локализации рака колебались в пределах 1,3-1,39, среднегодовой RR составил 1,36 ($p<0,05$).

Таким образом, нами установлена четкая дозовая зависимость увеличения показателей общей смертности от злокачественных новообразований, причем диапазон доз 200,0-250,0 и $>$ мзв оказался более чем в 3 раза эффективнее (основная группа), чем диапазон доз 100,0-199,0 мзв (группа сравнения).

Динамика показатели смертности демонстрировала их существенное превышение над показателями контроля по 7 классам заболеваний как причинам смерти в основной группе и 5 классам в группе сравнения. Наиболее высокие относительные риски среди лиц первой основной группы зарегистрированы по новообразованиям (2,0).

Несомненно, большой интерес представляли зарегистрированные нами онкологические эффекты ионизирующего излучения, которые являются установленными маркерами радиационных повреждений, что в свою очередь объективно подтверждает наличие радиогенных эффектов облучения в исследуемых нами группах радиационного риска.

Нами было установлено, что при непосредственном облучении населения большинства территорий, прилегающих к полигону в диапазоне доз от 100 мЗв и более онкологические эффекты имеют дозовую зависимость, что согласуется с радиобиологическим постулатом «доза-эффект». Повышение пороговых доз существенно увеличивает риски отдельных классов заболеваний - особенно онкологических. При этом, общая онкологическая заболеваемость и смертность, хотя и была и высокой, однако, относительные риски не превышали 1,4-1,7. Что касается отдельных локализации рака, то наибольшие относительные риски регистрировалось по раку легких и бронхов, а также раку молочной железы женщин, которые при дозах превышающих 150 и более мЗв составляли -2,2 по раку легких и бронхов и 1,8 по раку молочной железы женщин.

Значительный интерес представляла динамика онкозаболеваемости и смертности в регионах, прилегающих к полигону, за последние 40 лет. Так, через 15-20 лет от начала формирования эффективной эквивалентной дозы облучения (ЭЭД) в структуре онкологической заболеваемости и смертности преобладали опухоли, локализованные в же-

лудочно-кишечном тракте (ЖКТ), при которых рак пищевода и рак желудка занимали два первых ранговых места. В последующие 20 лет регистрируется существенное изменение структуры онкозаболеваемости и онкосмертности, когда существенно снижался удельный вес рака, локализованного ЖКТ, и в 2-3 раза увеличивалась частота рака легких и бронхов, рака молочной железы женщин. При этом, также получены несомненные подтверждения геронтологических эффектов ионизирующей радиацией в установленных дозах, подтверждающихся снижением возраста облучавшихся лиц и их потомков среди, которых зафиксированы существенное повышение рисков ЗНО.

Выводы:

1. Среди лиц основной группы по 8 классам заболеваний распространенность их уровней была существенно выше, чем в контрольной группе. Относительные риски этих классов заболеваний колебались в пределах 1,5 (болезни органов дыхания), 1,76 (новообразования).
2. В группе сравнения по 5 классом заболеваний так же было установлено существенное превышение среднегодовых уровней над показателями контроля. Относительные риски колебались в пределах 1,21 (болезни органов дыхания), 1,62 (психические расстройства).
3. Возрастное распределение уровней распространенности новообразований и болезни системы кровообращения показало их существенное превышение в основной группе и группе сравнения над показателями контроля возрастных страт 30 лет и старше.

4. Зарегистрированы высокие относительные риски общей онкологической заболеваемости в основной группе и в группе сравнения, так же установлено более чем двукратное и полуторакратное превышение относительных рисков по раку легких и бронхов, раку молочной железы женщин.

5. Избытки онкологических заболеваний в основной группе и в группе сравнения регистрировались в возрасте старше 40 лет, что свидетельствовало о их постлучевой реализации в отдаленном периоде после формирования эффективных доз облучения (40-50 лет), в группе лиц, подвергавшихся прямому облучению и их потомков во втором поколении (в возрасте 40-49 лет).

Литература

1. Апсаликов К.Н., Мулдагалиев Т.Ж., Масалимов Е.Т., Гусев Б.И., Мансарина А.Е. Динамика движения населения в районах Восточно-Казахстанской области, прилегающих к Семипалатинскому полигону и формирование групп радиационного риска. // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. № 2, 2012г. С.71-73.
2. Адылханов Т.А., Пивина Л.М., Аукенов Н.Е., Мадиева М.Р., Керимкулова А.С., Белихина Т.И. Показатели состояния здоровья населения Казахстана, подвергшегося радиационному воздействию // Сборник тезисов IX Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» (29 августа 2013 г.), Государственный медицинский университет г. Семей, 2013.-С. 260.
3. Апсаликов К.Н., Мулдагалиев Т.Ж., Гусев Б.И., Белихина Т.И. Современные медико-демографические проблемы населения Казахстана, подвергавшегося радиационному воздействию в результате испытаний ядерного оружия и их преодоление// Материалы VII Международной научно-практической конференции «Экология. Радиация. Здоровье» в г. Семей, Казахстан 27 августа 2011 г.С.17.
4. Сусков И.И., Кузьмина Н.С. Полигенная реализация мутагенных эффектов в организме людей, подвергающихся воздействию радиации в малых дозах // Радиационная биология. Радиоэкология. 2006. - Т. 43. - №2. -С. 150- 152.
5. Masayoshi Yamamoto, Junpei Tomita, Aya Sakaguchi, Yoshihito Ohtsuka, Masaharu Hoshi, Kazbek N. Apsalikov. Uranium isotopes in well water samples as drinking sources in some settlements around the Semipalatinsk Nuclear Test Site, Kazakhstan // Journal of Radioanal and Nuclear Chemistry, (2010) 284: 309-314.
6. Pivina L.M., Apsalikov K.N., Gusev B.I., Grosche B., Belihina T. Cohort study of health effects in the residents exposed to ionizing radiation- prospective // VIII Международная научно-практическая конференция «Экология. Радиация. Здоровье.» им. Б. Атчабарова 28-29 августа 2012 г., Семей- 2012 г.С. 26.
7. Баевский Р.М., Берсенева А.П., Берсенева Е.Ю., Ешманова А.К. Использование принципов донозологической диагностики для оценки функционального состояния организма при стрессорных воздействиях // Физиология человека.-2009.- Т. 35, №1.- С. 41-51.

8. Хомич Г.Е., Гамшей Н.В. Состояние гуморальных механизмов регуляции ритма сердца как индикатор Чернобыльского стресса // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: тезисы IX международной конференции. — Минск, 2008. - С.125-126.
9. Галич Б.В. Динамика структуры онкологической заболеваемости и уровня распространенности рака легких и бронхов экспонированного радиацией населения ВКО // Астана. 2009, №1.- С.45-47.
10. Молдагалиева Ж.Т., Галич Б.В, Шагиева Д.Ш.,Пивина Л.М. Особенности структуры онкологических заболеваний среди лиц, подвергавшихся я облучению в результате испытаний ядерного оружия и их потомков //Астана медициналык журналы 2009, №3(48),С. 124-127.
11. Leuraud K., Moissonnier M., Schubauer-Berigan M. K., Thierry-Chef I., Kesminiene A.. Cohort profile: the International Nuclear Workers Study (INWORKS)// *Int J Epidemiol*, 2015 doi: 10.1093/ije/dyv122.
12. Kamiya K., Ozasa K., Akiba S., Niwa O., Kodama K., Takamura N., Zaharieva E.K., Kimura Y., Wakeford R: Long-term effects of radiation exposure on health// *Lancet* 2015 (August); 386(9992):469- 78.
13. Ostroumova E., Hatch M., Brenner A., Nadyrov E., Veyalkin I., Polyanskaya O., Yauseyenko V., Polyakov S., Levin L., Zablotska L., Rozhko A., Mabuchi K. Non-thyroid cancer incidence in Belarusian residents exposed to Chernobyl fallout in childhood and adolescence: Standardized Incidence Ratio analysis, 1997-2011.*Environ Res.* 2016 Feb 3;147:44-49.
14. Sokolnikov, M. E., D. Preston, E. Gilbert, S. Schonfeld and N. A. Koshumikova Radiation effects on mortality from solid cancers other than lung, liver, and bone cancer in the Mayak worker cohort: 1948-2008 //2015, *PLoS One* 10, e0117784 DOI: 10.1371/journal.pone.0117784.
15. Кащеев В.В., Чекин С.Ю., Максютов М.А., Туманов К.А., Кочергина Е.В., Кащеева П.В., Щукина Н.В., Иванов В.К. Заболеваемость и смертность от солидных раков участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: оценка радиационных рисков, период наблюдения 1992-2009гг// *Radiat. Environ. Biophys.* 2014; DOI: 10.1007/s00411-014-0572-3.
16. Ансаликов К.Н., Белихина Т.И., Чайжунусова Н.Ж., Ажмуратова Г.К., Абдикаримова А.Г. Алгоритм установления связи эпидемиологических и клинических маркеров радиационного повреждения с онкологической заболеваемостью и смертностью потомков лиц, подвергавшихся прямому облучению // Международная научно-практическая конференция «Медицинские и экологические эффекты ионизирующего излучения», Северск-Томск, 12-14 апреля 2010г, С. 10-11.

