

Главный редактор – **Кудайбергенова Индира Орозобаевна**, д.м.н., профессорЗам. главного редактора – **Сопуев Андрей Асанкулович**, д.м.н., профессор, e-mail: sopuev@gmail.comОтветственный секретарь – **Иманкулова Асель Сансызбаевна**, к.м.н., доцент, e-mail: aselimankul@gmail.com**Редакционная коллегия:****Адамбеков Д.А.** – д.м.н., профессор, академик НАН КР, зав. каф. микробиологии, вирусологии и иммунологии**Бримкулов Н.Н.** – д.м.н., профессор, зав. каф. семейной медицины постдипломного образования**Джумабеков С.А.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор,

зав. каф. травматологии, ортопедии и экстренной хирургии

Джумалиева Г.А. – д.м.н., профессор, проректор по

международным связям и стратегическому развитию, зав.

каф. общей и клинической эпидемиологии

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**Маматов Н.Н.** – к.м.н., доцент, проректор по научной и
лечебной работе**Мамытов М.М.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав.
каф. нейрохирургии до дипломного и последипломного
образования**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**Тухватшин Р.Р.** – чл.-корр. НАН КР, д.м.н., профессор, зав.

каф. патологической физиологии

Ырысов К.Б. – чл.-корр. НАН КР, д.м.н., профессор каф.

нейрохирургии до дипломного и последипломного

образования, проректор по учебной работе

Редакционный Совет:**Алымбаев Э.Ш.** – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской
педиатрии**Арнольдас Юргутис** – профессор, зав. каф. общественного
здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)**Атамбаева Р.М.** – д.м.н., проф., зав. каф. гигиенических
дисциплин**Батыралиев Т.А.** – д.м.н., профессор КГМА им. И.К.
Ахунбаева**Даваасурэн Одонтуйа 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)**Ибрагимов Г.Я.** – д.фарм. наук, проф., зав. каф. управления и
экономики фармации с курсом медицинского и
фармацевтического товароведения, Башкирский
государственный медицинский университет Минздрава России
(Башкортостан)**Кадырова Р.М.** – д.м.н., проф. каф. детских инфекционных
болезней**Калиев Р.Р.** – д.м.н., проф. каф. факультетской терапии им.
М.Е. Вольского–М.М. Миррахимова**Карашева Н.Т.** – к.п.н., доц., зав. каф. физики, математики,
информатики и компьютерных технологий**Кононец И.Е.** – д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и
клинической физиологии им. С.Д. Даниярова**Куттубаев О.Т.** – д.м.н., проф., зав. каф. медицинской
биологии, генетики и паразитологии**Куттубаева К.Б.** – д.м.н., проф., зав. каф. терапевтической
стоматологии**Луи Лутан** – профессор, Университет Женевы (Швейцария)**Маматов С.М.** – д.м.н., проф., зав. каф. госпитальной
терапии, профпатологии с курсом гематологии**Мингазова Э.Н.** – д.м.н., проф., гл. науч. сотрудник ФГБНУ
«Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А.
Семашко» (Россия)**Миррахимов Э.М.** – д.м.н., проф., зав. каф. факультетской**Учредитель**

© Кыргызская Государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: +996 (312) 54-94-60, 54-46-1010.

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

Башкы редактор - **Кудайбергенова Индира Орозбаевна**, м.и.д., профессорБашкы редактордун орун басары - **Сопуев Андрей Асанкулович**, м.и.д., профессор, e-mail: sopuev@gmail.comОкумуштуу катчы - **Иманкулова Асель Сансызбаевна**, м.и.к., доцент, e-mail: aselimankul@gmail.com**Редакциялык жамаат:****Адамбеков Д.А.** - м.и.д., профессор, КР УИАнын академиги, микробиология, вирусология жана иммунология кафедрасынын башчысы**Бримкулов Н.Н.** - м.и.д., профессор, дипломдон кийинки үй-бүлөлүк медицина кафедрасынын башчысы**Джумабеков С.А.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., травматология, ортопедия жана ЭХ кафедрасынын профессор**Джумалиева Г.А.** - м.и.д., профессор, эл аралык байланыштар жана стратегиялык өнүктөрүү боюнча проректор, жалпы жана клиникалык эпидемиология кафедрасы**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**Маматов Н.Н.** - м.и.к., доцент, илимий жана дарылоо иштер боюнча проректор**Мамытов М.М.** - КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы**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**Тухватшин Р.Р.** - КР УИАнын мучо-корреспонденти, м.и.д., профессор, патологиялык физиология кафедрасынын башчысы**Ырысов К.Б.** - КР УИАнын мучо-корреспонденти, м.и.д., нейрохирургия кафедрасынын профессору, окуу иштери боюнча проректор**Редакциялык Кеңеш:****Алымбаев Э.Ш.** - м.и.д., проф., факультеттик педиатрия кафедрасынын башчысы**Арнольдас Юргутис** - профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы (Литва)**Атамбаева Р.М.** - м.и.д., проф., гигиеналык дисциплина кафедрасынын башчысы**Батыралиев Т.А.** - м.и.д., И.К. Ахунбаев атындагы КММА профессору**Даваасурэн О.С.** - м.и.д., проф., Монгол паллиативдик медицина ассоциациясынын президенти, Медицина илиминин Монгол улуттук медициналык университети (Монголия)**Джумабеков А.Т.** - м.и.д., проф., КазУМУхирургия жана эндоскопия кафедрасынын башчысы (Казахстан)**Ибрагимова Г.Я.** - фарм. и.д., проф., фармациянын экономикасы жана башкаруу медициналык жана фармацевтикалык товар таануу курсу менен кафедрасынын башчысы Россиянын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университети (Россия, Башкортостан)**Кадырова Р.М.** - м.и.д., проф., балдардын жугуштуу оорулары кафедрасынын башчысы**Калиев Р.Р.** - м.и.д., М.М. Миррахимов-М.Е. Вольский атындагы факультеттик терапия кафедрасынын профессору**Карашева Н.Т.** - п.и.к., информатика, физика, математика жана компьютердик технологиялар кафедрасынын башчысы**Кононец И.Е.** - м.и.д., проф., С.Б. Данияров атындагы фундаменталдык жана клиникалык физиология кафедрасынын башчысы**Куттубаев О.Т.** - м.и.д., проф., медициналык биология, генетика жана паразитология кафедрасынын башчысы**Куттубаева К.Б.** - м.и.д., проф., терапевтикалык стоматология кафедрасынын башчысы**Луи Лутан** - профессор, Женева университети (Швейцария)**Маматов С.М.** - м.и.д., проф., госпиталдык терапия, профпатология кафедрасы жана гематология курсу кафедрасынын башчысы**Мингазова Э.Н.** - м.и.д., проф., Н.А. Семашко атындагы коомдук саламаттыкты сактоонун Улуттук ИИИ б.и. кызматкери (Россия)**Миррахимов Э.М.** - м.и.д., проф., М.М. Миррахимов-М.Е.

Вольский атындагы факультеттик терапия кафедрасынын башчысы

Митиш В.А. - м.и.к., доц., РЭДУ Минун кыргыз медицинасы кафедрасынын башчысы, МССД тез жардам балдар хирургиясы жана травматология ИИИ директору, А.В. Вишневский атындагы хирургиянын УМИБ жаралар жана жара инфекциялары бөлүмүнүн башчысы, РФ ардактуу врач (Россия)**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**Пасхалова Ю.С.** - м.и.к., РЭДУ Минун кыргыз медицинасы кафедрасынын доценти, А.В. Вишневский атындагы хирургиянын УМИБ жаралар жана жара инфекциялары бөлүмүнүн ириндүү хирургия бөлүмүнүн башчысы (Россия)**Самородов А.В.** - м.и.д., доц., илимий иштери боюнча проректору РСМне караштуу Башкыр мамлекеттик медициналык университети, фармакология жана клиникалык фармакология кафедрасынын башчысы (Башкортостан)**Сатылганов И.Ж.** - м.и.д., проф., патологиялык анатомия кафедрасынын башчысы**Тилекеева У.М.** - м.и.д., базистик жана клиникалык фармакология кафедрасынын профессору**Усупбаев А.Ч.** - м.и.д., проф., урологияны жана андрологияны дипломго чейинки жана кийинки окутуу кафедрасынын башчысы**Усупова Ч.С.** - филос.и.д., доц., философия жана коомдук илимдер кафедрасынын башчысы**Чолпонбаев К.С.** - фарм.и.д., дары каражаттарынын технологиясы, фармациянын экономикасы жана башкаруу кафедрасынын профессору**Чонбашева Ч.К.** - м.и.д., госпиталдык терапия, кесиптик оорулар гематология курсу менен кафедрасынын профессору**Шекера О.Г.** - м.и.д., проф., П.Л. Шупик атындагы Улуттук медициналык академиясынын үй-бүлөлүк медицина институтунун директору (Украина)**Негиздөөчү**

© Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:

Бишкек ш., Ахунбаев кеч., 92 КММА.

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

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

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

It is included in the list of journals of the Higher attestation commission KR, recommended for publication the materials of doctors
and candidate dissertations in the field of medicine.

It is indexed by Russian science Citation Index (RSCI) since 2012.

www.kgma.kg

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

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

Learned Secretary – Imankulova Asel Sansyzbaevna, c.med.sci., as. professor, e-mail: aselimankul@gmail.com

Editorial Board:

Adambekov D.A. - dr.med.sci., prof., academician 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.,

the head of the department of traumatology, orthopedy and ES

Djumaliyeva G.A. - dr.med.sci., prof., Vice-rector for international
relations and strategic development, the head of department of
General and Clinical Epidemiology

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

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

Mamatov N.N. - c.med. sci., as. professor, Vice-Rector for
Scientific and Clinical Work

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

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

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

Tukhvatshin R.R. - corresponding member NAS KR, dr.med.sci.,
prof., the head of department of Pathological Physiology

Yrysov K.B. - corresponding member NAS KR, dr.med.sci., prof.
of neurosurgery department, Vice-Rector for Academic Affairs

Editorial Council:

Alymbaev E.Sh. - dr.med. sci., prof., the head of faculty
pediatrics

Arnoldas Jurgutis - professor, the head of public health
department of Klaipeda University (Lithuania)

Atambayeva R.M. - dr.med. sci., prof., the head of hygiene
disciplines department

Batyrallyev T.A. - dr.med. sci., professor of KSMA n.a. I.K.
Akhunbaev

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

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

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

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

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

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

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

Karasheva N.T. - c.ped.sci., the head of the department of

physics, mathematics, informatics and computer technologies

Kononets I.E. - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and
clinical physiology department n.a. S.B. Daniyarov

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

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

Louis Loutan - professor, University of Geneva (Swiss)

Mamatov S.M. - dr.med.sci., prof., the head of department of
Hospital therapy, Occupational pathology with a course of
Hematology

Mingazova E.N. - dr.med.sci., prof., chief scientist employee of
the "NRI of Public Health named after N.A. Semashko" (Russia)

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

Mitish V.A. - c.med.sci., as. prof., the head of disaster medicine
dep. of MI PFUR, Director of the RI of Emergency Pediatric
Surgery and Traumatology of DHM, the head of dep. of wounds
and wound infections CRMC n.a. A.V. Vishnevsky, Honored
Doctor of the RF (Russia)

Moldobaeva M.S. - dr.med.sci, prof., the head of propaedeutics
of Internal Diseases with course of Endocrinology

Mukashev M.Sh. – dr.med.sci, prof., the head of forensic
medicine

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

Paskhalova Yu.S. – c.med.sci., as. prof. of disaster medicine
dep. of MI PFUR, the head of purulent surgery dep. of the dep. of
wounds and wound infections CRMC n.a. A.V. Vishnevsky
(Russia)

Samorodov A.V. - dr.med.sci., as. prof., Vice-Rector for
Scientific Work of the Bashkir State University of MH of Russia,
the head of department of pharmacology and clinical
pharmacology (Bashkortostan)

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

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

Stakeeva Ch.A. - c.med.sci., as. prof., the head of dep. of
obstetrics and gynecology №2

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

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

Usupova Ch.S. - dr.philos.sci., as. prof., the head of department
of Philosophy and Social Sciences

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
material

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

- Анварбекова Ы.А., Карашева Н.Т., Джаманкулова Н.М., Бактыбеков Б.Б.** 10
Физическая работоспособность людей молодого возраста, перенесших COVID-19

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

- Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Ормонов М.К., Умурзаков О.А., Эрнисова М.Э.** 18
Спаечная тонкокишечная непроходимость: эпидемиология, классификация, профилактика

- Абдымечинова А.К., Ырысов К.Б., Идирисов А.Б., Бакасов А.Т., Базарбаев М.К.** 26
Дифференцированный подход к лечению внутричерепных травматических кровоизлияний

- Алик к. Э., Ырысов К.Б., Мамазияева Н.А.** 37
Сравнительный анализ нейроофтальмологической симптоматики у больных с аденомой гипофиза

- Ырысов К.Б., Алибаева Г.Ж., Абдымечинова А.К., Бакасов А.Т., Базарбаев М.К.** 45
Результаты нейрохирургического лечения при тяжелой черепно-мозговой травме в зависимости от методов трепанации

- Ырысов К.Б., Келиева Л.Х., Каныев А.А., Каримов У.А.** 53
Методы нейровизуализации при грыжах поясничных межпозвонковых дисков

- Иманкулова А.С.** 61
Современные аспекты применения антимикробных препаратов в хирургической урологии (обзор литературы)

- Кожоналиев Т.З., Усупбаев А.Ч., Джанузакова Н.Э., Жолборсов А.А., Ниязов А.А.** 70
Основные аспекты проблемы цистита у женщин в постменопаузальном периоде

- Келдибеков Ч.Ж., Джумабеков С.А.** 79
Оперативное лечение вывиха акромиального конца ключицы

- Ниязов К.А.** 88
Различия показателей коагулограммы у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проживающих в горных условиях Кыргызской Республики

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

- Беделбаев М.К., Джолбунова З.К., Мамбетова А.К., Халупко Е.А., Акматов А., Буханцева О.С.** 95
Коронавирусная диарея (COVID-19) у детей раннего возраста

Мамбетова М.К., Кадырова Р.М., Шаимбетов А.Т., Балабасова А.М., Абдрахманова А.А., Жолдошбекова Ж.Ж.	103
Поражение нервной системы при COVID инфекции у подростка. Клинический случай	
Насирдинов Ф.Р.	111
Этиоструктура и антибиотикорезистентность пневмотропных патогенов при вентилятор-ассоциированных пневмониях у детей первых двух месяцев	
Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Джолбунова З.К., Халупко Е.А., Чыныева Д.К., Карамурзаева Г.А., Малышева М.А.	119
Динамика заболеваемости вакциноуправляемых инфекций за последние 20 лет в Кыргызстане	
ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНЕ	
Замалетдинова Г.С., Байжигитова А.А.	129
Формирование профессионально-коммуникативной компетенции студентов-меди- ков	
Кульбаева Г.Б. Речевая этика врача	135
ЮБИЛЕИ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ	
Кафедре «Детских инфекционных болезней» исполнилось 50 лет!	141
Иманбаев А.С., Иманбаева С.С.	144
Вклад Сулаймана Иманбаева в развитие системы здравоохранения Кыргызской Республики	