УДК 616.346.2 - 002.1

ПОРОКИ РОТАЦИИ И ФИКСАЦИИ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ, СИМУЛИРУЮЩИЕ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ**Н.Н. Назаров, Н.Ш. Эргашев, Ф.М. Хуррамов, З.Ж. Бекнозаров**

Ташкентский педиатрический медицинский институт
(ректор – проф. Б.Т.Даминов),
кафедра госпитальной детской хирургии, детской онкологии
г. Ташкент, Узбекистан

*E-mail: naznur66@mail.ru**nazaroff.nur@gmail.com**x_fm@mail.ru*

Представлены анализ клинических проявлений 134 больных с пороками ротации и фиксации толстой кишки в возрасте от 1 года до 15 лет. Изучены причины и особенности клинических проявлений заболеваний, симулирующих острый аппендицит.

Ключевые слова: толстая кишка, колоноптоз, болезнь Пайра, дети.

MALFUNCTIONS OF ROTATION AND FIXATION OF THE COLON IN CHILDREN SIMULATING ACUTE APPENDICITIS**N.N. Nazarov, N.Sh. Ergashev, F.M. Khurramov, Z.Zh. Beknozarov**

Tashkent Pediatric Medical Institute (Rector - Prof. B.T.Daminov), Department
of Hospital Pediatric Surgery, Pediatric Oncology
Tashkent, Uzbekistan

Summary. The analysis of the clinical manifestations of 134 patients with malformations of rotation and fixation of the colon at the age of 1 year to 15 years. Studied the causes and clinical manifestations of diseases that simulates acute appendicitis.

Keywords: colon, colonoptosis, Payer disease, children.

Актуальность. Пороки ротации и фиксации толстой кишки (ПРФТК) являются довольно распространенной патологией. Диагностика данных пороков является актуальной, ввиду того, что эти аномалии долгое время не проявляются, но осложнения или трудности в случае возникновения острого заболевания в

брюшной полости и разные взгляды в таких случаях в вопросе объема оперативного вмешательства, свидетельствуют о необходимости более углубленного изучения данного порока в вопросах ранней диагностики [1, 2].

Основные клинические симптомы заболевания проявляются в детском

возрасте, постепенно достигая максимума к 7-14 годам жизни, в дальнейшем способствуя возникновению вторичных воспалительных заболеваний желудочно-кишечного тракта, представляя диагностические трудности в постановке окончательного диагноза [3, 4].

ПРФТК возникают большей частью в неонатальном периоде и обычно проявляются уже в раннем возрасте, но, по данным литературы, могут обнаруживаться как случайные находки во время операций или на аутопсии, либо поздно проявляться клинически у детей старшего возраста и у взрослых. Иногда сочетание нескольких аномалий тонкого и толстого кишечника не беспокоит больных или имеет хроническое течение с болевым синдромом и хроническим запором [5, 6].

Хронические рецидивирующие боли в животе отмечаются у 10-15% детей и подростков. В настоящее время известно, что причинами хронических болей в животе могут быть нарушения фиксации толстой кишки (ТК). Этим заболеваниям мало уделяется внимания со стороны педиатров и детских хирургов. Несмотря на то, что эта патология известна давно, публикаций, посвященных этому вопросу, как в отечественной, так и в зарубежной литературе крайне мало. Особенно это касается детского возраста [3-7].

Цель работы – изучить особенности клинических проявлений пороков ротации и фиксации толстой кишки, симулирующих острый аппендицит у детей.

Материал и методы исследования. Проанализированы результаты исследования 134 детей с ПРФТК в возрас-

те от 1 мес. до 15 лет, проведенные в отделениях клинических баз кафедры госпитальной детской хирургии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Были проведены: а) клинико-лабораторные исследования крови, мочи; б) обзорная рентгенография брюшной полости; в) рентгено-контрастные методы исследования (пассаж ЖКТ, ирригоскопия с ирригографией); г) экскреторная урография; д) эндоскопические методы исследования (ФГДС, колоноскопия, ректороманоскопия).

При выборе метода исследования больных детей учитывали информативность применяемого метода диагностики в определенной последовательности, по принципу от простого, общедоступного, к сложному. Рациональное сочетание их позволяет дополнять результаты полученных данных.

Результаты и обсуждение

ПРФТК чаще встречался у мальчиков (59,7%), чем у девочек (40,3%). Частота отдельных нозологических форм в различных возрастных группах неравномерна. Преобладали отсутствие или нарушение фиксации ТК – 114 (85,1%). Провисание печеночного изгиба ТК выявлено у 13 (9,7%), провисание селезеночного изгиба ТК – у 3 (2,2%), болезнь Пайра (БП) – у 27 (20,1%), тотальный птоз – у 15 (11,2%), отсутствие фиксации правой половины ТК – у 56 (41,8%) больных.

Патологическая фиксация имела место у 20 детей (14,9%). У всех отмечены нарушения ротации ТК в виде: высокое расположение слепой кишки – у 13 (9,7%); левостороннее расположение слепой кишки – гиперротация – у 2

(1,5%); синистропозиция толстой кишки (СТК) – у 5 (3,7%) больных.

Из 134 больных 72 (53,7%) поступили в клинику по экстренным показаниям с признаками острой хирургической патологии. У 12 (16,7%) в ходе наблюдения исключена острая хирургическая патология. При дальнейшем плановом обследовании выявлены различные формы ПРФТК: БП – у 4 больных; тотальный птоз – у 4; провисание печеночного сгиба ТК – у 2; СТК – у 2 больных. Дети прооперированы в плановом порядке с установленными до операций диагнозами.

В плановом порядке для обследования госпитализированы 62 больных: с

хроническими запорами – 20; с хронической рецидивирующей болью в животе – 10; с синдромом рвоты – 5 больных. С сочетанием выше перечисленных признаков – 27 больных.

Из 62 больных, поступивших в плановом порядке, у 15 (24,2%) были подозрения на пороки вращения без конкретного диагноза. У остальных 47 (75,8%) направительные диагнозы были разнообразными. При этом учитывался лишь ведущий клинический признак (отсутствие стула или болевой абдоминальный синдром) без детального анализа обследования больных (табл. 1).

Таблица 1– Направительные диагнозы больных, поступивших в плановом порядке (n=62)

Диагноз	Количество больных
Хронический запор	19 (30,7%)
Подозрение на ПРФТК	15 (24,2%)
Долихосигма	7 (11,3%)
Хронический гастродуоденит	4 (6,5%)
Синдром рвоты	3 (4,83%)
Энкопрез	3 (4,83%)
Хронический энтероколит	3 (4,83%)
Спаечная болезнь	2 (3,2%)
Хронический аппендицит	2 (3,2%)
Заболевания мочевыводящих путей	2 (3,2%)
Полип прямой кишки	1 (1,6%)
Дискенизия желчевыводящих путей	1 (1,6%)
Всего	62 (100%)

Все эти больные долго и безуспешно лечились консервативно у гастроэнтерологов, 14 из них подверглись необоснованному оперативному вмешатель-

ству – аппендэктомии, 2 – лапаротомии по поводу спаечной кишечной непроходимости.

При клинико-рентгенологической верификации выявлены следующие формы ПРФТК: болезнь Пайра (рис. 1) – у 23 больных; нависание правой половины ТК (рис. 2) – у 11; тотальный птоз (рис. 3) – у 11; нефиксированная слепая кишка (рис. 4) – у 9; нависание левой половины ТК – у 3; СТК – у 3; левосторонняя гиперротация слепой кишки – у 2. Из них у 6 больных с болезнью Пайра, у 4 – с нависанием правой половины толстой кишки, у 2 – с тотальным птозом, у 2 – с нефиксированной слепой кишкой проведена аппендэктомия до постановки окончательного диагноза, но боли после операции сохранялись.



Рис. 1. Контрастная ирригография. Значительное провисание поперечной части толстой кишки. Синдром Пайра.



Рис. 2. Контрастная ирриграмма толстой кишки. Правосторонний птоз. После частичного опорожнения.



Рис. 3. Контрастная ирригограмма. Общий птоз.



Рис. 4. Контрастная ирригограмма. Нефиксированная слепая кишка.

Из-за нарушения пассажа кишечного содержимого, резких перегибов ободочной кишки в области печеночного и селезеночного углов у части больных развивался рефлюкс-илеит, проявляющийся болями в правой половине живота. Застой каловых масс в правой половине ТК приводил к повышению внутрикишечного давления. Кишечный стаз, дисбактериоз вызывали воспали-

тельный процесс со стороны слизистой илеоцекального угла и в итоге вели к нарушению функции илеоцекального запирающего аппарата.

У 57 (42,5%) больных боли в животе были приступообразными или носили постоянный характер. Из анамнеза стало ясно, что больные до появления острого процесса имели жалобы на боли в животе. Боли у них усиливались

при физической нагрузке, после приема обильной пищи. Локализация болей была непостоянной, чаще – в правой половине живота и в области пупка. Симптомы заболевания нередко приводили к ошибочным диагнозам хронического или острого аппендицита, почечной колики, желчекаменной болезни т.д.

По нашим данным, ПРФТК у 63 (47%) больных встречались в сочетании с другими заболеваниями ЖКТ и забрюшинного пространства, существенно влияли на течение и исход заболевания. Они были выявлены во время плановых исследований или во время операции. При некоторых формах ПРФТК в патологический процесс последовательно вовлекаются почти все органы пищеварительной системы. Однако в центре внимания врача долгие годы находятся доминирующие клинические признаки конкретной нозологии и не учитываются изменения в других органах пищеварения, обусловленные ПРФТК. Это обстоятельство порождает ошибки в тактике лечения.

Заключение

Ретроспективный анализ анамнестических данных показывает, что у большинства детей, оперированных по поводу острого аппендицита, при атипичном его расположении, возникших на фоне аномалий ротации и фиксации ТК, выявлены те же признаки, что и у больных, прооперированных в плановом порядке.

Отметим неяркое начало заболевания, когда клиническая картина проявляется как бы исподволь на фоне общего здоровья, а затем постепенно нарастает. Первичным симптомом больных, поступивших в плановом порядке, в

80% случаев – запоры или их комбинация с болями в животе. Абдоминальный болевой синдром как первый признак страдания выявляется только у 20% пациентов. Несмотря на раннюю манифестацию ПРФТК у детей, пик обращаемости пациентов в хирургическую клинику соответствовал возрасту 10–15 лет. У 20% больных, поступивших в экстренном порядке, из анамнеза выявлено, что у них имелись нечетко выраженные боли и запоры, проходящие без консервативной терапии.

ПРФТК и их топографо-морфологические вариации не казуистичны, а составляют важную часть патологии ЖКТ. В большинстве случаев до сих пор различные формы этой патологии диагностируются на операционном столе при возникновении осложнений. Вместе с тем тщательный и вдумчиво проанализированный анамнез с последующим объективным исследованием позволяют диагностировать эти аномалии до развития осложнений и проведении необоснованной аппендэктомии.

Литература

1. Эргашев, Н.Ш. Особенности клиники и диагностики мальротации и аномалий фиксации кишечника у детей / Н.Ш. Эргашев, Ж. Б. Саттаров // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2014. – Т. 173. – №4. – С. 73–77.
2. *Persistent gastrointestinal symptoms after correction of malrotation* [S.P. Devane, R. Coombes, V.V. Smith, et al.] // *Arch. Dis. Child.* – 1992. – 67(2). – P. 218–221.
3. Ахпаров, Н.Н. Клинический случай синдрома мальротации у ребенка с полной инверсией внутренних органов / Н.Н. Ахпаров, С.Б. Сулейманова, К.С. Ашир-

- бай // *Детская хирургия*. – 2017. – Т. 21. – № 6. – С. 322–325.
4. Ameh, E.A. Age-related differences in diagnosis and morbidity of intestinal malrotation / E.A. Ameh, L.B.Chirdan // *J Am Coll Surg*. – 2008. – Vol. 206. – № 4. – P. 658-663.
5. Конотопцева, А.Н. Случай ультразвуковой диагностики нарушения ротации и фиксации «Средней кишки» - синдрома Ледда / А.Н. Конотопцева // *Сиб. мед. журн. (Иркутск)*. – 2010. – Т. 97. – № 6. – С. 261–262.
6. Эргашев, Н. Ш. Диагностика и хирургическая тактика при обратной ротации кишечника у детей / Н.Ш. Эргашев, Ж.Б. Саттаров // *Детская хирургия*. – 2014. – Т. 18. – №3. – С.29-32.
7. Ленюшкин, А.И. Аномалии ротации и фиксации кишечника у детей (клиника, диагностика, лечебная тактика) / А.И. Ленюшкин, И.Н. Хворостов // *ВСП*. – 2007. – №5.

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ С ГИДРОЦЕФАЛИЕЙ

Т.О. Омурбеков, М.С. Назаралиев

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

Резюме. В данной статье изучена разработка комплексной диагностической программы для оценки состояния больных детей с гидроцефалией. Проведен анализ результатов комплексного обследования и динамического наблюдения детей грудного возраста с гидроцефалией.

Ключевые слова: гидроцефалия, дети, нейросонография, магнитно-резонансная томография, рентгенография.

БАЛДАРДЫН ГИДРОЦЕФАЛИЯ ООРУУСУН ТОЛУК НУР УСУЛДАРЫ АРКЫЛУУ АНЫКТОО

Т.О. Омурбеков, М.С. Назаралиев

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

Корутунду. Бул макалада балдардын гидроцефалия ооруусунун негизги көрүнүштөрүн комплекстүү түрдө изилдөөсү жана алардын натыйжалары көрсөтүлдү.

Негизги сөздөр: гидроцефалия, балдар, нейросонография, магниттик резонанс томографиясы, рентгенография.

COMPLEX RADIODIAGNOSTICS IN CHILDREN WITH HYDROCEPHALUS

T.O. Omurbekov, M.S. Nazaraliev

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

Summary. The elaboration of complex diagnostic programme for the estimation the condition of sick children with hydrocephalus is studied in this article. It was carried out the analysis of complex examination results and the dynamic observation of the infants with hydrocephalus.

Key words: hydrocephalus, children, neurosonography, magnetoresonant tomography, roentgenography.

Введение. Согласно современным представлениям, гидроцефалия - это не болезнь в нозологическом плане, а синдром или симптом нарушения ликвородинамики, вызванный самыми различными заболеваниями [1,2].

Диагностика и лечение гидроцефалии у детей является одной из актуальных и сложных проблем педиатрии и детской нейрохирургии. Она является одним из самых распространенных заболеваний у детей [3,4,5]. Согласно статистическим исследованиям, врожденная гидроцефалия составляет 1-4 случая на 1000 родившихся детей. Прогрессирующее течение приводит к тяжелым неврологическим и психическим дефектам, а в дальнейшем - к инвалидизации с утратой трудоспособности. По данным международного общества детских нейрохирургов, в течение первого года жизни без хирургического лечения умирает 75% больных с гидроцефалией, а из оставшихся в живых детей 85% страдают грубыми психическими и физическими нарушениями [1,4,5].

В настоящее время основным требованием в диагностике является малая инвазивность, особенно в детской практике. Такие современные методы, как нейросонография (НСГ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) отвечают этому требованию и позволяют

объективно оценить наличие гидроцефалии и их анатомические особенности [2,3,4,5]. Полученная информация позволяет выработать оптимальный алгоритм хирургического лечения на самых ранних сроках жизни ребенка.

Материал и методы исследования

Настоящая работа основана на комплексном обследовании 60 больных с гидроцефалией в возрасте от 3-х месячного возраста до 5 лет и динамическом наблюдении за больными, находившимися на лечении в нейротравматологическом отделении Городской Детской клинической больницы скорой медицинской помощи в период с 2017 по 2019 год.

Всем детям проводилось комплексное обследование: неврологический осмотр, нейросонография (НСГ) при открытом большом родничке, магнитно-резонансная томография (МРТ), при необходимости - рентгенография на наличие шунта.

Из 60 пациентов, находившихся на лечении, 58 было выполнено МР исследование головного мозга, что составило 96,7%. Нейросонография проведена всем детям, а также в динамике. В то же время в процессе работы нами были выявлены недостатки данной методики (табл. 1), которые необходимо учитывать при оценке результатов НСГ.

Таблица 1 - Результативность нейросонографии у детей с гидроцефалией (n=60)

Результативность	Характер течение гидроцефалии			Всего больных	
	ССК	СК	СДК	абс.ч.	%
Позитив	16	11	24	51	85,0

Негатив	-	2	4	6	10,0
Дефект	-	1	2	3	5,0
Всего	16	14	30	60	100,0

ССК – стадии субкомпенсации; СК – стадии компенсации; СДК – стадии декомпенсации

В оценке используемых лучевых методов (НСГ и МРТ) мы выделили группы больных, у которых применение метода диагностики позволило оценить, вернее, установить характер повреждения (позитив). В группу «негатив» вошли дети, у которых при НСГ картина была не достаточно ясной, и для уточнения требовалось выполнение МРТ, а в группу «дефект» мы включили детей, у которых НСГ не внесли ясности в характер поражения. Информативность НСГ составила 85%.

МРТ диагностика была проведена у 58 детей с гидроцефалией. Принципиальным отличием изображения при МРТ является возможность проведения сканирования в саггитальной плоскости (плоскость проходит параллельно продольной оси тела, что позволяет детально оценить третий желудочек, водопровод мозга, четвертый желудочек, выходы из него и переход ликворной системы головного мозга в спинальную ликворную систему). Результаты МРТ даны в таблице 2.

Таблица 2 - Результативность магнитно-резонансной томографии у детей с гидроцефалией (n=58)

Результативность	Характер течение гидроцефалии			Всего больных	
				абс.ч.	%
Позитив	14	13	27	54	93,10
Негатив	-	1	2	3	5,17
Дефект	-	-	1	1	1,72
Всего	14	14	30	58	100,0

У 3 больных причиной гидроцефалии были мальформации Арнольда–Киари, которые были выявлены методом МРТ. В группу «дефект» мы включили детей, у которых при рентгенографии черепа обнаружен вдавленный перелом черепа, а МРТ обследование не указало причины гидроцефалии.

Информативность МРТ составила 93,10% у детей с гидроцефалией, причем при ССК, СК и СДК она достигала

100%, и лишь у 3 больных из 60 обследованных при СК и СДК требовалось повторное исследование для решения вопроса о выборе тактики лечения.

Одним из наиболее важных диагностических методов, характеризующих состояние катетера и их расположение в послеоперационном периоде, являлась рентгенография. Обнаружение смещения, миграции и разрыва катетера указывало на причины дисфункции

шунтирующей системы и позволяло выбрать рациональную тактику лечения у детей с гидроцефалией. Рентгенография произведена у 10 детей на 3-4 сутки после ликворошунтирующей операции, а также при подозрении на осложнения в динамике и через 3-5 лет после операции (табл. 3).