ИЧКИ МЕДИЦИНА

- Анварбекова Ы.А., Карашева Н.Т., Джаманкулова Н.М., Бактыбеков Б.Б.** COVID-19 оорусу менен ооруган жаштардын физикалык жөндөмдүүлүгү 10

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Ормонов М.К., Умурзаков О.А., Эрнисова М.Э.** Ичке ичегилердин жабышуусу: эпидемиологиясы, классификациясы, алдын алуу 18

- Абдымечинова А.К., Ырысов К.Б., Идирисов А.Б., Бакасов А.Т., Базарбаев М.К.** Баш-сөөк ичиндеги жарааттык кан куюлууларды дарылоодогу дифференциялык ыкма 26

- Алик к. Э., Ырысов К.Б., Мамазияева Н.А.** Гипофиздин аденомасынан жабыркаган бейтаптардын нейроофтальмологиялык симптоматикасына салыштырма талдоо 37

- Ырысов К.Б., Алибаева Г.Ж., Абдымечинова А.К., Бакасов А.Т., Базарбаев М.К.** Баш мээнин оор даражадагы жаракатын колдонулуучу трепанация ыкмаларына жараша нейрохирургиялык дарылоонун натыйжалары 45

- Ырысов К.Б., Келиева Л.Х., Каныев А.А., Каримов У.А.** Бел омурткасындагы диск чуркусунун нейровизуализациялык ыкмалары 53

- Иманкулова А.С.** Хирургиялык урологияда антимикробдук дарыларды колдонуунун заманчылык аспекттери (адабий сереп) 61

- Кожоналиев Т.З., Усупбаев А.Ч., Джанузакова Н.Э., Жолборсов А.А., Ниязов А.А.** Аялдардын постменопаузадагы цистит проблемасынын негизги аспекттери 70

- Келдибеков Ч.Ж., Джумабеков С.А.** Акырек сөөктүн чыгышын операция жасоо ыкмасы 79

- Ниязов К.А.** Кыргыз Республикасынын тоолуу шарттарда жашаган жаралуу гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптардагы коагулограмманын көрсөткүчтөрүндөгү айырмачылыктар 88

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

- Беделбаев М.К., Джолбунова З.К., Мамбетова А.К., Халупко Е.А., Акматов А., Буханцева О.С.** Ымыркай балдарда коронавирус ич өткөгү (COVID-19) 95

- Мамбетова М.К., Кадырова Р.М., Шаимбетов А.Т., Балабасова А.М., Абдрахманова А.А., Жолдошбекова Ж.Ж.** Өспүрүмдөгү COVID инфекциясы менен нерв системасынын оорусу. Клиникалык байкоо 103

Насирдинов Ф.Р.

Курагы биринчи эки айлык балдарда өпкөнү желдетүү менен байланышкан пневмонияда пневмотоптук козгогучтардын антибиотиктерге туруктуулугу жана этиоструктурасы 111

Чечетова С.В., Кадырова Р.М., Жолбунова З.К., Халупко Е.А., Чыныева Д.К., Карамурзаева Г.А., Малышева М.А.

Кыргызстанда акыркы 20 жылда вакцина менен башкарылган жугуштуу ооруларынын дарттуулуктун динамикасы 119

МЕДИЦИНАДА ТИЛ АСПЕКТИЛЕРИ

Замалетдинова Г.С., Байжигитова А.А.

Медициналык студенттердин кесиптик-коммуникативдик компетенттүүлүктү калыптандыруу 129

Кульбаева Г.Б. Врачтын кеп этикасы 135

ЮБИЛЕЙЛЕР ЖАНА ЭСТЕН ЧЫКПАС ДАТАЛАР

«Балдардын жугуштуу оорулары» кафедрасына - 50 жыл! 141

Иманбаев А.С., Иманбаева С.С.

Сулайман Иманбаевтин Кыргыз Республикасынын саламаттык сактоо тармагынын өнүгүүсүнө кошкон салымы 144

INTERNAL MEDICINE

- Anvarbekova Y.A., Karasheva N.T., Djamankulova N.M., Baktybekov B.B.** 10
The exercise performance of young age men who have recovered from COVID-19

QUESTIONS OF SURGERY

- Sopuev A.A., Mamatov N.N., Ormonov M.K., Umurzakov O.A., Ernisova M.E.** 18
Adhesive small intestinal obstruction: epidemiology, classification, prevention

- Abdymechinova A.K., Yrysov K.B., Idirisov A.B., Bakasov A.T., Bazarbayev M.K.** 26
Differentiated approach to the treatment of intracranial traumatic hemorrhages

- Alik k. E., Yrysov K.B., Mamaziyaeva N.A.** 37
Comparative analysis of neuroophthalmological symptomology in patients with pituitary adenomas

- Yrysov K.B., Alibayeva G.Zh., Abdymechinova A.K., Bakasov A.T., Bazarbayev M.K.** 45
Results of surgery in traumatic brain compression depending on craniotomy methods

- Yrysov K.B., Kelieva L.Kh., Kanyev A.A., Karimov U.A.** 53
Neuroimaging methods for herniated lumbar intervertebral discs

- Imankulova A.S.** 61
Current aspects of the use of antimicrobials in surgical urology (literature review)

- Kozhonaliev T.Z., Usupbaev A.Ch., Djanuzakova N.E., Zholborsov A.A., Niiazov A.A.** 70
Main aspects of the problem of cystitis in post-menopausal women

- Keldibekov Ch.Zh., Dzhumabekov S.A.** 70
Surgical treatment of dislocation of the acromial extremity of clavicle

- Niiazov K.A.** 88
Differences in coagulogram parameters in patients with ulcerative gastroduodenal bleeding living in the mountainous conditions of the Kyrgyz Republic

PEDIATRIC QUESTIONS

- Bedelbaev M.K., Dzholbunova Z.K., Mambetova A.K., Khalupko E.A., Akmatov A., Bukhantseva O.S.** 95
Coronavirus diarrhea (COVID-19) in children

- Mambetova M.K., Kadyrova R.M., Shaimbetov A.T., Balabasova A.M., Abdrakhmanova A.A., Zholdoshbekova Zh.Zh.** 103
Nervous system damage for COVID infection in adolescent. Clinical case

CONTENTS

Nasirdinov F.R.

Etiostucture and antibiotic resistance of pneumotropic pathogens in ventilator-associated pneumonia in children of the first two months 111

**Chechetova S.V., Kadyrova R.M., Dzholbunova Z.K., Khalupko E.A.,
Chynyeva D.K., Karamurzaeva G.A., Malysheva M.A.**

Dynamics of incidence of vaccine-prevantable infections over the last 20 years in Kyrgyzstan 119

LINGUISTIC ASPECTS IN MEDICINE

Zamaletdinova G.S., Baizhigitova A.A.

Formation of professional and communicative competence medical students 129

Kulbaeva G.B. Speech etiquette of a doctor

135

ANNIVERSARIES AND MEMORABLE DATES

Department of "Children's infectious diseases" - 50 years!

141

Imanbaev A.S., Imanbayeva S.S.

The contribution of Sulaiman Imanbayev to the development of the health care system of the Kyrgyz Republic 144

**COVID-19 ООРУСУ МЕНЕН ООРУГАН ЖАШТАРДЫН
ФИЗИКАЛЫК ЭМГЕК ЖӨНДӨМДҮҮЛҮГҮ****Ы.А. Анварбекова¹, Н.Т. Карашева², Н.М. Джаманкулова¹, Б.Б. Бактыбеков¹**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,

¹клиникалык калыбына келтирүү жана физиотерапия кафедрасы²физика, математика, информатика жана компьютердик технологиялар кафедрасы

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Таржымал. Covid-19 пандемиясы учурунда жаш курактагы эркек адамдардын эмгек жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү убактысын аныктоо максатында өткөрүлгөн изилдөөгө кырк студент жана Кыргыз Республикасынын футбол федерациясынын кырк спортчусу өз ыктыяры менен катышышты. Катышуучуларга велоэргометр аппаратында 50, 75, 100 Ватт физикалык күч жүктөлгөн жана алардын гомеостаз көрсөткүчтөрү өлчөнгөн. Жыйынтыгында 100 ватт физикалык күч жүктөлгөндө, Covid-19 оорусу менен ооруган студенттердин сатурациясы $SpO_2=94,4\pm1,53$, ал эми оорубаган студенттердики $SpO_2=97,7\pm0,30$ ($p<0,05$), ооруган спортчулардыкы $SpO_2=97,4\pm0,40$, ал эми оорубаган спортчулардыкы $SpO_2=98,1\pm0,21$ ($p>0,05$) көрсөттү. Ушул физикалык күч жүктөлгөндө, ооруган жана оорубаган спортчулардын сатурация деңгээлинин айырмачылыгы байкалган жок. Гомеостаздык көрсөткүчтөр боюнча эмгекке болгон жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келиши ооруган студенттердики 10 мүнөт, ал эми оорубаган студенттердики 5 мүнөт, ооруган спортчулардыкы 5 мүнөт, ал эми оорубаган спортчулардыкы 3 мүнөттү түздү.

Негизги сөздөр: спортчулардын жана студенттердин эмгек жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү убактысы, велоэргометр, Covid-19 пандемиясы.

**ФИЗИЧЕСКАЯ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ ЛЮДЕЙ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19****Ы.А. Анварбекова¹, Н.Т. Карашева², Н.М. Джаманкулова¹, Б.Б. Бактыбеков¹**

Кыргызская государственная медицинская академия им И.К. Ахунбаева,

¹кафедра клинической реабилитологии и физиотерапии²физики, математики, информатики и компьютерных технологий,

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. С целью определения времени восстановления физической работоспособности мужчин молодого возраста в период пандемии Covid-19 было проведено исследование, в котором добровольно участвовали 40 студентов и 40 спортсменов из футбольной федерации Кыргызской Республики. Во время выполнения

физической нагрузки мощностью 50, 75, 100 Ватт на велоэргометре были измерены показатели гомеостаза участников. При выполнении нагрузки мощностью 100 Ватт уровень сатурации студентов, переболевших Covid-19 составил $SpO_2=94,4\pm1,53$, а студентов, не переболевших Covid-19 – $SpO_2=97,7\pm0,30$ ($p<0,05$), уровень сатурации спортсменов, переболевших Covid-19 – $SpO_2=97,4\pm0,40$, спортсменов, не переболевших Covid-19 – $SpO_2=98,1\pm0,21$ ($p>0,05$). При такой нагрузке разница в уровне сатурации у спортсменов, переболевших и не переболевших Covid-19 не наблюдалось. По показателям гомеостаза период восстановления физической работоспособности у переболевших студентов составило 10 минут, не переболевших студентов – 5 минут, переболевших спортсменов – 5 минут, не переболевших спортсменов – 3 минут.

Ключевые слова: время восстановления работоспособности спортсменов и студентов, велоэргометр, пандемия Covid-19.

THE EXERCISE PERFORMANCE OF YOUNG AGE MEN WHO HAVE RECOVERED FROM COVID-19

Y.A. Anvarbekova¹, N.T. Karasheva², N.M. Djamankulova¹, B.B. Baktybekov¹

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

¹Department of Clinical Rehabilitology and Physiotherapy

²Department of Physics, Mathematics, Informatics and Computer Technologies,
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. To determine rehabilitation time of young age men there was carried a study in which 40 students and 40 athletes from the football federation of Kyrgyz republic participated voluntarily. During the performance of physical activity with a power of 50, 75, 100 watts, the homeostasis indicators of the participants were measured on a bicycle ergometer. When carrying out the physical activity with intensity 100 watts, the saturation level of students who were ill with COVID-19 was $SpO_2=94.4\pm1.53$ and in students who were not ill with COVID-19 it was $SpO_2=97.7\pm0.30$ ($p<0.05$), the saturation level of athletes who were ill with COVID-19 - $SpO_2=97.4\pm0.40$, in athletes who were not ill with COVID-19 it was $SpO_2=98.1\pm0.21$ ($p>0.05$). With such a physical activity, there was no difference in saturation level in athletes ill and not ill with COVID-19. According to the indicators of homeostasis, the period of exercise performance recovery in ill students was 10 minutes and in non-ill students - 5 minutes, in athletes who were ill - 5 minutes and in athletes who were not ill - 3 minutes.

Key words: rehabilitation time of athletes and students, bicycle ergometer, pandemic Covid-19.

Киришүү. 2020-2022-жылдары дарылоо ыкмалары белгисиз дүйнөлүк пандемия – Covid-19 өтө болгондуктан, көп адамдар курман болду. актуалдуу маселелердин бири болуп Ошого байланыштуу, 2020-жылдын 12-саналды. Бул оору жаңы пайда болуп, мартында КР Өкмөтү коомдук иш-

чараларга тыюу салып, 16-апрелден тартып жогорку окуу жайлар карантинге жабылып, онлайн окутууга которулган. Санитардык-эпидемиологиялык абалга жараша пандемия учурунда студенттердин үйдө обочолонуп отурушу, кыймыл-аракеттин азайышы, психо-эмоционалдык чыңалуусу көп көйгөйлөрдү жаратты. Covid-19 оорусуна чалдыккандардын негизги белгилери болуп, кан басымынын көтөрүлүшү, жүрөктүн тез-тез согушу, дем алуу ылдамдыгынын көбөйүшү жана кандын кычкылтек менен камсыздалышынын төмөндөшү саналат [1, 2, 3]. Covid-19 менен ооруган студенттерде бир катар өзгөчөлүктөр байкалды. Көбүнчө оорунун (62,2%) асимптоматикалык-клиникалык белгилери жок болгон же өтө эле билинбей өткөн. Жаштар үчүн Covid-19 оорусунун чыгышы коркунучсуз деп эсептөөгө болот [4,5]. Бирок бул оорунун белгиси байкалбай ооруган жаштарга, спортчуларга физикалык күч жүктөлгөндөн кийин алардын эмгек жөндөмдүүлүгүнүн өзгөрүшү изилденген эмес [6, 3]. Ошондуктан ушул көйгөлүү маселени чечиш үчүн медициналык академиянын студенттери менен футбол федерациясынын спортчуларына пандемия кандай таасир эткенин аныктоо үчүн илимий изилдөө жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн максаты. Жаштардын ичинен көпчүлүк студенттердин жашоосунда физикалык кыймыл-аракети аз, ал эми спортчулардыкы жогору болгондуктан, Covid-19 менен ооруган жана оорубаган студенттердин менен спортчулардын физикалык күч жүктөлгөндөн кийин эмгек жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү

убактысын аныктоо максатында гомеостаздык көрсөткүчтөрү боюнча салыштырмалуу талдоо жүргүзүү.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары. Илимий изилдөө И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын клиникалык реабилитология жана физиотерапия кафедрасында өткөрүлгөн. Изилдөөгө толук маалыматка ээ, өнөкөт оорулар жана терс адаттары (тамеки чегүү, ичкилик ичүү) жок, өз ыктыяры менен макул болгон 40 (кырк) студент жана футбол федерациясынын 40 (кырк) спортчусу катышып, медициналык кароолордон өтүшкөн. Алардын арасында, ПЧР-тесттери оң натыйжаны көрсөткөнүнүн негизинде Covid-19 менен ооругандарына 6-8 ай боло элек спортчулар менен студенттер катышты. Изилдөө төмөнкү ыкмаларды колдонуу менен жүргүзүлдү:

1. Start line fitness велоэргометрдин (ВЭМ) жардамы менен ар бир 3 мүнөттө үзгүлтүксүз, улам-улам жогорлатуу менен 50, 75, 100 ватт физикалык күч жүктөө учурунда гомеостаздык көрсөткүчтөрүн баалоо. Физикалык күч жүктөө бүтөрүү менен эмгекке болгон жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келишин 1, 3 жана 5 мүнөт убакытта гомеостаздык көрсөткүчтөрү боюнча аныктоо.