Таблица 3 – Результативность рентгенографии за наличие шунта у детей с гидроцефалией (n=46)

Виды осложнений	Всего
Вторичное смещение проксимального конца катетера	12 (26,08%)
Вторичное смещение дистального конца катетера	26 (56,52%)
Миграция катетера	2 (4,34%)
Разрыв или дисконнекция катетера	6 (13,04%)
Итого	46 (100,0%)

В первые сутки после операции (раннее) рентгенография за наличие шунта проведена из-за погрешности в технике операционного пособия, которое оправдалось у 6,52% пациентов. Рентгенография при подозрении на миграцию или разрыв катетера оправдана у 17,39% пациентов, а вторичное смещение дистального конца катетера через определенное время - у 56,52%.

Таким образом, в результате проведенного исследования выявлены объективные диагностические критерии гидроцефалии и их ликворошунтирующих осложнений при комплексном применении лучевых методов (НСГ, МРТ и рентгенографии). Каждый метод исследования в отдельности может дать ценную диагностическую информацию для выявления гидроцефалии и их послеоперационных осложнений. Для детей первого года жизни начальным ее этапом является НСГ, для более

точной топической диагностики необходимо проведение МРТ, а в послеоперационном периоде для наблюдения за катетером - рентгенография за наличие шунта. Только комплексный подход позволяет повысить качество диагностики при гидроцефалии и их ликворошунтирующих осложнений, выбрать рациональную тактику лечения, включая нейрохирургическое, и оптимизировать прогноз.

Литература

1. Зиненко, Д.Ю. Новый подход к диагностике и лечению постгеморрагической гидроцефалии у недоношенных детей / Д.Ю. Зиненко, М.Ю. Владимиров // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т. 3, № 3. – С. 5-10.
2. Патрушев, А.В. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода. / А.В. Патрушев, М.А. Мурашко, С.А. Дворянский // Министерство здравоохранения и социального разви-

- тия Республики Коми. Информационно-методическое письмо. Сыктывкар, 2005. С.- 12 с.*
3. Воробьёв, А.М. Клинико-морфологическая оценка врождённой гидроцефалии у детей / А.М. Воробьёв // Бюл. Восточно-Сибирского научного центра. – 2005, – № 3, – С. 288–289.
 4. Скрининг-диагностика структурных внутричерепных изменений (основы, оптимальные технологии и перспективы) / [А.С. Иова, Ю.А. Гармашов, Т.Н. Трофимова и др.] // Материалы науч.-практич. конференции «Актуальные проблемы современной неврологии, психиатрии и нейрохирургии». – СПб, 2003. – С. 238- 239.
 5. Хачатрян, В.А. Итоги и перспективы изучения проблем гидроцефалии / В.А. Хачатрян // Нейрохирургия и неврология детского возраста. – 2005. - №3. –С. 3-21.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА МУМИЕСОДЕРЖАЩИМ ПРЕПАРАТОМ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА

С.М. Эргешов, Н.У. Усенова

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

Резюме. На сегодняшний день заболевания периодонта занимают третье место по частоте обращаемости после кариеса зубов и пульпита. Согласно данным ВОЗ из-за болезней периодонта потеря зубов происходит гораздо чаще, чем по другим причинам. В нашем исследовании установлена эффективность препарата «мумийод» электрофореза в комплексном лечении хронического верхушечного периодонтита до 84 % в срок до 12 месяцев.

Ключевые слова: Мумие, йод, электрофорез, хронические верхушечные периодонтиты, лечение.

МУМИЕ КОШУЛГАН ДАРЫСЫН ӨНӨКӨТ АПИКАЛДЫК ПЕРИОДОНТИТТЕ КОМПЛЕКСТИК ДАРЫЛООДО ЭЛЕКТРОФОРЕЗ МЕНЕН КОЛДОНУУ

С.М. Эргешов, Н.У. Усенова

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

Корутунду. Бүгүнкү күнгө чейин периодонттун оорулары тиштин оорулары боюнча кайрылууда, тиштин кариеси жана пульпиттен кийин, үчүнчү орунда турат. ВОЗдун маалыматына жараша периодонт оорулары учун тиш жоготуу алда канча көп башка себептерге салыштырганда. Биздин изилдөөдө өнөкөт апикалдык периодонтитти дарылоодо дары «мумийод» электрофорези натыйжалуулугу 12 айдан кийин 84% чейин.

Негизги сөздөр: Мумие, йод, электрофорез, өнөкөт апикалдык периодонтиттер, дарылоо.

APPLICATION OF ELECTROPHORESIS BY MUMIC- CONTAINING MEDICINE IN THE COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC APICAL PERIODONTITIS

S.M. Ergeshov, N.U. Usenova

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

Resume. To date, periodontal diseases occupy the third place in the frequency of circulation after teeth caries and pulpitis. According to WHO, due to periodontal disease, tooth loss occurs much more often than for other reasons. The effectiveness of the mumiyo preparation of electrophoresis in the complex treatment of chronic apical periodontitis was established up to 84 % at 12 months.

Key words: Mumiyo, iodine, electrophoresis, chronic apical periodontitis, treatment.

Введение. Лечение хронического верхушечного периодонтита, особенно в многокорневых зубах, относится к числу сложных и окончательно нерешенных проблем стоматологии. Основную трудность представляет прохождение корневых каналов, механическая и медикаментозная обработка микроканалов, периапикальных тканей и полноценное пломбирование корневых каналов.

В этом плане введение лечебных препаратов непосредственно в корневые каналы и периапикальные ткани с помощью электрического тока выгодно отличается от других видов лекарственной терапии: медикаменты проникают в труднопроходимые каналы и их разветвления, в патологически измененных периапикальных тканях можно депонировать препараты, обладающие противовоспалительным и стимулирующим процесс регенерации действием.

Постоянный ток дополняет терапевтическое действие лекарств: расширяются сосуды, улучшается питание периапикальных тканей, ускоряется кровоток, что способствует более быстрому выведению токсинов и патологических продуктов обмена, повышается фагоцитарная активность, улучшается обмен веществ, процесс регенерации и др. Наконец, постоянный ток является нежным раздражителем рецепторного поля периапикальных тканей, что реф-

лкторно способствует нормализации трофики. Постоянный ток оказывает и болеутоляющее действие, понижая возбудимость периапикальных тканей. Особенно эффективна методика внутриканального электрофореза при лечении зубов, не выдерживающих герметизма.

Накопилось много информации в литературе об эффективности электрофореза азотнокислого серебра, йодистого калия, фтористого натрия. [1,2,3]. Однако нередко после введения указанных препаратов наблюдались случаи обострения патологического процесса.

Целью настоящей работы является изучить эффективность внутриканального “Мумийод” электрофореза в комплексном лечении периодонтитов.

Мумиё – древний «чудотворный бальзам», это сок скал или, как его в народе называют «кровь горы» и является органо - минеральным продуктом природного происхождения.

Удельный вес — 2—2,6 г/см³; температура плавления — +81 °С; pH 0,5 % раствора — 6,7—7, при хранении повышается до 7,5. При хранении мумиё постепенно отвердевает (литифицируется) за счёт потери влаги.

Мумие содержит около 28 химических элементов, 30 макро-, микроэлементов, 10 оксидов металлов, 6 аминокислот, ряд витаминов, эфирных масел,

пчелиный яд, смолоподобные вещества.

Благодаря сложному составу, наличию большого количества химических соединений, удачно биологически сочетающихся в одном веществе, мумие лечебно действует при множестве заболеваний. Каждый из компонентов мумие способен влиять на соответствующие обменные процессы организма, усиливать регенерационные процессы в тканях, может оказывать противовоспалительное, антитоксическое, общеукрепляющее действие.

В литературе имеются сообщения о применении мумие в медицине. Положительное воздействие мумие было доказано при следующих заболеваниях: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, хронические

колиты, гастрит, бронхиальная астма, эрозия шейки матки, радикулит, переломы костей, лучевая болезнь, тромбоз, флебит, открытые и гнойные раны, экзема, псориаз [4,5,6]. В стоматологии мумие использовано при лечении переломов челюстей и болезней пародонта. Лечение проводилось перорально, в виде электрофореза 2% и аппликации 5% раствора мумие.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находятся 30 больных, в возрасте от 18 – 40 лет, которым был проведен внутриканальный электрофорез мумийодом (2% раствор мумие и 5% раствором йода) при лечении 31 зубов (по поводу хронического фиброзного периодонтита – 7, гранулирующего – 10 (рис. 1), гранулематозного – 14 (рис. 2).

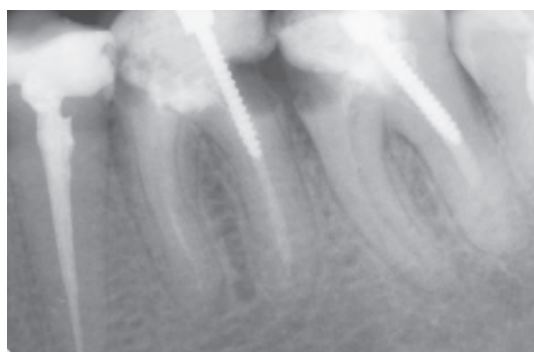


Рис. 1. Клинический пример №1.