2. пульсоксиметр аппаратында кандын кычкылтек менен каныгуусу (SpO_2), жүрөктүн согуу жыштыгын (ЖСЖ) аныктоо;

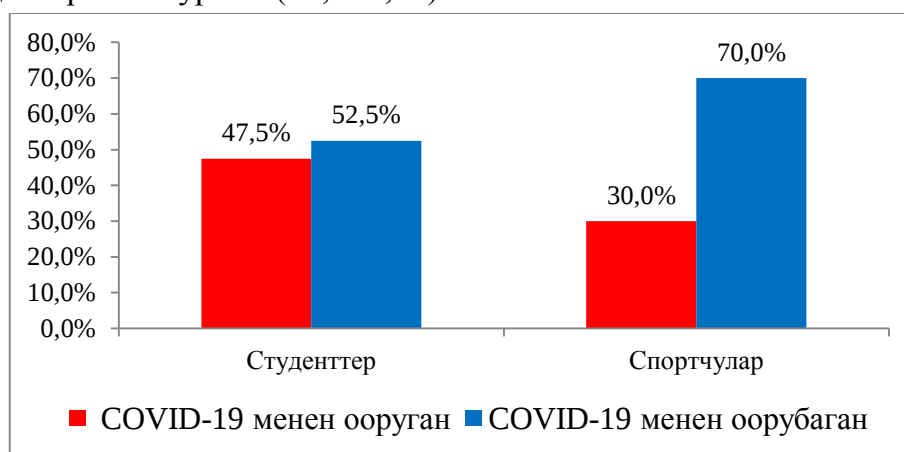
3. тонометр менен систоликалык артериалдык кан басымын (САБ) жана диастоликалык артериялык кан басымын (ДАБ) аныктоо;

4. фонендоскоп аркылуу дем алуу жыштыгын (ДАЖ) аныктоо;

5. SPSS статистикалык анализдөө программасынын жардамы менен көз карандысыз топтор жана кош жүргөн топтор үчүн Т-критерийди эсептөө.

Изилдөөнүн жыйынтыгы жана талкуулоо. Илимий изилдөөгө катышкан студенттердин орточо курагы ($22,5 \pm 0,27$)

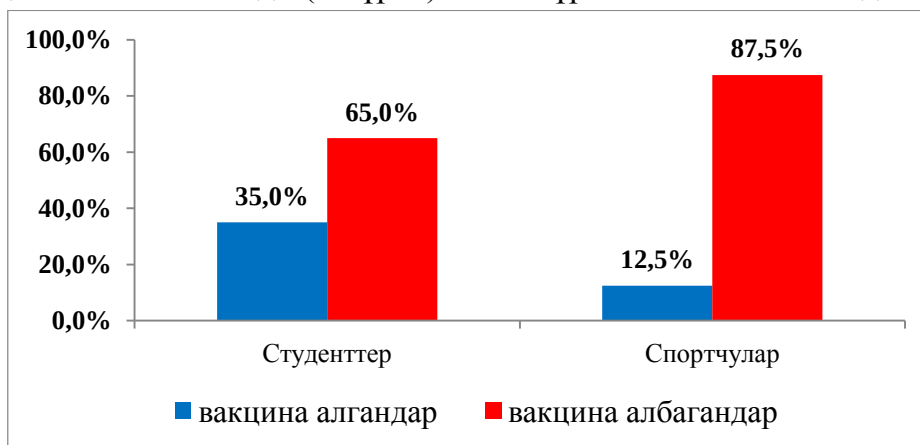
менен спортчулардын орточо курагынын ($21,7 \pm 0,31$) айырмачылыгы аныкталган жок ($p > 0,05$). Covid-19 менен ооруган студенттер 47,5%, оорубаган студенттер 52,5%, ошондой эле ооруган спортчулар 30% жана оорубаган спортчулар 70% түздү (1-сүрөт), башкача айтканда, ооруган спортчулардан саны ооруган студенттерге салыштармалуу аз.



1- сүрөт. Covid-19 менен ооруган жана оорубаган студенттер жана спортчулардын пайызы.

Изилдөөгө катышкандардын ичинен Covid -19 вакцинасын алган жана албагандардын саны эсептелди (2-сүрөт).

Вакцина алган студенттердин саны спортчуларга караганда, бир кыйла көбүрөөк экени аныкталды.



2- сүрөт. Covid-19 вакцинасын алган жана албаган студенттердин жана спортчулардын пайызы.

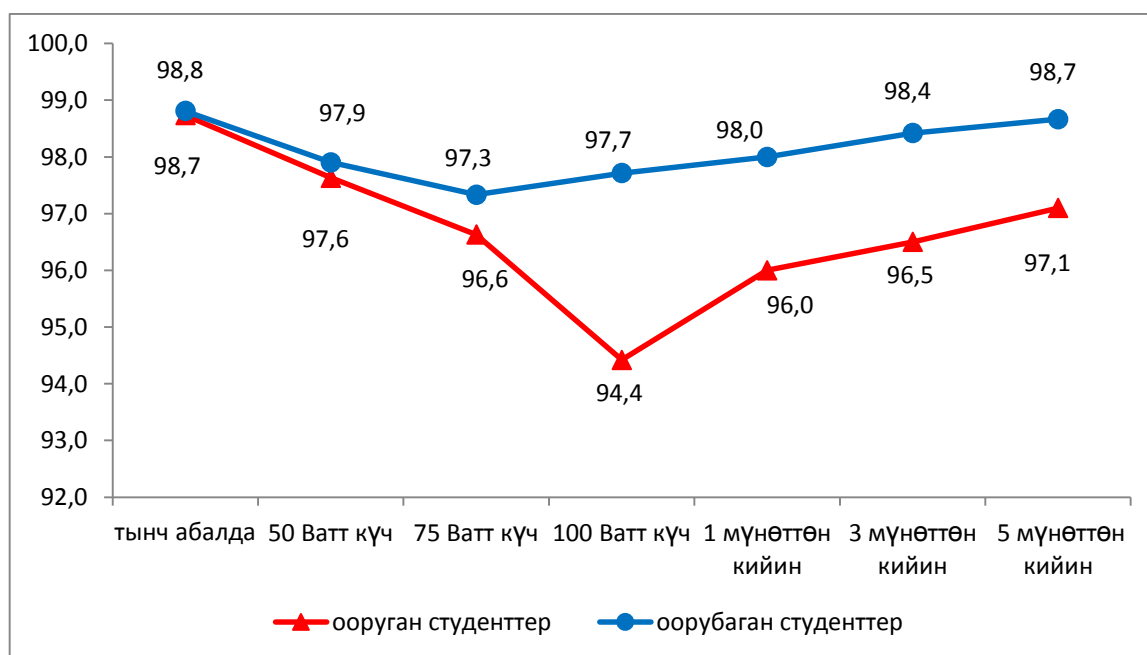
Студенттердин тынч абалындагы систоликалык артерия басымынын деңгээли ($119,1 \pm 1,73$), диастоликалык артерия басымынын деңгээли ($77,7 \pm 1,69$), жүрөктүн согуу жыштыгы ($73,5 \pm 2,02$),

дем алуу жыштыгы ($19,0 \pm 0,65$) жана кандын кычкылтек менен камсыздуулугу ($98,8 \pm 0,14$) спортчулардыкынан жогору экени аныкталды (САБ – $110,5 \pm 1,52$, ДАБ – $65,4 \pm 1,09$, ЖСЖ – $63,7 \pm 1,12$, ДАЖ –

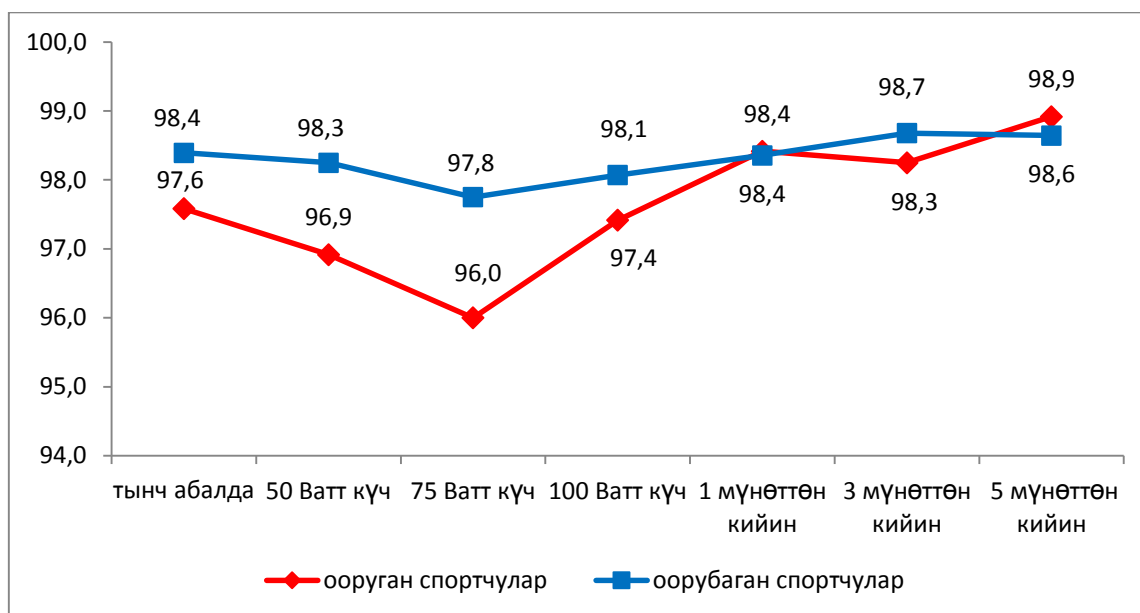
16,7±0,38, SpO₂ – 98,2±0,14, p<0,05). Спортчулардын тынч абалда гомеостаздык көрсөткүчтөрүнүн төмөн болушу адаптацияда вегетативдик парасимпатикалык нерв системасы үстөмдүүлүк кылышы менен түшүндүрүлөт. Ошону менен бирге ооруган жана оорубаган катышуучулардын гомеостаздык көрсөткүчтөрүндө айырмачылыктар аныкталган жок.

50 жана 75 ватт физикалык күч жүктөлгөн ооруган жана оорубаган студенттер менен спортчулардын гомеостаздык көрсөткүчтөрүн салыштырганда чоң айырмачылыктар байкалган жок, бирок ооругандардын

сатурациясынын төмөндөгөнү аныкталды. 100 ватт физикалык күч жүктөлгөндө, жүрөктүн согуу жыштыгы ооругандардыкы (студенттердики – 151,2±5,29, спортчулардыкы – 141,6±6,25) оорубагандарга (студенттердики – 141,2±3,54, спортчулардыкы – 128,8±9,84) салыштырмалуу жогору. Ал эми сатурация көрсөткүчү ооруган студенттердин (94,4±1,53) оорубаган студенттердикине караганда, (97,7±0,30) кескин төмөн экени аныкталды, бирок спортчулардын арасында ооруган (97,4±0,40) жана оорубагандардын (98,1±0,21) сатурациясынын айырмасы байкалган жок (3, 4- сүрөт).



3- сүрөт. Covid-19 менен ооруган жана оорубаган студенттердин сатурациясынын өзгөрүшү.



4-сүрөт. Covid-19 менен ооруган жана оорубаган спортчулардын сатурациясынын өзгөрүшү.

100 ватт физикалык күчтү жүктөөнү токтоткондон 1 мүнөт өткөндөн кийин ооруган студенттердин гомеостаздык көрсөткүчтөрү (САБ – $137,1 \pm 4,25$, ДАБ – $76,1 \pm 3,12$, ЖСЖ – $132,2 \pm 3,96$, ДАЖ – $26,4 \pm 1,23$, SpO_2 – $96,0 \pm 0,38$), оорубаган студенттердики (САБ – $138,1 \pm 2,90$, ДАБ – $79,6 \pm 4,42$, ЖСЖ – $126,4 \pm 5,19$, ДАЖ – $27,1 \pm 0,98$, SpO_2 – $98,0 \pm 0,38$), ооруган спортчулардыкы (САБ – $131,5 \pm 2,72$, ДАБ – $75,4 \pm 3,23$, ЖСЖ – $96,7 \pm 2,39$, ДАЖ – $28,8 \pm 0,87$, SpO_2 – $98,4 \pm 0,19$), оорубаган спортчулардыкы (САБ – $129,3 \pm 1,94$, ДАБ – $79,1 \pm 2,08$, ЖСЖ – $96,5 \pm 2,76$, ДАЖ – $27,5 \pm 0,65$, SpO_2 – $98,4 \pm 0,15$) өлчөнүп, баардык катышуучулардын гомеостаздык көрсөткүчтөрү (САБ, ДАБ, ЖСЖ, ДАЖ) бир аз төмөндөп, ал эми сатурация акырындык менен көтөрүлө

баштады, бирок ооруган студенттердин жүрөктүн согуу жыштыгы жогору бойдон сакталып турду (тахикардия). 3 мүнөт убакыттан кийин оорубаган спортчулардын, 5 мүнөт убакыттан кийин ооруган спортчулар менен оорубаган студенттердин гомеостаздык көрсөткүчтөрү калыбына келди. Ал эми ооруган студенттердин гомеостаздык көрсөткүчтөрү 5 мүнөттө калыбына келбегендиктен, 10 мүнөткө чейин байкоо жүргүзүүгө туура келди.

Демек, ооруган студенттердики оорубаган студенттерге салыштырганда 5 мүнөткө кечирээк, ал эми ооруган спортчулардыкы оорубаган спортчулардыкына салыштырмалуу 2 мүнөткө кечирээк калыбына келди (1, 2-жадыбал).

1-жадыбал - Covid-19 менен ооруган жана оорубаган студенттердин гомеостаздык көрсөткүчтөрү боюнча эмгекке болгон жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү убактысын салыштыруу

Көрсөт- күчтөр (M±m)	Студенттер	Тынч абалда	Күч жүк- төлгөндөн 5 мүнөттөн кийин	Күч жүк- төлгөндөн 10 мүнөттөн кийин	p1*	p2*
САБ	Ооругандар	121,3±2,38	131,6±2,45	118,4±2,42	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	117,1±2,47	115,5±2,91	115,6±2,42	>0,05	>0,05
ДАБ	Ооругандар	77,2±2,10	90,8±2,87	77,6±2,54	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	78,1±2,64	76,0±2,93	77,2±2,78	>0,05	>0,05
ЖСЖ	Ооругандар	73,2±3,17	107,6±3,94	100,6±3,84	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	73,9±2,64	80,5±2,79	79,7±3,51	>0,05	>0,05
ДАЖ	Ооругандар	19,2±0,96	24,7±1,00	22,8±0,79	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	18,9±0,89	20,6±0,85	19,7±0,74	>0,05	>0,05
Сатурациясы (SPO2)	Ооругандар	98,7±0,24	97,1±0,16	98,2±0,19	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	98,8±0,16	98,7±0,12	98,7±0,14	>0,05	>0,05

*p1 – тынч абал менен күч жүктөлгөндөн 5 мүнөттөн кийин ченелген көрсөткүчтөрдүн айырмачылыктарынын статистикалык маанилүүлүгү,

p2 – тынч абал менен күч жүктөлгөндөн 10 мүнөттөн кийин ченелген көрсөткүчтөрдүн айырмачылыктарынын статистикалык маанилүүлүгү.