Диагноз: Хронический гранулирующий периодонтит 36, 37 зубов.



Рис. 2. Клинический пример №2.

Диагноз: Хронический гранулематозный периодонтит 26 зуба.

При первом посещении проводили инструментальную и медикаментозную обработку корневых каналов с применением гелей на основе ЭДТА и 3%-ного раствора гипохлорита натрия.

Внутриканальный электрофорез проводили по методике Л.Р. Рубина, после тщательной механической и медикаментозной обработки проходимых корневых каналов. Сеансы электрофореза повторялись по показаниям 3-4 раза [7]. На последнем этапе корневые каналы пломбировались силлером AN-plus с гуттаперчевыми штифтами.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования показали, что за всё время наблюдения не было ни одного случая обострения процесса ни в ближайшие, ни в отдалённые сроки лечения, требующего хирургического вмешательства. Некоторые пациенты предъявляли жалобы на дискомфорт

и незначительную болезненность при окклюзионной нагрузке на зуб после постоянного пломбирования, которые исчезали через 2-3 дня. Чаще всего это было связано с непреднамеренным выведением препарата в периапикальные ткани. При применении «мумийод» электрофореза непосредственно после пломбирования корневых каналов в области 8 зубов возникали осложнения, то есть обострение хронического процесса, которые удавалось купировать в течение 3-4 дней при назначении флюктуирующих токов.

Через 12 месяцев обследовано 22 пациентов, в области 18 зубов отмечалась положительная динамика с отсутствием жалоб, с полным и частичным восстановлением структуры костной ткани, рентгенологически подтверждаемым уменьшением очага деструкции (рис. 3, 4).



Рис. 3. Клинический пример №3.

Диагноз: Хронический гранулирующий периодонтит 36, 37 зубов.

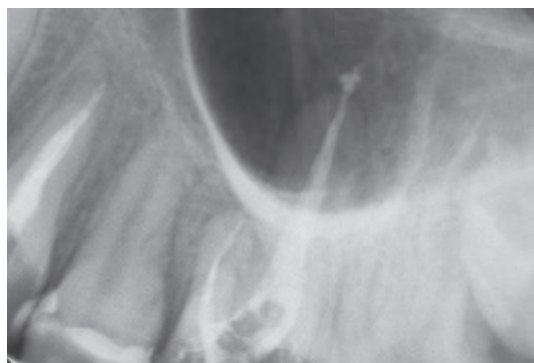


Рис. 4. Клинический пример №4.

Диагноз: Хронический гранулематозный периодонтит 26 зуба.

Сроки частичного и полного выздоровления у пациентов, с положительной динамикой, были различными, в среднем до 1 года, и зависели от пер-

воначального размера деструктивного процесса, количества корневых каналов, возраста пациента, индивидуальных особенностей (таблица).

Таблица - Сроки восстановления костной ткани

Через 12 месяцев	Без изменений	Частичное восстановление костной ткани	Полное восстановление костной ткани
3 24 зуба	4 4	13	7
100%	16 %	55 %	29 %
Всего:	16 %	84 %	

Заключение

Таким образом, применение внутриканального электрофореза с введением в периапикальные ткани препарата «мумийод» в комплексе лечения хронических периодонтитов отмечалось ускорение процесса регенерации, что расширяет показания к консервативному методу лечения и улучшает качество терапии.

Литература

1. Лукиных Л.М., Успенская О.А. Физиотерапия в практике терапевтической стоматологии: учебное пособие; Изд-во НижГМА, 2011, С.21-23.
2. Николаев А. И., Цепов Л. М. Практическая терапевтическая стоматология : учеб. пособие по спец. «Стоматоло-

гия» дисциплины «Терапевт. стоматология» - 9-е изд., перераб. и доп. - М. : МЕДпресс-информ, 2010. С. 781-783.

3. Пастухов О.Ш., Шефтелевич Т.К., Ермошенко Л.С., Макаров Х.А. Физиотерапия в стоматологии: учебно-методическое пособие; Краснодар, 2002, С. 15-18.
4. Максимович Г.А. Мумиё пещер и расселин – Пещеры, 1970, 8-9, С. 149-162.
5. Нуралиев Ю.Н. Фармакология мумиё: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук,- Ярославль, 1973.- С. 34.
6. Неумывакин И.П. Мумие - СПб, 2015. С. 8-57.
7. Боровский Е. В. Терапевтическая стоматология : учебник для студентов мед. вузов / Боровский Е. В., Иванов В. С., Банченко Г. В. и др. ; под ред. Е. В. Боровского. - М. : МИА, 2011 . С.592.

БЕШИК ЫРЫНЫН НАРИСТЕНИН ДЕН СООЛУГУНА ТИЙГИЗГЕН ПАЙДАСЫ

А.А. Акылбекова

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

Корутунду. Бул макалада бешик ырынын наристенин ден соолугуна тийгизген пайдасы, ымыркайдын калыптануусундагы ролу туурасында сөз болмокчу. Учурда көптөгөн изилдөөлөрдөн кийин сөздүн магиялык күчүн дүйнөлүк окумуштуулар айтып келишүүдө. Бул изилдөөгө таянсак, ар бир айтылган сөз, ойлогон ой иш жүзүнө аша алат.

Негизги сөздөр: Ымдоо-жансоо, ишарат, мимика, магия, бата, каалоо-тилек, энергия, негатив, позитив

ПОЛЬЗА КОЛЫБЕЛЬНЫХ ПЕСЕН ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

А.А. Акылбекова

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

Резюме. В этой статье рассмотрены материалы о пользе колыбельных песен для здоровья и роли формирования ребенка. В данное время ученые доказали что каждое произнесенное слова и мысль могут реализоваться

Ключевые слова: жест, сигнал, мимика, магия, благословение, пожелание, энергия, негатив, позитив

THE BENEFITS OF LULLABY FOR CHILD'S HEALTH

A.A. Akylbekova

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

Abstract. This article says about the benefits of lullaby for child's health and the role of child formation. Nowadays, after many studies the worldwide scientists tell about magical power of the word. According to the research, every spoken word and thought can be realized.

Keywords: gesture, signal, facial expression, magic, blessing, wish, energy, negative, positive.

Сөз адамдар ортосундагы карым-катыштын, баарлашуунун, маалымат алуунун каражаты. Ырас, ымдоо-жаңсоо, ишарат, мимика аркылуу кандайдыр бир ойду билдирүүгө болот. Бирок, толук ойду, идеяны жеткизе турган объективдүү чындыкты андап түшүнүүнүн, баалап барктоонун маанилүү куралы – сөз. Сөздүн адамга тийгизген таасирин, анын магиялык касиетин, өзгөчө күчүн, позитивдүү же негативдүү энергияга ээ экендигин дүйнөлүк окумуштуулар далилдеп келишүүдө. Ал эми биздин ата-бабаларыбыз жогоруда санап өткөн сөздүн касиетин өзүнүн оозеки жараткан элдик макал-лакаптарында, айтымдарда деги эле элдик оозеки чыгармачылыгында камтып келишкен. Жаңыдан дүйнө тааныганга белсенип, ата-энесинин мэ-эримине бөлөнүп, сөз тыңшай баштагандагы эненин ымыркайга болгон каалоо-тилеги, батасы. Сөздүн позитивдүү магиялык касиет-күчкө ээ экендиги баталардан да байкалат. Кыргыз элинде: “Бата менен эл (эр) көгөрөт”, “Баталуу кул арыбас” өңдүү макал-лакаптар көп эле кездешет.

Кыргыз элдик педагогикасындагы баланы тарбиялоо факторлорунун бири-бешик ыры. “Эненин бешик ыры – уул-кыздын өмүр жашоосунун башаты. Анда эне сүтү да, эне тили да, ата салты да, Ата журту да анын тарыхы чөгөрүлгөн” (С.Рысбаев) [1]. Демек, бешик ыры–кыргыз элинин этнопедагогикалык идеялары сакталган ыйык куту, эне менен баланын мамилесинин, сүйүүсүнүн түйүлдүгү, “эненин бешик

ырын укпай өскөн баланын энесинен жетим өскөн баладан айырмасы жок” деп Расул Гамзатов белгилеп кеткен. Ошондой эле балдар жазуучусу Сулайман Рыспаевдин “Бешик ырын өз энесинен укпаган бала кийин, өз канынан жаралган баласын да эркелетип, мэ-эрим төгө албай калат”-деген кеби бар. Аталган ырларды энелер гана ырдабастан жаш секелек кыздар да үйрөнүп, жаттап алышып, эне болгонго чейин эле куурчактарын “жаткырууда” аларды “уктатууда” же кичүү бөбөктөрүн кародо ырдашкан. Алардын мындай аракетин “энелик инстингди” пайда кылууга өбөлгө түзгөн. Мисалы:

*Алдей бөпөм, ыйлаба,
Менин жаным кыйнаба.
Атаң тойго кетиптир,
Ак кесе толо эт келет.
Энең тойго кетиптир,
Эмчеги толо сүт келет.
Алдей бөпөм, ыйлаба,
Эжекеңди кыйнаба.
Кырма табак кылдырба,
Кыруусу менен койдурба.
Куру кыйнап эженди,
Кокуйлатып ыйлаба.*

Бешик ырынын текстти кылымдар боюу оңдолуп, жаңыланып турган. Эң маанилүүсү анын бир калыптагы ритми, интонациясы. Бул сөздөр “Сила колыбельной” деген окумуштуулардын изилдөөсүнөн алынды. Чындыгында бешик ыры качан пайда болгондугу, кимдер тарабынан ойлонуп табылганы тарых барактарында калган эмес.