2-жадыбал - Covid-19 менен ооруган жана оорубаган спортчулардын гомеостаздык көрсөткүчтөрү боюнча эмгекке болгон жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келүү убактысын салыштыруу

Көрсөт- күчтөр (M±m)	Спортчулар	Тынч абалда	Күч жүк- төлгөндөн 3 мүнөттөн кийин	Күч жүк- төлгөндөн 5 мүнөттөн кийин	p1*	p2*
САБ	Ооругандар	109,2±2,29	115,4±3,04	110,4±2,49	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	111,1±1,95	114,8±1,98	108,4±1,65	>0,05	>0,05
ДАБ	Ооругандар	64,2±1,49	67,5±1,26	65,8±2,03	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	65,9±1,45	68,5±1,82	67,0±1,60	<0,05	>0,05
ЖСЖ	Ооругандар	66,2±1,81	72,8±2,29	68,9±1,69	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	62,6±1,37	71,9±1,60	64,6±1,24	<0,05	>0,05
ДАЖ	Ооругандар	17,8±0,66	19,5±1,16	16,7±0,89	<0,05	>0,05
	Оорубагандар	17,6±0,47	19,1±0,56	16,8±0,44	<0,05	>0,05
Сатурациясы (SPO2)	Ооругандар	97,6±0,26	98,3±0,18	98,9±0,23	<0,05	<0,05
	Оорубагандар	98,4±0,13	98,7±0,14	98,6±0,15	>0,05	>0,05

*p1 – тынч абал менен күч жүктөлгөндөн 3 мүнөттөн кийин ченелген көрсөткүчтөрдүн айырмачылыктарынын статистикалык маанилүүлүгү,

p2 – тынч абал менен күч жүктөлгөндөн 5 мүнөттөн кийин ченелген көрсөткүчтөрдүн айырмачылыктарынын статистикалык маанилүүлүгү.

Корутунду:

1. Covid-19 оорусу менен ооруган студенттерге физикалык күч жүктөлгөндө, гомеостаздык көрсөткүчтөрүнүн ичинен жүрөктүн согуу жыштыгынын жогорулашы жана сатурациясынын кескин түрдө төмөндөшү аныкталды.

2. Covid-19 менен ооруган студенттерди убакыт боюнча эмгек жөндөмдүүлүгүнүн калыбына келиши 10 мүнөттү түздү. Ошондуктан студенттерге физикалык кыймыл аракетти күчөтүүнү сунуштайбыз.

3. Covid-19 оорусу жаштардын эмгек жөндөмдүүлүгүнүн төмөндөшүнө алып келгени үчүн жаштарды эмдөөнү толугу менен камтууга зарыл.

Колдонулган адабияттар

1. Коронавирусная инфекция - COVID-19 в Кыргызской Республике: Оценка воздействия на социально-экономическую ситуацию, уязвимость и ответные меры политики. Бишкек; 2020. 98. <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/626026/covid-19-kgz-socioeconomic-vulnerability-impact-ru.pdf>.
2. Клиническое руководство по диагностике и лечению коронавирусной инфекции (COVID-19) (версия 5). Бишкек; 2021. 245.
3. Чесноков Н.Н., Морозов А.П., Тарасов А.Ю. Дистанционный контроль физической подготовки юных футболистов 15–16 лет в условиях карантинных мер. Физическая культура, спорт - наука и практика. 2020;3:35–39.
4. Эсеналиева Ж.А., Бримкулов Н.Н., Сулайманов Ш.А., Муратова Ж.К., Чернышова Е.А. Особенности новой коронавирусной инфекции (COVID-19) у студентов Кыргызской Республики. Бюллетень науки и практики. 2021;7(6):208-221. <https://doi.org/10.33619/2414-2948/67/24>.
5. Аулик И.В. Определение физической работоспособности в клинике и спорте. М.: Медицина; 1990. 234.
6. Phelan D, Kim JH, Chung EH. A Game plan for the resumption of sport and exercise after coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection. JAMA Cardiol. 2020; <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.p>

**СПАЕЧНАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ:
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРОФИЛАКТИКА**

**А.А. Сопуев¹, Н.Н. Маматов¹, М.К. Ормонов²,
О.А. Умурзаков², М.Э. Эрнисова¹**

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

² Ошская межобластная объединенная клиническая больница

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье обсуждается проблема спаечной тонкокишечной непроходимости (СТКН): эпидемиология, классификация и профилактика. Описано несколько классификаций, на основании которых проводится не только определение степени тяжести, но и определение индекса перитонеальной адгезии при котором определяется крепость спаек и стратификация риска необходимости хирургического вмешательства. Несмотря на то, что во всем мире над проблемой борьбы с образованием спаек и развития спаечной тонкокишечной непроходимости работают многие специалисты, вопрос остается открытым, актуальным и требующим дальнейшего изучения.

Ключевые слова: спайки, спаечная болезнь, тонкокишечная непроходимость, профилактика спайкообразования.

**ИЧКЕ ИЧЕГИЛЕРДИН ЖАБЫШУУСУ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ,
КЛАССИФИКАЦИЯСЫ, АЛДЫН АЛУУ**

**А.А. Сопуев¹, Н.Н. Маматов¹, М.К. Ормонов²,
О.А. Умурзаков², М.Э. Эрнисова¹**

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы

² Ош облустар аралык бириккен клиникалык оорукана

Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада ичке ичегинин адгезиялык өтүшүп кетиши маселеси каралат: эпидемиологиясы, классификациясы жана алдын алуу. Бир нече классификациялар сүрөттөлгөн, алардын негизинде бир гана оордукту аныктоо эмес, ошондой эле перитонеалдык адгезия индексин аныктоо жүргүзүлөт, ал адгезиялардын күчүн жана хирургиялык кийлигишүү зарылдыгынын тобокелдигин стратификациялоону аныктайт. Бүткүл дүйнө жүзү боюнча көптөгөн адистер адгезиялардын пайда болушуна жана жабышчаак ичке ичеги-карындын өтүшүп кетишине каршы күрөшүү проблемасынын үстүндө иштеп жаткандыгына карабастан, бул маселе ачык бойдон калууда, актуалдуу жана андан ары изилдөөнү талап кылат.

Негизги сөздөр: адгезия, адгезия оорусу, ичке ичегилердин өтүшүп кетиши, адгезияны алдын алуу.

ADHESIVE SMALL INTESTINAL OBSTRUCTION: EPIDEMIOLOGY,
CLASSIFICATION, PREVENTION

A.A. Sopuev¹, N.N. Mamatov¹, M.K Ormonov²,
O.A. Umurzakov², M.E. Ernisova¹

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

² Osh Interregional United Clinical Hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. The article discusses the problem of adhesive small intestinal obstruction (ASIO): epidemiology, classification and prevention. Several classifications have been described, on the basis of which not only the severity is determined, but also the peritoneal adhesion index is determined, which determines the strength of adhesions and stratification of the risk of the need for surgical intervention. Despite the fact that many specialists all over the world are working on the problem of combating the formation of adhesions and the development of adhesive small bowel obstruction, the question remains open, relevant and requires further study.

Keywords: adhesions, adhesive disease, small bowel obstruction, prevention of adhesion.

Спаечная тонкокишечная непроходимость (СТКН) - одна из ведущих причин хирургических неотложных состояний, которая требует неотложных хирургических вмешательств [1]. В Великобритании непроходимость тонкой кишки была показанием для 51% всех неотложных лапаротомий. В США на семь неотложных хирургических вмешательств приходится 80% всех госпитализаций, осложнений, летальности и расходов на организацию медицинской службы в общей хирургии США. Послеоперационные спаечные процессы являются основной причиной непроходимости тонкого кишечника, составляя 60% случаев [2].

При СТКН период госпитализации в среднем равен 8 койко-дням, а

летальность составляет 3%. От 20 до 30% пациентов с СТКН нуждаются в хирургическом лечении. Продолжительность госпитализации и осложняемость в большей степени зависят от необходимости хирургического вмешательства. Средняя продолжительность госпитализации после хирургического лечения СТКН составляет 16 койко-дней по сравнению с 5 койко-днями после консервативного лечения. Сопутствующие расходы в голландском исследовании в 2016 г. оценивались в 16 305 евро при хирургическом лечении и 2227 евро при консервативном лечении [2].

Профилактика и лечение СТКН часто определяются личными предпочтениями хирургов, а не стандартными протоколами, основанными на доказательствах. В публикациях имеется большое количество противоречивых и некачественных доказательств

относительно лечения спаечной непроходимости тонкой кишки [3].

Эпидемиология

Риск СТКН наиболее высок после колоректальных, онкологических, гинекологических или педиатрических операций. У каждого десятого пациента развивается по крайней мере один эпизод СТКН в течение 3 лет после колэктомии. Повторные операции по поводу СТКН происходят у 4,2–12,6% пациентов в детской хирургии и у 3,2% пациентов с колоректальным поражением. Также часты рецидивы СТКН; 12% пациентов после консервативного лечения повторно госпитализируются в течение 1 года, а через 5 лет их число увеличивается до 20%. Риск рецидива несколько ниже после оперативного лечения: 8% через 1 год и 16% через 5 лет [1, 2].

Классификация спаек

В мире наиболее часто используемой классификацией спаечного процесса в

общей хирургии является оценка адгезии по Zühlke et al. (таблица 1) [4]. Оценка основана на прочности и некоторых морфологических аспектах спаек. Достоинства этой шкалы в том, что она проста в использовании, а градации не требуют пояснений для большинства хирургов и гинекологов. Основным недостатком этой классификации является то, что в ней нет оценки спаечного процесса, а прочность спаек может варьировать в зависимости от части живота. Наиболее используемой системой оценок в гинекологической хирургии является классификация Американского общества фертильности (AFS) [5]. Классификация предназначена для оценки спаечного процесса в малом тазу. Степень и тяжесть спаечного процесса оценивается на четырех участках: правый яичник, правая маточная труба, левый яичник и левая маточная труба.

Таблица 1 - Классификация спаек по Zühlke et al.

0 степень	Отсутствие спаечного процесса или его очень незначительные проявления
1-я степень	Пленочные спайки, которые легко поддаются неострому разрушению.
2-я степень	Спайки, при которых возможно их тупое разделение, но необходимо острое рассечение вследствие начала васкуляризации
3-я степень	Лизис спаек возможен только при остром рассечении, имеет место четкая васкуляризации
4-я степень	Лизис спаек возможен только при остром рассечении, органы плотно прикреплены между собой плотными спайками, повреждение органов трудно предотвратить

Также разработан индекс перитонеальной адгезии (ИПА, *англ.* PAI), при котором определяется крепость спаек по шкале от 1-го до 3-х на 10-ти заранее определенных участках, для объединения

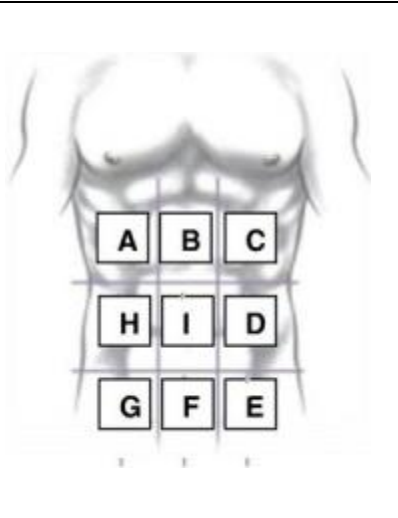
крепости спаек и степени спаечного процесса в единую шкалу (таблица 2) [6]. При ИПА проводится прогностическая оценка выздоровления после операции по поводу СТКН и риска травматизации во

время адгезиолиза. Ограничением всех этих оценочных систем адгезии является то, что они применимы только к оперативным случаям, поскольку требуют оперативной оценки. Кроме

того, ни одна из них еще не была эффективной для оценки долгосрочного риска рецидива СТКН и связанных с ней осложнениями.

Таблица 2 - Индекс перитонеальной адгезии

Области живота		Баллы
A	Правая верхняя	
B	Эпигастриум	
C	Левая верхняя	
D	Левая боковая	
E	Левая подвздошная	
F	Надлобковая	
G	Правая подвздошная	
H	Правая боковая	
I	Околопупочная	
L	Вся брюшная полость	
Итого		



ОЦЕНКА СТЕПЕНИ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА

0 - отсутствие спаек

1 - пленочные спайки, тупая диссекция

2 - плотные спайки, острая диссекция

3 - очень плотные васкуляризированные спайки, острая диссекция, трудно восстанавливаемый вред

Другой тип классификации СТКН - это стратификация риска необходимости хирургического вмешательства. M.D. Zielinski с соавт. сообщили о трех рентгенологических и клинических признаках, которые коррелируют с необходимостью хирургического обследования: отек брыжейки, отсутствие содержимого в дистальных отделах тонкой кишки и задержка стула. Такая оценка была подтверждена в 100 случаях СТКН и прогноз риска соответствовал индексу соответствия 0,77 [7]. Более точная модель была представлена Baghdadli et al., в которой оценка включает рентгенологические данные, критерии сепсиса и индекс

коморбидности. Хотя эта оценка довольно сложна, она коррелирует с площадью по кривой 0,80 в валидационном исследовании 351 случая [8].

Профилактика

Хирургическая техника

Основными принципами предотвращения спаечного процесса и связанных с ним осложнений являются минимизация хирургической травмы и использование адьювантов для уменьшения развития спаечного процесса. Имеется распространенное мнение, что лапароскопия снижает образование спаек и риск развития СТКН. В систематическом обзоре когортных

исследований частота повторных операций по поводу СТКН составила 1,4 (95% CI 1,0–1,8%) после лапароскопии и 3,8% (95% CI 3,1–4,4%) после открытой операции. Однако были различия как в типе, так и в показаниях к операции [1]. После колоректальных операций частота СТКН при лапароскопическом подходе была несколько ниже, чем после открытых колоректальных вмешательств (OR 0,62, 95% CI 0,54–0,72). Однако в трех рандомизированных испытаниях, включенных в этот обзор, не было обнаружено значительных различий (OR 0,50, 95% CI от 0,20 до 1,2) [9]. Таким образом, имеют место некоторые свидетельства того, что частота СТКН ниже после лапароскопических операций. Однако при корректировке в зависимости от типа и показаний операции эффект незначителен. Таким образом, выполнение колоректальных лапароскопических хирургических вмешательств не является полным решением с целью предотвращения СТКН.

Многие другие аспекты хирургической техники были связаны с образованием спаек, хотя эпидемиологические данные об их влиянии на частоту СТКН отсутствуют или не имеют доказательной основы. Тем не менее, стоит учитывать ряд важных факторов риска образования спаек при отягчающих обстоятельствах. Одним из наиболее важных факторов спаечного риска является реакция на инородное тело, например, при использовании перчаток с крахмальной пудрой и сеток, используемых для реконструкции брюшной стенки. Выбор типа электрокоагуляции также может

повлиять на интенсивность спаечного процесса. Повреждения брюшины ниже при биполярной электрокаутеризации и ультразвуковых методах по сравнению с монополярной электрокаутерией [10]. Экспериментальные данные показывают, что как системное, так и внутрибрюшинное применение антибактериальных средств, в частности метронидазола, может уменьшить образование спаек при септических условиях [11].

Адгезионные барьеры

Противоспаечные барьерные препараты представляют собой адъюванты для перитонеального введения, которые могут эффективно уменьшать образование спаек. Противоспаечные барьерные препараты выпускаются в нескольких формах: твердые мембраны, гели и жидкости. Противоспаечные барьерные препараты активно не препятствуют воспалению или заживлению раневой поверхности. Скорее, они действуют как преграда, которая разделяет поврежденные поверхности брюшины, позволяя этим поверхностям заживать без образования фибринозных прикреплений, которые в конечном итоге приводят к спайкам. Для выполнения этой задачи противоспаечные барьерные препараты в идеале должны быть инертными по отношению к иммунной системе человека и медленно разрушающимися.

Имеются умеренные доказательства того, что применение противоспаечного барьерного препарата гиалуронат карбоксиметилцеллюлозы может снизить частоту повторных операций по поводу СТКН в колоректальной хирургии. В трех

исследованиях с участием 1132 пациентов, перенесших колоректальную операцию, применение гиалуроната карбоксиметилцеллюлозы снизило частоту повторных операций по поводу СТКН (RR 0.49, 95% CI 0.28–0.88) [12–14]. Использование таких барьерных

препаратов, судя по всему, экономически эффективным при открытой колоректальной хирургии. Обзор наиболее часто используемых адгезионных барьеров и их эффективности можно найти в таблице 3.

Таблица 3 - Обзор наиболее часто применяемых адгезионных барьеров и их влияние на образование адгезии и частоту возникновения СТКН

Барьер	Продается как:	Комментарии
Гиалуронат карбоксиметил-целлюлоза	Сепрафилм®	Твердый барьер, наиболее подходящий для открытой хирургии, хотя описана лапароскопическая установка. Исследования как в общей хирургии, так и в гинекологических процедурах. Уменьшает образование спаек, а также риск повторных операций по поводу спаечной непроходимости тонкой кишки (относительный риск 0,49, 95% ДИ 0,28–0,88)
Окисленная регенерированная целлюлоза	Interceed®	Твердый барьер, наиболее подходящий для открытой хирургии. Изучен только в гинекологических процедурах. Снижает частоту образования спаек. Относительный риск 0,51, 95% ДИ 0,31–0,86. Нет доступных исследований по последующему риску СТКН. Эта рабочая группа не рекомендует использовать этот барьер для предотвращения СТКН в целом, операция.
Икодекстрин	Адепт®	Жидкий барьер, легко применять как при открытой, так и при лапароскопической хирургии. Хорошие показатели безопасности как в общей хирургии, так и в гинекологической хирургии. Уменьшает рецидивы СТКН после операции по СТКН в одном испытании (относительный риск 0,20, 95% ДИ 0,04–0,88)
Полиэтилен-гликоль	Sprayshield® / Spraygel®	Гелевый барьер, легко применяемый как при открытой, так и при лапароскопической хирургии. Снижает оценку адгезии как в общей хирургии, так и в гинекологических исследованиях. Относительно немногочисленных и небольших исследований, влияние на долгосрочные осложнения, связанные с адгезией, не описано

Вторичная профилактика

Противоспаечные барьерные препараты также могут быть действенны

для предотвращения рецидивов после хирургического лечения СТКН. В одном из современных рандомизированных исследований с противоспаечным барьерным препаратом включили пациентов, перенесших операцию по поводу СТКН [15]. В этом исследовании пациенты были рандомизированы на группу, где в конце операции применяли противоспаечный барьерный препарат - 4%-й жидкий икодекстрин и группу, где противоспаечный барьерный препарат не применялся. Частота рецидивов СТКН составила 2,19% (2/91) в группе с применением икодекстрина по сравнению с 11,11% (10/90) в контрольной группе после среднего периода наблюдения 41,4 месяца ($p < 0,05$) [15]. В этом исследовании

икодекстрин применялся у пациентов, которым проводилась лапаротомия по поводу СТКН. Однако 4% икодекстрин можно также применять при лапароскопической хирургии. Другие исследования икодекстрина в качестве адгезионного барьера показали, что на самом деле этот препарат не является самым мощным барьером для предотвращения спайкообразования. Стоит отметить низкую стоимость и устойчивую безопасность икодекстрина [16]. На основании результатов других исследований мы предполагаем, что гиалуронат карбоксиметилцеллюлоза может быть более эффективной, но этот противоспаечный барьерный препарат менее практичен в лапароскопической хирургии [12,14,17].

Литература

1. Ten Broek RP, Issa Y, van Santbrink EJ, Bouvy ND, Kruitwagen RF, Jeekel J, et al. Burden of adhesions in abdominal and pelvic surgery: systematic review and met-analysis. *BMJ*. 2013;347:f5588. Doi:10.1136/bmj.f5588
2. Husarić E. Risk factors for post-colectomy adhesive small bowel obstruction. *Acta Medica Academica* [Internet]. 2016;45(2):113-119. Available from: doi:10.5644/ama2006-124.167.
3. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Акматов Т.А., Абдиев А.Ш. Оценка эффективности мази левомеколь в профилактике спаечного процесса брюшной полости. – Б.: 2014. – 93с.
4. Zühlke HV, Lorenz EMP, Straub EM, Savvas V. Pathophysiology and classification of adhesions. *Langenbecks Archiv für Chirurgie*. 1990:1009–16
5. The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal occlusion secondary to tubal ligation, tubal pregnancies, Müllerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertility and Sterility*. 1988 Jun;49(6):944–55.
6. Coccolini F, Ansaloni L, Manfredi R, Campanati L, Poiasina E, Bertoli P, et al. Peritoneal adhesion index (PAI): proposal of a score for the “ignored iceberg” of medicine and surgery. *World Journal of Emergency Surgery* [Internet]. 2013 [cited 2019 Mar 7];8(1):6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1186/1749-7922-8-6>
7. Zielinski MD, Eiken PW, Heller SF, Lohse CM, Huebner M, Sarr MG, et al. Prospective, Observational Validation of a Multivariate Small-Bowel Obstruction Model to Predict the Need for Operative Intervention. *Journal of the American College of Surgeons*. 2011 Jun;212(6):1068–76.

8. *Baghdadi YMK, Morris DS, Choudhry AJ, Thiels CA, Khasawneh MA, Polites SF, et al. Validation of the anatomic severity score developed by the American Association for the Surgery of Trauma in small bowel obstruction. Journal of Surgical Research. 2016 Aug;204(2):428–34.*
9. *Yamada T, Okabayashi K, Hasegawa H, Tsuruta M, Yoo J-H., Seishima R, et al. Meta-analysis of the risk of small bowel obstruction following open or laparoscopic colorectal surgery. British Journal of Surgery. 2016 Feb 22;103(5):493–503.*
10. *Ten Broek RPG, Wilbers J, van Goor H. Electrocautery causes more ischemic peritoneal tissue damage than ultrasonic dissection. Surgical Endoscopy. 2010 Dec 8;25(6):1827–34.*
11. *Wang X-C. Combined therapy of allantoin, metronidazole, dexamethasone on the prevention of intra-abdominal adhesion in dogs and its quantitative analysis. World Journal of Gastroenterology. 2003;9(3):568.*
12. *Fazio VW, Cohen Z, Fleshman JW, van Goor H, Bauer JJ, Wolff BG, et al. Reduction in Adhesive Small-Bowel Obstruction by Seprafilm® Adhesion Barrier After Intestinal Resection. Diseases of the Colon & Rectum. 2006 Jan;49(1):1–11.*
13. *Kusunoki M, Ikeuchi H, Yanagi H, Noda M, Tonouchi H, Mohri Y, et al. Bioresorbable Hyaluronate-Carboxymethylcellulose Membrane (Seprafilm) in Surgery for Rectal Carcinoma: A Prospective Randomized Clinical Trial. Surgery Today. 2005 Oct 25;35(11):940–5.*
14. *Park C-M, Lee WY, Cho YB, Yun HR, Lee W-S, Yun SH, et al. Sodium hyaluronate-based bioresorbable membrane (Seprafilm®) reduced early postoperative intestinal obstruction after lower abdominal surgery for colorectal cancer: the preliminary report. International Journal of Colorectal Disease. 2008 Oct 25;24(3):305–10.*
15. *Catena F, Ansaloni L, Di Saverio S, Pinna AD. P.O.P.A. Study: Prevention of Postoperative Abdominal Adhesions by Icodextrin 4% Solution After Laparotomy for Adhesive Small Bowel Obstruction. A Prospective Randomized Controlled Trial. Journal of Gastrointestinal Surgery. 2011 Nov 4;16(2):382–8.*
16. *Menzies D, Pascual MH, Walz M, Duron J, Tonelli F, Crowe A, et al. Use of Icodextrin 4% Solution in the Prevention of Adhesion Formation Following General Surgery: From the Multicentre ARIEL Registry. The Annals of The Royal College of Surgeons of England. 2006 Jul;88(4):375–82.*
17. *Сопуев А.А., Умурзаков О.А., Ормонов М.К., Кудаяров Э.Э., Овчаренко К.Е., Маматов Н.Н. Особенности спаечного процесса у пациентов с грыжами передней брюшной стенки. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева. 2021;1:67-77.*

**БАШ-СӨӨК ИЧИНДЕГИ ЖАРААТТЫК КАН КУЮЛУУЛАРДЫ
ДАРЫЛООДОГУ ДИФФЕРЕНЦИЯЛЫК ЫКМА**

**А.К. Абдымечинова, К.Б. Ырысов, А.Б. Идирисов,
А.Т. Бакасов, М.К. Базарбаев**

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

keneshbek.yrysov@gmail.com

Материал жана ыкмалар. Изилдөөлөр баш сөөк мээ жаракаты менен дарыланган 198 оорулууну талдап чыктык. Изилдөө үчүн обочолонгон жаракаттык баш сөөк ичиндеги (эпидуралдык, субдуралдык, мээ ичиндеги) же алардын ар түрдүү айкалышы менен болгон кан куюлуулары бар оорулуулар тандалып алынган. Бул изилдөөдө 130 (65,7%) эркек жана 68 (34,31%) аял болгон. Оорулуулардын орточо жаш курагы 15 жаштан 81 жашка чейин өзгөрүлүп, $48,2 \pm 4,3$ жашты түзгөн.

Натыйжалар. Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар көп учурда транспорттук (74 байкоо – 37,4%) жана тиричиликтеги (69 байкоо – 34,8 %) жаракаттарда кездешкен. Тез жардам линиясы боюнча 110 оорулуу (55,6%) клиникага жеткирилген. 34 (17,1%) оорулууда жаракат мас абалында алынган. Булар көп учурда тиричиликтеги жаракат болгон.

Хирургиялык кийлигишүүлөрдүн жана консервативдүү дарылоонун оптималдык мөөнөттөрү жана ыкмалары жарааттык баш-сөөк ичиндеги кан куюлуулардын жайгашуусуна, көлөмүнө жана бейтаптын неврологиялык функцияларынын компенсация деңгээлине таянаары далилденген.

Корутунду. Жарааттык баш-сөөк ичиндеги кан куюлууларды дарылоодогу хирургиялык жана консервативдүү ыкмалардын натыйжаларына таасир этүүчү жагымсыз факторлор катары курч мезгилдеги орой декомпенсация фазасы, мээнин ичиндеги жайгашуусу жана доминанттык жарым шарда орун алуусу табылган.

Негизги сөздөр: баш-сөөк ичиндеги жарааттык кан куюлуулар, эпидуралдык гематома, субдуралдык гематома, мээ ичиндеги гематома, хирургиялык дарылоо, консервативдик дарылоо.

**ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ**

А.К. Абдымечинова, К.Б. Ырысов, А.Б. Идирисов,

А.Т. Бакасов, М.К. Базарбаев

Кыргызская государственная медицинская академия им. И. К. Ахунбаева

г. Бишкек, Кыргызская Республика

Материал и методы. Исследованы и анализированы данные 198 больных с изолированной черепно-мозговой травмой. Для исследования методом сплошной выборки отбирались больные с острыми и подострыми изолированными травматическими внутричерепными гематомами (эпидуральными, субдуральными, внутримозговыми) или их различными сочетаниями. В исследовании было 130 (65,7%) мужчин и 68 (34,31%) женщин. Средний возраст больных составил $48,2 \pm 4,3$ лет, колебаясь от 15 лет до 81 года.

Результаты. Травматические внутричерепные кровоизлияния во многих случаях встречались при транспортном (74 наблюдения - 37,4%) и бытовом (69 наблюдений - 34,8%) травматизмах. По линии скорой помощи доставлено 110 больных (55,6%). У 34 (17,1%) больных травма была получена в состоянии алкогольного опьянения. Это чаще всего была бытовая травма.

Доказано, что оптимальные сроки и методы хирургических вмешательств и консервативного лечения опираются на расположение травматических внутричерепных кровоизлияний, объем и уровень компенсации неврологических функций больного.

Заключение. Выявлено, что негативными факторами, влияющими на результаты хирургического и консервативного методов лечения травматических внутричерепных кровоизлияний, является грубая фаза декомпенсации в остром периоде, внутримозговое расположение и расположенность в доминантном полушарии.

Ключевые слова: внутричерепные травматические кровоизлияния, эпидуральная гематома, субдуральная гематома, внутримозговая гематома, хирургическое лечение, консервативное лечение.

DIFFERENTIATED APPROACH TO THE TREATMENT
OF INTRACRANIAL TRAUMATIC HEMORRHAGES

A.K. Abdymechinova, K.B. Yrysov, A.B. Idirisov,

A.T. Bakasov, M.K. Bazarbayev

Kyrgyz State Medical Academy named after I. K. Akhunbaev

Bishkek, Kyrgyz Republic

Material and methods. The data of 198 patients with isolated traumatic brain injury were studied and analyzed. For the study, patients with acute and subacute isolated traumatic intracranial hematomas (epidural, subdural, intracerebral) or their various combinations were selected by the continuous sampling method. There were 130 (65.7%) men and 68 (34.31%) women in the study. The average age of the patients was 48.2 ± 4.3 years, ranging from 15 years to 81 years.

Results. Traumatic intracranial hemorrhages in many cases occurred in transport (74 cases - 37.4%) and domestic (69 cases - 34.8%) injuries. 110 patients (55.6%) were delivered by ambulance. In 34 (17.1%) patients, the injury was received in a state of alcoholic intoxication. It was most often a domestic injury.

It is proved that the optimal timing and methods of surgical interventions and conservative treatment are based on the location of traumatic intracranial hemorrhages, the volume and level of compensation of neurological functions of the patient.

Conclusion. It was revealed that the negative factors affecting the results of surgical and conservative methods of treatment of traumatic intracranial hemorrhages are the rough phase of decompensation in the acute period, intracerebral location and location in the dominant hemisphere.

Key words: intracranial traumatic hemorrhages, epidural hematoma, subdural hematoma, intracerebral hematoma, surgical treatment, conservative treatment.