Бешик ырлары - дүйнөнүн көпчүлүк элдеринде кездешчү, анын ичинде кыргыз оозеки поэзиясындагы лирикалык жанр. Бешик ыры баланы уктатуу, сооротуу, алаксытуу, тарбиялоо максатында айтылат. Ошону менен бирге анда наристенин бакты-таалайлуу, элдин кызматына жараган жакшы адам болушу жөнүндөгү ой-тилек, максат да билдирилет. Ошондой эле бөбөктүн келечегине жакшылык каалоону билдиргендиги, ага акыл - насаат айткандыгы менен да айырмаланат.

Кыргызстанда бешик ыры эмес бешик жоголуп бара жатат. Бул тууралуу “Кабар” агенттигине манасчы Рысбай Исаковдун билдирген маеги бар. Бул чындыгында өкүндүргөн көрүнүш. Орто кылымдардагы улуу дарыгер жана азыркы медицинанын негиздөөчүлөрүнүн бири Абу Али ибн Сина баланын туура өсүшү жана тарбия алышы үчүн эки нерсе керек дейт, анын бири – аста-секин терметип туруу, экинчиси, ошол терметүүгө кошуп музыка угузуу, демек бешик ырын ырдоо дейт.

Бешик ырлары дүйнө жүзүндөгү көпчүлүк улуттарда ырдалып тарыхы байыркы кылымдарга барып такалат. Орто кылымдарда жазылып, биздин күндөргө чейин жеткен Махмуд Кашкаринин “Түрк тилдеринин сөздүгү” эмгегинде, түрк элдеринде бешик ырлары ырдалгандыгы, алар “балу-балу” деп аталгандыгы жазылып калган. Түрктөрдө “нинни”, татарларды “элли” каракалпактарда “хейя” өзбектерде “алла” деп айтылган.

Кыргыз элинде бир эле доордо миңдеген энелер болсо, алардын албетте, орток мурасы бешик ыры жаралган. Бирок, ар бир эненин өзүнүн ыры бол-

гон, себеби ар бир эне баласына өзүнүн жеке тилегин билдирген.

Ал эми обон, үн баланын ден соолугунун чың болушуна жана келечекте мыкты бир таланттын өсүшүнө багыт берерин айтууга болот. Баланын сезими өсүп, музыканын таасиринде чоңоет.

Адистер эне менен баланын, ата менен баланын ортосундагы өз ара мамилелери канчалык жакын болсо, ошончолук баланын өнүгүүсү үчүн баа жеткис каражат экенин, бала тарбиялоодо чоң сапаттык секирик болорун белгилешкен.

*Алдей бөбөк ыйлаба,
Энекеңди кыйнаба.
Элди жоодон коргогон,
Баатыр болор бекенсиң.
Эл таалайын ырдаган,
Акын болор бекенсиң.
Алдей-алдей ак бөбөк,
Ак бешикке жат бөбөк.*

Чындыгында эле бешик ырын угуп чоңойгон баланын угуусу, туюсу, сезүүсү жогору болгон. Орус элинде эгерде мүнөзү начар, адамгерчилиги жокко эсе болгон адамды “Ымыркай кезинде, бешик ырын уккан эмес го” деген кеп эл арасында жашап келген. Бешик ырынын элдик педагогикасы тууралуу сөз кыла турган болсок, жазуучу, публицист, педагогика илимдеринин доктору, профессор Абдыкерим Муратовдун “Бешик ырында дүйнөнүн эч нерсесин биле элек наристеге улуу адамдардын сүйүүсү, камкордугу сиңирилген, гумандуу педагогиканын эң биринчи жана эң эле эффективдүү этабынын башталышы камтылган” - деген пикири, таамай айтылып, элдик

педагогикада да орду чоң экенин таасын көрсөтүп берүүдө.

Азыркы кезде балдар бешик ырын укпай чоңойгондуктан мээримсиз чоңоюп, эне тилин жакшы билбей, кыргыз тили жарды тил деп жүрүшпөйбү. Ошондуктан бешик ырлары баланын жакшы адам болуп өсүшүнө өбөлгө болот деп ойлойм. Илгертеден эле макалдаштырып, сөздөрдү ырдай кылып куюлуштуруп сүйлөгөн кыргыз элинин салты уланып, жаш келиндер да сөздү баалап-барктаганга, мааниси менен сүйлөгөнгө, жаштайынан каалоо-тилектерин эркин билдиргенге көнүшөт. Эне менен баланын мамилеси бекем болот. Мунун далили катары төмөндөгү эл ичинде ырдалып жүргөн мээримдүү мүнөздөгү, көшүлткөн ыргактарга бай, жүрөктүн түпкүрүнөн сызылып чыккан мукамдуу бешик ырларын айтсак болот.

Колдонулган адабияттар

1. Рысбаев С. *Сөз жөнүндө дастан.*—Б., 2006, 13-б.
2. Рысбаев С. *Азыркы кыргыз балдар адабияты проблемалар жана портреттер.* —Б.: 1998-ж, 8-9-б.
3. Махмуд Кашкари *Девани лугат ат-турк*, Бишкек.: 2011-ж.
4. Муратов А. М. *Эненин бешик ыры-баланын сезимталдыгынын башаты// Кыргыз билим берүү академиясынын кабарлары.* —2013.-13.-48-б.

УДК 32:323.308 [575.2]

МИФЫ ОБ АФГАНСКОЙ УГРОЗЕ ДЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

А.А. Айдаралиев

Академический консорциум «Международный университет Кыргызстана»,
Институт исламоведения
г. Бишкек, Кыргызская Республика

E-mail: amantur.aidaraliev@gmail.com

Резюме. Приводятся сведения об Афганском конфликте и возможных сценариях влияния этого конфликта на Центральную Азию, приводятся данные о уровне религиозности населения в постсоветских мусульманских республиках региона.

Ключевые слова: Угроза, конфликт, регион, религиозность, группировки.

ОРТО АЗИЯГА АВГАНДЫК КОРКУНУЧТАР ТУУРАЛУУ МИФТЕР

А.А. Айдаралиев

Академиялык консорциум «Кыргызстан эл аралык университети»,
Ислам таануу институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Кыскача маалымат. Борбордук Азияда чыр-чатактын таасири Ооганстандын чыр-чатак жана мүмкүн болгон жагдайлар тууралуу билүү, аймакта СССР мусулман республикалардын динчилдиктин экенин көрсөтөт.

Негизги создор: Коркунуч, чыр-чатак, регион, диний, топтор.

MYTHS ABOUT THE AFGHAN THREAT TO CENTRAL ASIA

A.A. Aydaraliev

Academic Consortium “International University of Kyrgyzstan”,
Institute of Islamic Studies
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The article provides information about the Afghan conflict and possible scenarios of its impact on Central Asia, as well as data on the level of religiosity of the population in the post-Soviet Muslim republics of the region.

Key words: Threat, conflict, region, religion, groups.

В течение афганского конфликта успело смениться несколько поколений. Сама природа этого конфликта имеет как внутренние противоречия, так и внешние. Однако в большей мере этот конфликт был связан с интересами, как глобальных держав, таких как СССР и США, так и с региональными игроками, такими как Пакистан, Китай, Индия, Иран и некоторые центрально-азиатские республики.

После развала СССР Бжезинский З. [1] обозначил Россию как «черную дыру» а Центральную Азию как «Евразийские Балканы». По мнению [2] после геополитического «обвала» начала 1990-х годов в образовавшийся идеологический вакуум в Центральной Азии устремились иные культуры. Началась попытка внедрить элементы атлантической, европейской цивилизации, что вызвало противодействие и усугубило проблемы транзитных стран региона. Изменился геополитический статус Центральной Азии, здесь идет столкновение интересов мировых и религиозных держав. Сегодня в Центральной Азии уже сформировано новое международно-политическое пространство, с учетом которого государства региона определяют сферы интересов, разрабатывают стратегии внешней политики и национальной безопасности, вносят изменения в систему их обеспечения.

Согласно мнению [3] Афганистан с 15 века являлся областью геополитического давления, и это привело к войнам и конфликтам.

В последнее время часто обсуждается некое нападение на Центральную Азию со стороны Афганистана, которое должны предпринять исламисты, и

это вносит некоторую панику и страх в общество.

Афганская война в нынешней ее фазе началась с 2001 году, когда в страну вторглись войска НАТО, которые встретили ожесточенное сопротивление местных жителей под руководством движения Талибан. В отличие от предыдущих фаз, где войну вели разношерстные группировки у которых были свои отличающиеся друг от друга планы, методы работы и иной раз идеи причем в зависимости от заграничного спонсора, сегодня войну ведет одно движение-Талибан, то есть с одним мозговым центром.

Сегодня Талибан имеет договоренности практически со всеми странами региона, и не раз талибы заявляли, что за пределы Афганистана они не пойдут. О какой угрозе тогда может идти речь?