Актуалдуулугу. Баш сөөк-мээ жаракаттарынын (БСМЖ) диагностикасы жана дарылоосу, нейрохирургиянын актуалдуу маселеси болуп, акыркы жылдары көбүрөөк мааниге ээ болууда. Баш сөөк ичиндеги жаракаттык кан куюлуу диагнозу менен болгон оорулуулардын санынын көбөйүүсү адамдарды жабыркаткан техногендик факторлордун өсүшү менен гана эмес, ошондой эле ооруканалар компьютердик томографтар менен жабдыла баштаганы менен түшүндүрүлөт; бул башсөөк

ичиндеги кан куюлуулардын көлөмү боюнча көбүрөөк майдасын да, ошондой эле так эмес клиникалык сүрөттөлүшү менен болгондорду да аныктоого мүмкүндүк берди [1-3].

Курч жаракаттык кан куюлууларды дарылоонун жападан жалгыз радикалдуу методу болуп, нейрохирургдардын көбүнүн пикири боюнча, хирургиялык метод саналат [4-6].

Курч жаракаттык кан куюлуулардагы хирургиялык жол менен дарылоонун жыйынтыктарын канааттандыруу деп

табууга болбойт. Баш сөөк ичиндеги жаракаттык кан куюлуулардагы өлүм 37ден 85 чейинки пайызды түзөт. Адабияттык маалыматтар күбө болгондой жаракаттык кан куюлуулар тууралуу толук маалыматтар тийиштүү түрдө жарыяланган эмес [7-9].

КТ менен МРТ пайда болгондон баштап кан куюлуулардын сандык (өлчөмү, көлөмү) мүнөздөмөлөрүн, алардын пайда болуу мөөнөтүн, локализациясын, түрүн, ошондой эле алардын баш мээге тийгизген таасирин аныктоого мүмкүн болуп калды. Баш сөөк ичиндеги патологиянын эволюциясын бүтүндөй жана өзүнчө кан куюлууларга динамикалык байкоо жүргүзүүгө мүмкүнчүлүк бар. Субдуралдык жана эпидуралдык кан куюлууларды таркатып жоюу мүмкүндүгүн тастыктаган иштер, аларды симптомсуз жүрүшү жөнүндө маалыматтар аз санда болсо да чыга баштады. Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды консервативдүү дарылоого көрсөтмөлөр кыйла кеңейтилди [10-12].

БСМЖ аралык мезгилдин өтүүсүн, кан куюлуулардын көлөмү жана анын алынып салынган мөөнөтүнө жараша, ошондой эле баш сөөк ичиндеги кан куюлуулары бар операция болбогон оорулууларда жаракаттык оорунун

жүрүшүн баалоодо бирдиктүү позиция жок [13-15]. Бул нерселердин баары ушул изилдөөнү жүргүзүүнүн зарылдыгын аныктады.

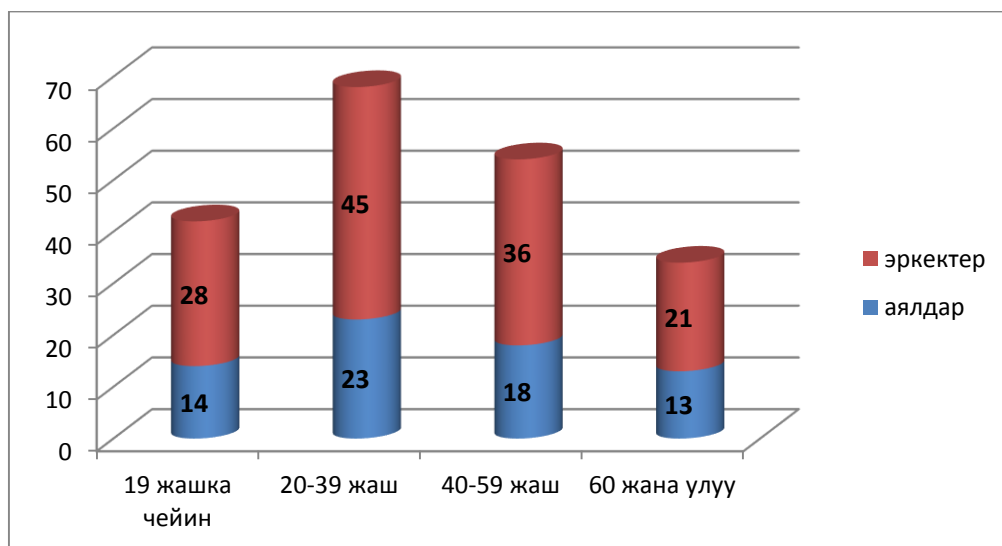
Изилдөөнүн максаты. Жарааттык баш-сөөк ичиндеги кан куюлууларды дарылоодогу оптималдык хирургиялык жана консервативдүү тактикасын тандоо аркылуу баш мээнин жарааттык кысылуусу бар бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн материалдары жана ыкмалары

Аталган изилдөөлөрдө нейротравматология бөлүмдөрүндө 2012-жылдан 2020-жылга чейинки учурда баш сөөк мээ жаракаты менен дарыланган 198 оорулууну талдап чыктык.

Изилдөө үчүн обочолонгон жаракаттык баш сөөк ичиндеги (эпидуралдык, субдуралдык, мээ ичиндеги) же алардын ар түрдүү айкалышы менен болгон кан куюлуулары бар оорулуулар тандалып алынган.

Изилдөө объектиси. Биздин изилдөөдө 130 (65,7%) эркек жана 68 (34,31%) аял болгон. Оорулуулардын орточо жаш курагы 15 жаштан 81 жашка чейин өзгөрүлүп, $48,2 \pm 4,3$ жашты түзгөн (1-сүрөт).



1-сүрөт. Оорулуулардын жынысы жана жаш курагы боюнча бөлүнүшү.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар көп учурда жаш жана орто жаштагы адамдарда, көп учурда эркектерде (130/198 байкоо) байкалган. Жаракаттык баш сөөк ичиндеги гематомалар бир кыйла азыраак 19 жаштагы жана улгайган курактагы адамдарда байкалган.

Изилдөөнүн предмети: Баш-сөөктүн ичиндеги кан куюлууларды дарылоодо колдонулуучу нейрохирургиялык жана консервативдүү ыкмалардын техникалык

жактары, кемчиликтери жана жакшы жактары.

Таблицадан көрүнүп тургандай (жадыбал 1), жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар көп учурда транспорттук (74 байкоо – 37,4%) жана тиричиликтеги (69 байкоо – 34,8 %) жаракаттарда кездешкен. Тез жардам линиясы боюнча 110 оорулуу (55,6%) клиникага жеткирилген. 34 (17,1%) оорулууда жаракат мас абалында алынган. Булар көп учурда тиричиликтеги жаракат болгон.

1-жадыбал - Бейтаптардын жаракат алышынын түрлөрү боюнча бөлүнүшү

Жаракат түрү	Оорулуулардын саны	%
Транспорттук	74	37,4%
Тиричиликтик	69	34,8%
Көчөдө алынган	55	27,8%
Баары:	198	100%

198 оорулуудан 112 (56,5%) операция болушкан. Ал эми 86 (43,4%) оорулууга консервативдик дарылоо жүргүзүлгөн. КТ иликтөө 91 (45,9%) оорулууда жүргүзүлгөн. Баш мээсинин МРТ иликтөөсү 92 (46,5%) оорулууга жүргүзүлгөн. Оорулуулардын баары ооруканага келип түшкөндө клиникалык-

неврологиялык иликтөөдөн өткөрүлгөн, баш мээсин КТ менен МРТ текшерүүлөрү жасалган, андан соң оперативдик кийлигишүү же консервативдик дарылоо жөнүндө чечим кабыл алынган.

КТ/МРТ көрсөткүчтөрү диагнозун өз убагында тактоого жана дарылоонун

адекваттуу ыкмасын аткарууга типтүү жерлерде жайгашкан ($p<0,05$): мүмкүндүк берди. саамай бөлүгү (51 – 25,8%), маңдай

Баш мээнин жарааттык кан бөлүгү (47 – 23,7%), төбө бөлүгү (30 – куюлууларын аныктоонун 15,2%), баш мээнин желке бөлүгү (29 – натыйжалары. Баш сөөгүнүн ичиндеги 14,6%) жана баш сөөгүнүн арткы жарааттык кан куюлуулары көбүнчө чункурчасы (19 – 9,6%) (жадыбал 2)

2-жадыбал - Кан куюлуулардын жайгашуусу боюнча бөлүштүрүү

Кан куюлуулардын жайгашуусу	абс.	$P\pm m\%$
маңдай	47	23,7 $\pm$ 2,4
саамай	51	25,8 $\pm$ 4,6
төбө	30	15,2 $\pm$ 2,5
желке	29	14,6 $\pm$ 1,7
мээнин арткы чункурчасы	19	9,6 $\pm$ 0,6
эки жана андан көп бөлүктө	22	11,1 $\pm$ 2,8
баары	198	100,0

Баш мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу үч категорияга бөлүнгөн (<5 мм, 5-15 мм, >15 мм). Баш мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн 5-15 мм жылышуу даражасы 79 (40,6%) бейтапта

аныкталган, 64 (32,3%) бейтапта 15 мм ден ашуун жылышуу байкалган, 55 (27,1%) бейтапта болсо, жылышуу даражасы 5 мм ($p<0,05$) түзгөн (3-жадыбал).

3-жадыбал - Мээнин ортоңку түзүмдөрүнүн жылышуусу боюнча бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	Жылышуу деңгээли (мм)			Баары
	<5 мм	5-15 мм	> 15 мм	
до 20	10	14	11	35
21-40	14	26	19	59
41-60	14	25	23	62
60 <	17	14	11	42
жалпы: абс. ($P\pm m\%$)	55 (27,1 $\pm$ 1,7%)	79 (40,6 $\pm$ 3,9%)	64 (32,3 $\pm$ 2,2)	198 (100,0%)

Кан куюлуулардын көлөмүнүн чоңдугуна жараша бейтаптарды бөлүштүрүү төмөнкү жыйынтыктарды көрсөттү: 100 см³ чоң көлөмдөгү кан куюлуулар 74 (37,4%) бейтапта, 50-100

см³ көлөмдөгү кан куюлуулар 84 (42,4%) бейтапта, 50 см³ чейинки кан куюлуулар 40 (20,2%) бейтапта ($p<0,05$) катталган (4-жадыбал).

4-жадыбал - Кан куюлуулардын көлөмүнүн чоңдугуна жараша бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	<50 см ³	50-100 см ³	>100 см ³	Баары
< 20	7	14	14	35
21-40	15	25	19	59
41-60	10	27	25	62
60 <	8	18	16	42
жалпы: абс. (P±m%)	40 (20,2 ±1,8%)	84 (42,4 ±3,9%)	74 (37,4 ±4,2%)	198 (100,0%)

5-жадыбалда Глазго комалар шкаласына ылайык баш сөөгүнүн ичиндеги жарааттык кан куюлууларына чалдыккандардын абалын баалоо маалыматтары берилген. Көрүнүп

тургандай жабыркагандардын көпчүлүгү оор абалда болгон жана алардын абалы 8 упайга чейин жана андан төмөн бааланган - 103 (52,0%).

5-жадыбал - Глазго комалар шкаласы боюнча бейтаптарды бөлүштүрүү

Оорулардын курагы	Глазго комалар шкаласы боюнча упайлары			Баары
	12-15	9-11	< 8	
< 20	2	16	17	35
21-40	3	25	31	59
41-60	3	26	33	62
61<	1	19	22	42
жалпы	9 (4,5±0,3%)	86 (43,5±1,8%)	103 (52,0±4,4%)	198 (100,0%)

Ошол эле учурда 86 (43,5%) бейтаптын абалы 9-11 упай, 9 (4,5%) бейтаптын абалы –12-15 упайга ($p<0,05$) жеткен.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды алып салуу үчүн биз тажрыйбада белгилүү болгон үч нейрохирургиялык мүмкүндүктү: баш-сөөктүн сөөк-пластикалык трепанациясы (БССПТ), баш-сөөктүн резекциялык трепанациясы (БСРТ) жана кан куюлууларды кеңейтилген фрезолук тешиктер аркылуу алып салууну колдондук.

Баш мээнин жарааттык кан куюлууларын дарылоонун натыйжалары. Бул таблицадан көрүнүп

тургандай, баш-сөөктүн ичиндеги кан куюлууларды нейрохирургиялык дарылоодо баш сөөктү резекциялык трепанациялоо жана баш сөөктү сөөк-пластикалык трепанациялоо ыкмасы колдонулду. Бейтаптын абалы өтө оор болгон шартта гана кан куюлууларды кеңейтилген фрезолук тешикче аркылуу алып салуу ыкмасы колдонулат. Бул ыкма жараатка аз дуушар кылат, көп убакытты жана материалдык чыгымды да талап кылбайт. Бирок аталган ыкма компрессиянын очогун толук алып сала албайт жана гемостазды кылдат жүргүзүүгө мүмкүндүк бербейт (6-жадыбал).

6-жадыбал - Мээнин кысылуусуна жараша аткарылган операцияларды бөлүштүрүү

Жаш курагы	Баары				
Операция түрү	15-39 жаш	40-59 жаш	60тан улуу	абс.	%
БСРТ	34	20	6	60	90,5
Фрезеотомия	17	19	8	44	49,0
БССПТ	6	2	0	8	3,7
Баары	57	41	14	112	100,0

Текшерилген пациенттердин баарын биз бөлүп алган эки негизги клиникалык топторго, аларга колдонулган дарылоо тактикасынын варианттарына ылайык бөлүштүрдүк.

Бул клиникалык топтордогу пациенттерди нозологиялык бирдиктер боюнча бөлүштүрүү 2-сүрөттө көрсөтүлгөн. Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулары менен болгон 86 оорулууну ийгиликтүү консервативдик дарылоого жүргүзүлгөн байкоолор деталдуу талдоого алынган.

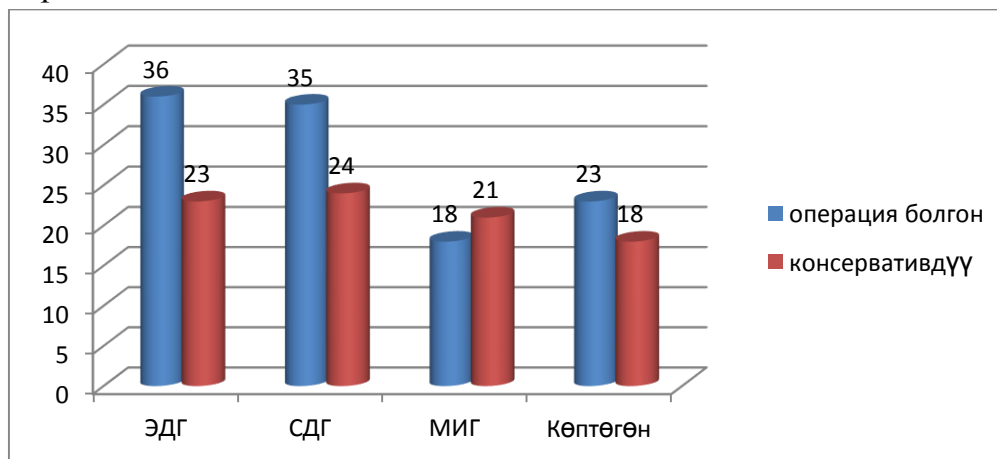
Консервативдик дарылоо үчүн көрсөтмөлөр:

- жабыркаган адамдын клиникалык субкомпенсация фазасында болуусу.

- аң сезимдин орточо же терең бузулушунун чегиндеги деңгээли (Глазго комасынын тереңдигинин шкаласы боюнча 10 балл)

- өзөк дислокациясынын клиникалык белгилеринин жоктугу.

- КТ менен МРТ маалыматы боюнча чыккый сөөгү үчүн кан куюлуулардын көлөмү 30 см³ аз жана чеке локализациясы үчүн 50 см³ аз. КТ, МРТ же ЭхоЭС маалыматы боюнча глобалдык мээнин жалпы түзүлүшүнүн дислокациясы 5 мм көп эмес.



2-сүрөт. Бейтаптарды кан куюлуулардын түрүнө жараша дарылоо ыкмаларына бөлүштүрүү. Кыскартуулар: ЭДГ - эпидуралдык гематома; СДГ - субдуралдык гематома; МИГ –мээ ичиндеги гематома.

Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды медикаменттер менен дарылоонун мүнөзү боюнча адабияттарда өзүнчө сунуштар жетишсиз. БСМЖни дарылоонун жалпы принциптерин жана

мээнин кысылуу патогенезин негиз катары алып, биз 7 негизги пункттан турган медикаменттик дарылоонун төмөнкү жалпы схемасын сунуштайбыз:

1. Баш сөөк ичиндеги

гипертензиянын коррекциясы. Оорулууларга операция жасалбаган соң, анын бар экендигин КТ-көрүнүшүнүн мүнөзү, көз түбүнүн абалы, люмбалдык пункциядагы ликвордук басым жана клиникалык симптомдор боюнча баалоого мүмкүн эле.

2. БСМЖ патогенез звенолоруна медикаментоздук таасир этүү (микроциркуляциянын, метоболизмдин бузулушу, мээнин экинчи ирээт жабыркашы).

3. Суу-электролиттик балансынын коррекциясы.

4. Энергетикалык балансты сактоо.

5. Кандын бузулушун коррекциялоо.

6. Сезгенүүнүн татаалдашын алдын алуу жана дарылоо.

7. Симптоматикалык терапия (анальгетиктер, антипиретиктер, жүрөк терапиясы, гипотензивдүү ж.б.).

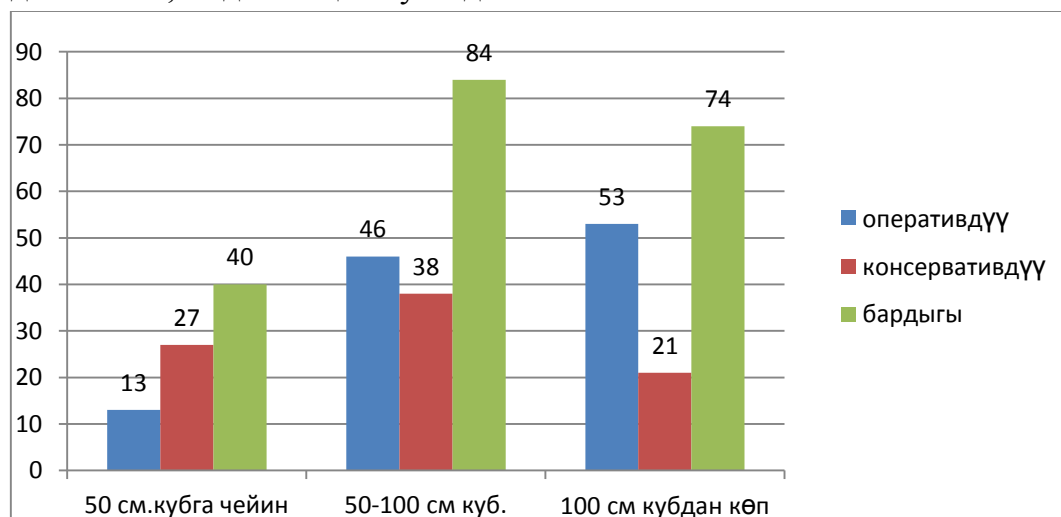
Биринчи КТ-иликтөө пациенттерге стационарга келип түшкөндө, кийинкиси 1 суткадан кийин, андан соң 3 суткадан

кийин жүргүзүлгөн. Кийин бул иликтөө көрсөтмөлөр боюнча аткарылган. Клиникалык начарлоо учурунда – КТ дароо дайындалган.

Биз алган маалыматтар баш мээнин жаракаттык кысылуусунун бардык формасында, анын ичинде эпидуралдык, мээ ичиндеги жана көптөгөн кан куюлууларда медикаментоздук дарылоонун натыйжалуулугуна күбө болот.

Оор жана орто оордуктагы БСМЖ жана мээнин компрессиясынын ачык көрүнгөн клиникасы менен болгон пациенттерге (ГКШ боюнча орточо 9,6+2,2 балл) биринчи сутка ичинде шашылыш хирургиялык кийлигишүү жүргүзүлгөн.

Баш сөөк ичиндеги кан куюлууларды консервативдүү дарылоону ишке ашыруунун милдеттүү шарты болуп, анын натыйжалуулугун көзөмөлдөө саналат (3-сүрөт).



3-сүрөт. Бейтаптарды кан куюлуулардын көлөмүнө жараша дарылоо ыкмаларына бөлүштүрүү.

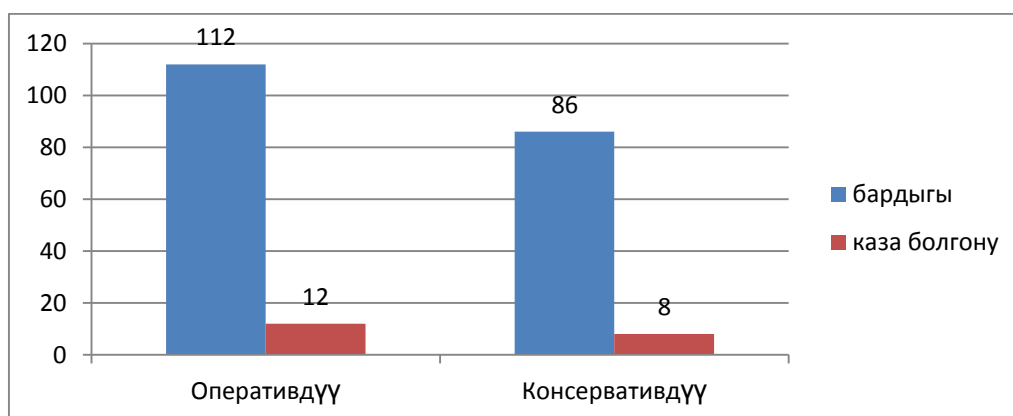
Мындай оорулуулар жалпысынан 112 болгон, алардын арасынан 12 (10,7%) каза болгон – бул биринчи клиникалык топ.

Көлөмү боюнча чектен тышкары параметри менен болгон кан куюлууларды жана мээнин ортолук структураларынын жылышуусун

мындайча айтканда “аргасыз”, бирок ийгиликтүү консервативдик дарылоого байкоо жүргүзүү бул методдун дагы кандай чоң потенциалы бар экендигин көрсөтүп турат.

Жаракаттык баш сөөк ичиндеги кан куюлуулар менен болгон пациенттерди консервативдүү дарылоонун ийгиликтүү учурлары экинчи клиникалык топту

түзгөн – 86 оорулуу. Ага көбүрөөк компенсацияланган, ГКШ боюнча 12,5+1,6 балл жыйнаган пациенттер кирген. Бул топто каза болгон жыйынтык жогору болгон эмес – 8 учур (9,3%). Жалпы каза болгондор 198 бейтаптын ичинен 20 (10,1%) учурда катталган (4-сүрөт).



4-сүрөт. Бейтаптарды дарылоо ыкмаларынын акыбетине жараша бөлүштүрүү

Баш мээнин кысылуусун хирургиялык эмес жол менен дарылоонун чектери анын патогенези мындан ары изилденсе, такталган мониторинг жүргүзүлүп, терапевтикалык таасир этүү каражаттары натыйжалуу болсо, кеңейтилиши мүмкүн.

Тыянактар:

1. Консервативдик дарылоо баш сөөк ичиндеги кан куюлуулардын бардык түрлөрүнүн, анын ичинде көптөгөн кан куюлуулардын жүрүшүнүн курч сыяктуу темпинде мүмкүн. Анын натыйжалуулугу ал үчүн кабыл алынган тандоо критерийлери сакталган учурда

жогору болот. бирок анын чегинен чыгуу, негизинен ортолук структуралардын жылышынын чоңдугу жана кан куюлуу калыңдыгы боюнча чегинен чыгуу, ошондой эле оң жыйынтыктарга алып келиши мүмкүн.

2. Консервативдик дарылоо натыйжасыз болгон учурдагы жылдырылган операциялар Глазго аяккы натыйжа шкаласы боюнча аяккы жыйынтыкты начарлатпайт. Аларды консервативдик дарылоонун татаалдашуусу катары эмес, баш-сөөк жаракатын дарылоонун бир этабы катары кароо керек.

Колдонулган адабияттар тизмеси

1. Азимбаев К.А., Ырысов К.Б. Роль МРТ в диагностике совокупного травматического патологического объема и прогнозировании исхода тяжелой черепно-мозговой травмы. *Вестник ОшГУ*. 2016; 1:57-61.
2. Бошкоев Ж.Б., Ырысов К.Б., Джусумалиева К.С. Прогнозирование исходов коматозных состояний при тяжелой черепно-мозговой травме. *Здравоохранение Кыргызстана*. 2014;2:8-10.
3. Дюсембеков Е.К., Аханов Г.Ж., Нурбакыт А.Н. Сравнительный анализ особенностей черепно-мозговой травмы, полученной в 1991г. и в 2015г. в г. Алматы // *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2017;2(47):14-19.
4. Кадыров Р.М. Современная оценка некоторых положений об очаговых поражениях головного мозга. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2016;1:34-37.
5. Туркин А.М., Ошоров А.В., Погосбемян Э.Л., Смирнов А.С. Корреляция внутричерепного давления и диаметра оболочки зрительного нерва по данным компьютерной томографии при тяжелой черепно-мозговой травме. *Вопросы нейрохирургии*. 2017;6:81-88.
6. Крылов В.В., Петриков С.С., Талыпов А.Э. Современные принципы хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. *Неотложная медицинская помощь*. 2018;4:39-47.
7. Мамытов М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Нейрохирургические проблемы очаговых поражений головного мозга. Бишкек: Алтын тамга; 2010. 190.
8. Педаченко Е.Г., Дзяк Л.А., Сирко А.Г. Факторы прогноза развития внутричерепной гипертензии в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы. *Укр. нейрохір. журнал*. 2017;3:26 – 31.
9. Потапов А.А., Корниенко В.Н., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Современные подходы к изучению и лечению черепно-мозговой травмы. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2018;4(1):4-12.
10. Потапов А.А., Крылов В.В., Гаврилов А.Г., Кравчук А.Д. и др. Рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы. Часть 3. Хирургическое лечение (опции). *Вопросы нейрохирургии*. 2016;2:93-101.
11. Corrigan J.D., Selassie A.W., Orman, J.A. The epidemiology of traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2015;25(2):72–80.
12. Faleiro RM, Faleiro LC, Caetano E. Decompressive craniotomy: prognostic factors and complications in 89 patients. *Arq Neuropsiquiatr*. 2019;66:369-373.
13. Kim KH. Predictors for functional recovery and mortality of surgically treated traumatic acute intracranial hematomas in 256 patients. *J Korean Neurosurg Soc*. 2019;45(3):143-150.
14. Kühne CA, Mand C, Lefering R, Ruchholtz S. Urgency of neurosurgical interventions for severe traumatic brain injury. *Unfallchirurg*. 2018;116(1):39-46. doi: 10.1007/s00113-011-2042-6.
15. Tomita Y, Sawachi S, Beaumont A. The synergistic effect of acute intracranial hematoma combined with diffuse traumatic brain injury on brain edema. *Acta Neurochir Suppl*. 2017;76:213-216.

ГИПОФИЗДИН АДЕНОМАСЫНАН ЖАБЫРКАГАН БЕЙТАПТАРДЫН НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫК СИМПТОМАТИКАСЫНА САЛЫШТЫРМА ТАЛДОО

Алик к. Э., К.Б. Ырысов, Н.А. Мамазияева

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

keneshbek.yrysov@gmail.com

Корутунду. Гипофиздин аденомасынан жабыркаган 170 бейтаптар изилденген. Изилденгендердин ичинде эркектер – 72 (42,4%), аялдар – 98 (57,6%). Жабыркагандардын жаш курагы 14 ден 74 жашка чейин.

Алгачкы жолу маанилүү клиникалык материалда гипофиз аденомасы бар бейтаптарда нейроофтальмологиялык симптоматиканын шишиктин жайгашуусунан, өсүү өзгөчөлүгүнөн, көлөмдүү түзүмдүн өлчөмүнөн көз карандылыгы статистикалык ишенимдүү экендиги айкындалды. Алгачкы жолу эндосупраселлярдык гипофиз аденомасын ар кандай хирургиялык ыкмалар менен алуудан кийинки нейроофтальмологиялык симптоматиканын динамикасы окшош тайпалардагы бейтаптарда салыштыруу аркылуу изилденген. Хирургиялык дарылоодон кийинки көрүү функцияларынын динамикасынын шишиктин мүнөзүнөн жана көрүү бузулууларынын операцияга чейинки айкындыгынан, ошондой эле көрүү бузулууларынын стадиясынан көз карандылыгына талдоо жасалган. Көрүү функцияларынын эрте жана алыскы операциядан кийинки мезгилде начарлоого алып келүүчү факторлор аныкталган.

Негизги сөздөр: гипофиздин аденомасы, көз нервинин диски, көз түпкүрү, көрүү функциясы, транскраниалдык хирургия, эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА

Алик к. Э., К.Б. Ырысов, Н.А. Мамазияева

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

Резюме. В данном исследовании изучены данные 170 пациентов с аденомами гипофиза. Мужчин среди обследованных было 72 (42,4%), женщин - 98 (57,6%). Возраст пострадавших колебался в пределах от 14 до 74 лет.

Впервые на значительном клиническом материале выявлена статистически достоверная зависимость нейроофтальмологической симптоматики у больных с аденомой гипофиза от локализации, преимущественного роста, размеров объемного образования. Впервые произведено сопоставление динамики нейроофтальмологической симптоматики после удаления эндосупраселлярной аденомы гипофиза различными хирургическими доступами в идентичных группах больных. Проанализирована зависимость динамики зрительных функций после хирургического удаления опухоли от характера и степени выраженности зрительных нарушений до операции, а также от стадии зрительных расстройств. Определены факторы, вызывающие ухудшение зрительных функций в раннем и отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: аденома гипофиза, диск зрительного нерва, глазное дно, зрительные функции, транскраниальная хирургия, эндоскопическая трансфеноидальная хирургия.