Если талибы хотят напасть на Центральную Азию, то не смогут это сделать так как, у них нет возможности воевать на два фронта с НАТО и еще с кем то. Даже если войска НАТО уйдут из Афганистана, то талибы не будут вести наступательную войну против соседей. После 20 летней войны им необходима мирная жизнь для восстановления народного хозяйства.

Последние события показывают, что движение Талибан начало вести переговоры со всеми региональными игроками, а также заключило договоры о ненападении.

Представители этого движения на официальном уровне были приглашены в разные страны, в том числе в Россию, Китай, Японию, Узбекистан и Катар.

Другие группировки находящиеся в Афганистане делятся на 2 части. Первая - это хорошо известное и запрещенное во всем мире Исламское государство, которое кстати является врагом Талибана, вторые это мелкие группы состоящие преимущественно из иностранцев, которые воюют на стороне Талибана в основном из того же национального состава, что и первые, то есть жители СНГ, Восточного Туркестана и Ближнего Востока.

По данным [4], в Афганистане в настоящее время до 18 тысяч бойцов иностранного происхождения, в том числе и боевиков Исламского государства.

Исламское государство, действительно представляют некую угрозу, но не настолько сильную как казалось бы. Основной ее костяк находится на Ближнем Востоке, и тем более в результате последних событий их силы значительно поределели и ослабли. В Афганистане представители Исламского Государства состоят преимущественно из маргинальных групп, которые не смогли войти в состав Талибана, и большая часть их базируется в афганской провинции Нангархар, которая не граничит с Центральной Азией, и больше связана с пакистанской Зоной племен.

Провести наступательные действия подобно тем, что были в Ираке или Сирии в Центральной Азии у них не получится, так как там они совершили свои завоевания при содействии восстаний суннитов против шиитских режимов. В Центральной Азии такого этноконфессионального раздела, как на Ближнем Востоке нет и следовательно нет тех обстоятельств, которые способствовали развитию Исламского государства.

Крупное наступление на Центральную Азию, ни игиловцы, ни талибы организовать не смогут, ибо нет у них столько воинов для наступления, да и массовой поддержки у населения они вряд ли встретят.

Граничащие с Афганистаном Туркменистан, Узбекистан и Таджикистан имеют разные степени религиозной активности населения. К примеру в Туркменистане народ также далек от религии, как и во времена СССР, пятикратную молитву там выполняет мизерная часть людей, более религиозная часть населения Туркменистана проживает на севере в вилаятах Дашогуз и Чарджоу, где проживают в основном узбеки, однако эти области граничат не с Афганистаном, а с Узбекистаном и даже если чисто гипотетически предположить, что с территории Афганистана будет нанесен удар по Туркменистану через вилайт Мары и пришельцы будут надеяться на поддержку местных, то им будет это очень трудно организовать, так как они не смогут на крыльях перелететь через всю страну на север.

В Узбекистане в силу антирелигиозной политики Каримова И. многие люди отошли от религии, кроме Ферганской долины и отчасти как ни странно Ташкента. Однако в Сурхандарьинской области Узбекистана граничащей с Афганистаном, народ не религиозен, как и в Марыйском вилайате Туркменистана. Скорей всего власти этих стран в случае чего вооружат светски настроенных местных жителей. А без поддержки местным населением моджахедов ни на что рассчитывать не приходится.

В Таджикистане прорыв имеет минимальную возможность, поскольку

с Афганистаном граничат Хатлонская область и Горно-Бадахшанская автономная область. Если первая является опорой правящего светского режима и многие ее жители в Гражданскую войну сражались за коммунистов, то вторая населена преимущественно шиитами-исмаилитами, то есть и тут минимизирована поддержка пришельцам. И здесь области с наиболее религиозным населением, к примеру, Согдийская, отдалены от Афганистана.

В Кыргызстане бытует мнение о сильной религиозности южан над северянами, однако это мнение правильно с одной стороны и неправильно с другой. Узбеки проживающие на юге действительно более религиозны, но южные кыргызы несмотря на богатое исламское прошлое сильно деградировали в плане религии. И если там молятся, то многие из молящихся не заинтересованы в каком либо политическом проявлении Ислама, в отличие от узбеков. Вероятность воздействия исламского фактора со стороны узбеков исключена, особенно после событий 2010 года, которые стали свидетельством тому, что любая политическая активность со стороны узбеков, включая исламскую, будет безжалостно пресечена не только самим государством, но и местным кыргызским населением.

О Казахстане, который отдален от горячих точек и речи может не идти. К тому же там нет большой скученности религиозного населения в одном месте. Большое количество мечетей и сильная религиозность отмечена на западе страны, в столице, а также в крупных городах, таких как Алма-Ата и Караганда.

Люди, проживающие в столицах и крупных городах не являются пассионариями, и вероятность того, что они будут предпринимать радикальные действия практически исключена.

Вышеуказанное свидетельствует о том, что значительной угрозы со стороны Афганистана для Центральной Азии не имеется. В тоже время Искандаров Н. [5] полагает, на что военную ситуацию в Афганистане может оказать негативные влияние политической кризис, отсутствие существенных сдвигов в преобразовании страны.

В значительной степени сближению народов Центральной Азии и Афганистана может способствовать проект «Большая Центральная Азия» [6,7] предложенный ведущим американским экспертом по Центральной Азии, Института Центральной Азии и Кавказа Университета Джона Хопкинса Фредериком Старром. Главная идея проекта объединение традиционной Центральной Азии (Казахстан, Узбекистан, Туркменистан, Таджикистан, Киргизия) со странами Южной Азии (Афганистан, Пакистан, Индия, Непал, Шри-Ланка)

Проект «Большая Центральная Азия» появился ввиду реальной озабоченности ситуацией в Афганистане и регионе в целом. Основным замыслом автора данного проекта, является шанс способствовать превращению Афганистана и региона в целом в безопасную зону суверенных государств, сделавших выбор в пользу эффективной рыночной экономики, отличающихся светскими и открытыми системами государственного управления. При этом Афганистан вместо препятствия отделяющего Цен-

тральную Азию от Южной превратится в мост их соединяющий.

Немаловажную роль в воплощении целей Большой Центральной Азии играет и национальный состав Афганистана. В силу исторических причин здесь он разнообразен: 1/2 населения составляют пуштуны, кроме того же проживает еще 30 национальностей (таджики, хазарейцы, узбеки, туркмены, казахи, киргизы и т.д.). Таким образом, менталитет афганцев сформировался под влиянием многообразия культур, бытовавших здесь в течение многих тысячелетий, в результате их взаимопроникновения (арабские, индийские, арийские, персидские и др.) с учетом религиозных (мусульманских) традиций. Страны – соседи Центральной Азии, используя свои исторические связанные и общие национальные, культурные, языковые и религиозные взаимоотношения с населением нынешнего Афганистана могут построить или же предпринять конкретные шаги для активного сотрудничества во всех сферах. По мнению Майтдиновой Г. (2018) [4] для государств Центральной Азии не имеющих выхода к морю, крайне важен транзитный потенциал Афганистана и стабильное развитие этого государства. Таким образом, сотрудничество стран-соседей данного региона под одной идеей позволит решить множества проблем.

В феврале 2020 г. в США опубликована «Стратегия по Центральной Азии на 2019-2025 годы: [8] «Продвижение суверенитета и экономического процветания», при этом основной стратегический интерес США в регионе состоит в создании более стабильной

и процветающей Центральной Азии, которая сможет: свободно решать политические, экономические интересы, безопасность с различными партнерами на своих условиях, быть связана с мировыми рынками и открыта для международных инвестиций; получить сильные демократические институты, обеспечить уважение прав человека.

Литература

1. Бжезинский З. Великая шахматная доска. Господство Америки или геостратегическая императивы Москва. Международные отношения (1998), 256 с.
2. Молдалиев О.А. Россия и Центральная Азия. Этапы формирования отношений Бишкек. Региональный институт Центральной Азии 2018, 43 с.
3. Суюмбаев М.Н., Узбеков Д.С., Геополитические особенности Центральной Азии. Кыргызско-Российский Славянский Университет имени Б.Н. Ельцина. Бишкек. 2018, 271 с.
4. Майтдинова Г.М. Геополитическая динамика Центральной Азии. Новые подходы и стратегические ориентиры. Региональный институт Центральной Азии Бишкек. 2018, 34 с.
5. Искандаров Н. Современная военно-политическая ситуация на севере Афганистана и перспективы развития. «Новые государства Центральной Азии» в условиях формирования полицентричного мира. Душанбе, ЦГИ РТСУ 2017, С. 16-18.
6. F.Star J A Greater Central Asia Partnership for Afghanistan and its neighbors. Silk Road Paper. Washington, 2005, 232 p.

-
7. *F. Star J. The New Silk Roads. Transport and Trade in Greater Central Asia. Central Asia – Silk Road Studies Program. Washington, 2007, 512 p.*
8. *United States Strategy to Central Asia 2019-2025 Advancing Sovereignty and Economic Prosperity. Department of State USA, 2020, 6 p.*

ТИМН МЕДАКАДЕМИИ

Автор А. Зарифьян
Аранжировка Эмиль Эгенн



В Кыргызстане, в Кыргызстане
Мы считать уже не станем,
Сколько есть новейших вузов,
Выпускающих врачей.
Только наш (не тратьте нервы!)
Был, и есть, и будет первым.
Что бы там ни говорили,
А ведь вуза нет сильней.



Припев: Хоть и быстро бегут волны времени,
К Медицинской родной Академии
Мы придём, дети общего племени,
Дабы тихо признаться в любви.
У тебя биография славная!
В Кыргызстане ты самая главная,
Благородная и полноправная.
Алма Mater, вовеки живи!
Этот вуз наш сокровенный,
Он в период довоенный
Появился, чтоб бессленно
Здесь готовить докторов –
Шех, кому, без многословья,
Мог народ своё здоровье,
Да и жизнь саму доверить.
Долг врачебный ведь таков!
Припев.



Много лет (вчера как будто)
Вуз сей звался институтом,
Академией стал позже,
В самый пик своей красоты.
На родной земле Манаса
Он заслуг имеет массу
И недаром носит имя Ахунбаева Исы!
Припев.



ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ В РЕДАКЦИЮ

Общие положения. Журнал является рецензируемым изданием. Журнал публикует оригинальные исследования, обзорные и обшетеоретические статьи по актуальным проблемам медицины и биологии. В связи с тем, что статьи и сведения в статьях, публикуемых в научно-практическом журнале «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева», будут помещаться в ведущих российских библиографических и реферативных изданиях, в электронных информационных системах, включая распространение произведений посредством размещения их электронных копий в базе данных Научная Электронная Библиотека (НЭБ), представленной в виде научного информационного ресурса сети Интернет www.elibrary.ru: авторы статей **предоставляют на безвозмездной основе редакции журнала права на использование электронных версий произведений** и должны соблюдать международные правила построения публикаций и резюме к ним.

При направлении статьи в журнал редакционная коллегия просит авторов соблюдать следующие правила:

1. **Направление рукописи.** Редакция принимает на рассмотрение рукописи в напечатанном виде (1 экземпляр) на одной стороне листа формата А4 в сопровождении электронных носителей. Рукопись должна иметь визу заведующего кафедрой или руководителя подразделения на право опубликования (на первой странице, в верхнем левом углу) и направление от учреждения (ий) (с печатью), из которого (ых) исходит статья, с указанием названия статьи и автора(ов), заверенные печатью (для статей, присланных по электронной почте – в виде скана (PDF)). В направлении можно указать, является ли статья диссертационной.

2. **Сведения об авторе/авторах.** Рукопись должна быть подписана всеми авторами в конце текста (ФИО автора - подпись), для статей, присланных по электронной почте – в виде скана (PDF). К подаваемой статье прилагаются сведения об авторах: следует указать полностью фамилию, имя, отчество, ученую степень, ученое звание, должность, рабочий адрес с почтовым индексом, служебный телефон, адрес электронной почты каждого автора.

3. **Оформление статьи.** Статья печатается на компьютере через 1,5 интервала, шрифтом Times New Roman, кеглем 14 на листе формата А4, с выделенными жирным заголовками и подзаголовками. **Поля:** верхнее и нижнее - 2,5 см, левое - 3,5 см, правое - 1,5 см. Представляемая в редакцию распечатка статьи, включая иллюстративный материал, должна быть полностью идентичной электронному варианту. Все страницы должны быть пронумерованы.

4. **Иллюстративный материал.** К статье прилагается иллюстративный материал в виде фотографий, рисунков, рентгенограмм, графиков, таблиц. Рисунки (графики, диаграммы), представленные в электронном виде, должны быть в файлах с расширением TIFF, BMP, JPEG, PPT. При этом может использоваться любая программа, поддерживающая эти форматы. Количество иллюстраций (фотографии, рисунки, чертежи, диаграммы) — не более 6. Рентгенограммы следует присылать со схемой. В подписях приводится объяснение значения всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений. В подписях к микрофотографиям указываются увеличение (окуляр, объектив) и метод окраски или импрегнации материала. Авторы при желании дополнительно оплачивают публикации иллюстраций в цветном изображении. Таблицы должны быть наглядными, иметь заголовки и быть пронумерованы. Диаграммы, выполненные в приложении MS Excel, необходимо представлять в формате .xls и в виде рисунка, что позволит провести их доредакционную подготовку. Диаграммы печатаются при помощи монохромной печати, поэтому при их оформлении предпочтительно использовать узорную заливку объектов и различный характер линий.

5. **Объем статей:** не более 15 страниц - для оригинальной, 20 - для обзора литературы, 8 - для клинического наблюдения.

6. **Структура статьи.** В начале первой страницы статьи пишутся: 1) название статьи по центру прописными буквами жирным шрифтом, без точки в конце, 2) инициалы и фамилии авторов (количество авторов — не более 8), стандартным жирным шрифтом, 3) юридическое название учреждения(ий), из которого вышла работа; ученое звание (степень), инициалы и фамилию его (их) руководителя; полное наименование кафедры или лаборатории (в скобках указать ученое звание, инициалы и фамилию руководителя), стандартным шрифтом; город, страна, где находится учреждение(ия). Если работа подана от нескольких учреждений, то они нумеруются надстрочно перед названием. Авторы статьи должны быть пронумерованы надстрочно после фамилии в соответствии с нумерацией этих учреждений. Над названием статьи (с выравниванием по правому полю) проставляется УДК. Структура оригинальной статьи: «Введение», «Материал и методы», «Результаты и их обсуждение», «Выводы» (заключение), «Литература» (цитированные в статье работы). Отдельно прилагаются резюме с ключевыми словами (**см. п. 9**).

7. В тексте сокращения и аббревиатуры должны быть расшифрованы при первом упоминании. Не допускается использование сокращений в названии работы, а также употребление необщепринятых сокращений. Номера библиографических ссылок даются в тексте в квадратных скобках в соответствии с приставным списком литературы. Единицы измерения даются в системе СИ. При статистической обработке данных необходимо указывать использованные методы и приводить наименование показателей. Повторение одних и тех же данных в тексте, таблицах и рисунках не допускается.

8. **Оформление списка литературы.** К статье прилагается список литературы (не более 25 источников в оригинальной статье, 60 источников - в обзоре литературы) в порядке цитирования автором (не по алфавиту!), напечатанный на отдельном листе через 1,5 интервала. В статье и библиографическом списке должны быть использованы работы за последние 5–6 лет. Оформление списка литературы согласно ГОСТ 7.1 – 2003 или в ванкуверском стиле. Для ресурсов удаленного доступа: Российская государственная библиотека [Электронный ресурс] / Центр информ. технологий РГБ; ред. Т.В. Властенко; Web-мастер Н.В. Козлова. – Электрон. дан. – М.: Рос. гос. б-ка, 1997. – Режим доступа: <http://www.rsl.ru>, свободный. – Загл. с экрана. – Яз. рус., англ.

9. **Резюме статьи.** К статье должно быть приложено (не связано с основным текстом) резюме на русском, кыргызском и английском языках (раздельным текстом объемом до 0,5 страницы - не более 15 строк каждое) с кратким указанием цели исследования, использованных материалов и методов, основных полученных результатов и выводов (без выделения рубрик), список ключевых слов (не менее 7). Над текстом резюме указываются название статьи, инициалы и фамилии авторов, учреждение, откуда направлена статья согласно **п. 6** (об оформлении первой страницы).

10. **Обратите внимание!** Статья должна быть тщательно проверена автором. Все названия, химические формулы, дозировки, цифровые данные в таблицах и на рисунках, размерности лабораторных и клинических показателей должны быть выверены. Автору необходимо приложить копии патента, авторского свидетельства, удостоверения на рационализаторское предложение, если эти документы упомянуты в тексте статьи. Не допускается направление статей, ранее опубликованных или направленных в другие журналы или сборники. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются редколлегией и не возвращаются.

Рецензенты осуществляют свою деятельность согласно Положениям института рецензирования журнала «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» и имеют право на конфиденциальность. Если статья перерабатывалась автором в процессе подготовки ее к изданию, датой поступления считается день поступления окончательного текста. Окончательное решение о выходе статьи в печать принимает редакционная коллегия журнала.

11. **Юбилейные статьи.** Статьи, посвященные юбилейным событиям, следует присылать в редакцию не позже, чем за 6 месяцев до их даты с приложением на отдельном листе фото в электронном виде.

12. **Оформление файла.** Наименование файла строится по схеме: *Фамилия первого автора_короткое наименование кафедры или учреждения*, из которого исходит публикация. *Пример: Маматов_зоспит.хир, Усенбаева_НЦКиТ, Цескаридзе_воен.зоспит._Каз*

13. Правила оформления статей могут совершенствоваться в соответствии с требованиями ВАК КР - следите за изменениями на сайте: kgma.kg, а также в последнем вышедшем номере журнала.

Статьи в печатном виде в 2-х экземплярах и на электронных носителях направлять по адресу: 720020, ул. Ахунбаева, 92, отдел научно-инновационной и клинической работы (редакция - каб. 49), каб.43,45 и по e-mail: j_kgma@mail.ru.

По вопросу размещения рекламы в журнале и возникающим вопросам обращаться в редколлегию журнала: Сопуев Андрей Асанкулович (зам. главного редактора): e-mail: sopuev@gmail.com, Маматов Ниязбек Нурланбекович (ответственный секретарь редколлегии): e-mail: dmmamatov@mail.ru, Овчаренко Ксения Евгеньевна (техническая поддержка): e-mail: j_kgma@mail.ru, сот. тел. 0 (700) 530-865.

Необходимые образцы будет высланы по электронной почте по запросу. Телефоны редакции: +996-312-549460, +996-312-544610