COMPARATIVE ANALYSIS OF NEUROOPHTHALMOLOGICAL SYMPTOMOLOGY IN PATIENTS WITH PITUITARY ADENOMAS

Alik k. E., K.B. Yrysov, N.A. Mamaziyaeva

Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev, department of Neurosurgery
Bishkek, Kyrgyz Republic

Abstract. In the study 170 patients with pituitary adenomas have been investigated. There are 72 (42.4%) males among examined and 98 (57.6%) females. Age of patients ranged from 14 to 74 years.

For the first time, a statistically significant dependence of neuro-ophthalmological symptoms in patients with pituitary adenoma on localization, predominant growth, and the size of the volume formation was revealed on significant clinical material. For the first time, the dynamics of neuro-ophthalmological symptoms after removal of endosuprasellar pituitary adenoma by various surgical approaches in identical groups of patients was compared. The dependence of the dynamics of visual functions after surgical removal of the tumor on the nature and severity of visual disorders before surgery, as well as on the stage of visual disorders, is analyzed. The factors causing deterioration of visual functions in the early and long-term postoperative period were determined.

Key words: pituitary adenomas, optic nerve disc, eye fundus, visual function, transcranial surgery, endoscopic transsphenoidal surgery.

Актуалдуулугу.	Хиазмалдык-	Шишик чоңойгон сайын бир нече
селлярдык аймакта жайгашкан	багытта өсүү	байкалышы мүмкүн.
шишиктердин арасында гипофиздин	Клиникалык сүрөттөмөлөр	шишик
аденомасы 90% жакын кездешет [1, 2].	массаларына	кысылууга кабылган

структуралардан көз каранды [3].

Алдыңкы көрүү жолу гипофизге тыгыз жакын жайгашкандыктан, нейроофтальмологиялык симптоматика гипофиз аденомасын аныктоодо өзгөчө мааниге ээ. Ооруунун клиникалык сүрөттөмөсү шишик гормоналдык активдүү экендигине, кандай гормон иштеп чыгаргандыгына, кандай структураларды кыскандыгына байланыштуу [4, 5].

Трансназалдык-трансфеноидалдык ыкма менен түрк ээринде, негизги көңдөйдө жана мурун-өнгөчтө жайгашкан гипофиз аденомасын алып салуу ишке ашырылат [6].

Транскраниалдык ыкма менен супраселлярдык жайгашуудагы экинчилик түйүндөрү бар, ортоңку линияга айкын асимметриялуу жайгашкан, өсүүсү инфильтративдик-инвазиялык мүнөзү бар же эндоселлярдык бөлүктөн моюнча аркылуу бөлүнгөн гипофиз шишиктери алынат [7].

Эки этаптуу транскраниалдык жана трансфеноидалдык ыкмалар маанилүү интракраниалдык таралуусу бар жана баш сөөк негизине өсүп кеткен гипофиз

шишиктеринде колдонулат. Биринчи этапта транскраниалдык ыкма, андан соң 3-5 айдан кийин экинчи этап менен трансназалдык ыкма аткарылат [8,9].

Бирок ооруунун операциядан кийинки негизги синдромдорунун динамикасы боюнча статистикалык маалыматтар жетиштүү деңгээлде берилген эмес. Эндоскопиялык эндоиназалдык жана трансназалдык микрохирургиялык операциялардын натыйжаларынын салыштырма талдоосуна арналган маалыматтар да абдан аз [10].

Изилдөө максаты. Транскраниалдык жана эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургиялык ыкмалар менен аткарылган операцияга чейинки жана операциядан кийинки нейроофтальмологиялык симптоматиканы аныктоо аркылуу гипофиз аденомасына жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Материалдар жана изилдөө ыкмалары. Гипофиз аденомасына байланыштуу операцияга дуушар болгон 170 бейтаптын ооруу тарыхы ретроспективдүү талдоого алынган. Бейтаптардын курагына жана жынысына жараша бөлүнүшү 1-жадыбал берилген.

1-жадыбал - Бейтаптардын курагына жана жынысына жараша бөлүнүшү

Жынысы		Курагы (жыл)					Баары	
		20га чейин	21-40	41-60	61-80	81 и <	абс.	%
Эркектер		5	10	30	20	7	72	42,4
Аялдар		14	7	37	16	24	98	57,6
Баары	абс.	19	17	67	36	31	170	100,0
	%	11,2	10,0	39,4	21,2	18,2		100,0

Алардын ичинде транскраниалдык хирургия (n=85) жана эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия (n=85)

2013-2020 жылдары “Кой Таш” жана “Здоровье” медициналык борборлорунда, ошондой эле Кыргыз Республикасынын

Улуттук госпиталынын нейрохирургия клиникасында (№1, №2 нейрохирургия бөлүмдөрү жана №1, №2 нейротравматология №1, №2 бөлүмдөрү) аткарылган.

Талдоого алынган маалыматтар бейтаптардын демографиялык, операцияга чейинки системалык жана визуалдык симптомдорду, операцияга чейинки супраселлярдык таралуу жана шишиктин гистологиялык классификациясын камтыган. Андан тышкары, шишиктин өлчөмү, көрүү

курчтугу жана көрүү талааларынан турган салыштырмалуу операцияга чейинки жана операциядан кийинки маалыматтар алынган.

Талдоого гипофиз аденомасына карата транскраниалдык хирургия операция жасалган 85 бейтаптын маалыматы киргизилген (2-жадыбал). Бардык субъектилердин орто курагы $42,8 \pm 10,9$ (21 ден 60ка чейин) жаш, 38 (44,7%) бейтап эркектен жана 47 (55,3%) аялдан турган.

2-жадыбал – Эки тайпадагы бейтаптардын жынысы жана аткарылган операциясы боюнча бөлүнүшү

Бейтап тайпалары	Бейтаптардын саны	Эркектер	Аялдар	Орто курак (жыл)	Секрециясы жок	Секрециясы бар
ТКХ	85	38	47	$42,8 \pm 10,9$	51	34
ЭТХ	85	37	48	$47,4 \pm 9,7$	44	41
Баары	170	75	95		95	75

Эскертүү: ТКХ – транскраниалдык хирургия; ЭТХ – эндоскопиялык транссфеноидалдык хирургия.

Эндоскопиялык трансназалдык транссфеноидалдык хирургия тайпасында 37 (43,5%) эркек и 48 (56,5%) аял болгон, орто курагы $47,4 \pm 9,7$ жылды түзгөн (диапазону 19-75 жаш).

Изилдөө объектиси болуп гипофиз аденомасынан жабыркаган 170 бейтаптын хирургиялык дарылоо натыйжалары каралган. Изилденгендердин арасында 72 (42,4%) эркектер болуп, ал эми аялдар 98 (57,6%) түзгөн. Бейтаптардын курагы 14 жаштан 74 жашка чейин термелген, орточо жашы $42,47 \pm 1,32$ болгон. Бейтаптардын көпчүлүгү үчүнчү он жылдыктан

алтынчы он жыылдыкка чейинки куракта болушкан.

Изилдөө предмети катары гипофиз аденомасын транскраниалдык жана эндоскопиялык транссфеноидалдык дарылоонун техникалык жактары, ашыкча жана жетишпестик жактары, акыбети жана динамикасы алынган.

Оперативдик кийлигишүүнү толук аткарууда маанилүү учур болуп гипофиз аденомасынын анатомиялык жайгашуусун изилдөө эсептелет. Бардык учурларда шишик түрк ээринин көңдөйүндө жайгашкан (85 – 100%). Ошол эле учурда 31 (36,5%) бейтапта

шишик супраселлярдык цистернага, ал эми 13 (15,3%) бейтапта – каверноздук синуска тараган.

Неврологиялык изилдөө менен биргеликте бейтаптарга офтальмологиялык жана эндокринологиялык текшерүү жүргүзүлгөн. Ар бир бейтап үчүн көрүү курчтугу, көрүү талааларынын диаграммасы жана көз түпкүрү бааланган.

Бардык бейтаптарга контрасттык же контрасты жок баш мээнин магниттик-резонанстык томографиясы (МРТ) жүргүзүлгөн. Аденомалар микроаденома (10 мм чейин), макроаденома (> 10-40 мм), гиганттык аденома (> 40 мм) болуп классификацияланган. Гипофиз аденомасынын диагнозу бардык бейтаптарда гистопатологиялык ыкма

менен тастыкталган. Орточо байкоо мөөнөтү 43,5 (3-82) айды түздү. Бардык бейтаптар кайталап изилдөөгө 3 ай, 6 ай, 1 жылдан кийин алынып, андан соң жыл сайын операциядан кийинки клиникалык, офтальмологиялык, эндокринологиялык жана нейровизуализациялык текшерүүлөр жүргүзүлгөн.

Гипофиз аденомасы бар бейтаптарды изилдөө ыкмаларынын натыйжалары. Гипофиз аденомасынын симптомдору (3-жадыбал) көп учурда шишиктин өлчөмүнөн жана жергиликтүү инвазиядан көз каранды болгон, ошондой эле шишик клеткаларынын гормоналдык статусу да таасир эткен. Шишиктин кысуу эффектиси көрүү талааларынын таруусуна, кош көрүүгө, баш ооруусуна, көнүл айланууга алып келүүсү мүмкүн.

3-жадыбал - Гипофиз аденомасынын симптомдору жана белгилери

Симптомдор	Учурлардын саны (абс.%)
Баш ооруусу	81 (47,6%)
Көрүү курчтугунун төмөндөөсү жана көрүү талаасынын таруусу	147 (86,5%)
Кош көрүү	7 (4,1%)
Эндокринологиялык бузулуулар	110 (64,7%)
Апоплексия	19 (11,2%)
Тырышуу, талма	3 (1,8%)
Сезим бузулуулары	2 (1,2%)

Симптомдор гормоналдык дисбаланстан келип чыгуусу да мүмкүн, либидонун төмөндөөсү, галакторея, салмактын жогрулашы жана жетилген куракта акрофациалдык өсүү байкалган.

Эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия тайпасындагы бейтаптар

арасында макроаденома 77 (90,6%) учурда аныкталган, ал эми микроаденома – 8 (8,0%) учурда байкалган. 41 (48,2%) учурда секрециясы бар аденома, ал эми 44 (51,8%) учурда секрециясы жок аденома аныкталган (4-жадыбал).

4-жадыбал - Эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия тайпасындагы бейтаптардын негизги мүнөздөмөсү

Мүнөздөмө	Абс.	P±m%
Бейтаптар	85	100
эркектер	37	43,5
аялдар	48	56,5
Макроаденома	77	90,6±5,4
Микроаденома	8	8,0±1,5
Секрециясы бар	41	48,2±4,3
Секрециясы жок	44	51,8±3,9
Гипопитуитаризм	24	28,2±1,7
Көрүү талаа дефектилери	56	65,9±3,6
Көрүү курчтугунун төмөндөөсү	71	83,5±4,6

Гипопитуитаризм 24 (28,2%) бейтапта аныкталган. 85 бейтаптын арасында көрүү талаа дефектилери 56 (65,9%) бейтапта, ал эми көрүү курчтугунун төмөндөөсү 71 (83,5%) бейтапта байкалган.

Шишиктин орточо өлчөмү $32,9 \pm 1,03$ (13-60) мм болгон. Супраселлярдык таралуунун орточо мааниси $14,95 \pm 0,70$ (2-40) мм түзгөн. Параселлярдык таралуу 27 (31,8%) бейтапта табылган. Гиганттык

гипофиз аденомасы 16 (9,4%) бейтапта аныкталды.

Оперативдик кийлигишүүнү толук кандуу аткарууда гипофиз аденомасынын анатомиялык жайгашуусу маанилүү учур болуп саналат. Бардык учурларда шишик түрк ээринин көңдөйүндө (85 – 100%) жайгашкан. Ошол эле учурда 31 (36,5%) бейтапта шишик супраселлярдык цистернага таралып өскөн, ал эми 14 (16,5%) бейтапта каверноздук синуска чейин тараган (5-жадыбал).

5-жадыбал - Эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия тайпасындагы бейтаптардын хирургиялык мүнөздөмөсү

Мүнөздөмө	Абс.	P±m%
Анатомиялык жайгашуусу		
Түрк ээри	85	100
Супраселлярдык цистерна	31	36,5 ±2,4
Каверноздук синус	14	16,5 ±1,7
Резекциянын толуктугу		
тоталдуу	74	87,1 ±4,2
субтоталдуу	11	12,9 ±1,3
Дефектини жабуу		
Мурун тосмосу	43	50,6 ±3,3
Фибрин желими	16	18,8 ±0,8
Май тканы	26	30,6 ±2,9

Эндокриндик функцияга жараша гипофиз аденомасы эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургия тайпасындагы бейтаптар арасында функциясы бар жана функциясы жок болуп эки топко бөлүнгөн. 41 (48,2%) функциясы бар аденома, 22 пролактинома жана 19 гормон секрециясы бар аденома табылган. Ал эми калган 44 (51,8%) бейтапта функциясы жок аденома аныкталган.

Текшерүү 71 (83,5%) бейтапта операцияга чейинки көрүү бузулуусун айкындады. Операциядан кийин көрүү 71 бейтаптын ичинен 61 учурда (85,9%) жакшырган. Көрүү 31 (43,7%) бейтапта нормага келген. Көрүү мурдагы абалда 6 (8,5%) бейтапта калган жана 1 бейтапта начарлаган.

Операцияга чейинки көрүү бузулуусу бар 71 бейтап арасында 66 бейтапта гана визуалдык симптомдор байкалган, ал эми калган бейтаптарда билинбеген бузулуулар болгон. Визуалдык симптомдордун узактыгы 11,8 (0,15-100) айды түздү. 38 бейтапта визуалдык симптомдор 1 жылдан азыраак мөөнөткө созулган, ал эми 25 бейтапта визуалдык симптомдор 1 жыл же андан көбүрөөк мөөнөткө созулган.

Супраселлярдык таралуунун орточо диаметри жана орточо мааниси визуалдык симптомдордун узактыгы менен корреляцияда болгон ($P < 0,009$).

Супраселлярдык өсүүнүн орточо диаметри ($P < 0,007$) жана анын орточо көрсөткүчү ($P < 0,002$) операцияга чейинки көрүүнүн начарлоосу менен оң жактуу корреляция берди. Операцияга чейинки көрүүнүн начарлоосу менен операциядан кийинки көрүүнүн жакшыруу деңгээли менен оң жактуу корреляцияны көрсөттү ($P < 0,001$). Биз эндоскопиялык трансфеноидалдык хирургиялык жол алынган супраселлярдык таралуусу бар гипофиз аденомасынан кийинки көрүү натыйжасына таасир этүүчү факторлорду талдадык. Супраселлярдык таралуусу бар гипофиз аденомасын алып салгандан соңку натыйжаларды талдоо визуалдык симптомдору < 1 жылга созулган жана өлчөмү $< 36,5$ мм аденомалар мыкты визуалдык натыйжа көрсөттү.

Корутунду. Гипофиз аденомасынын симптомдору көп учурда шишиктин өлчөмүнөн жана жергиликтүү инвазиядан көз каранды болгон, ошондой эле шишик клеткаларынын гормоналдык статусу да таасир эткен. Шишиктин кысуу эффектиси көрүү талааларынын таруусуна, кош көрүүгө, баш ооруусуна, көңүл айланууга алып келүүсү мүмкүн. Симптомдор гормоналдык дисбаланстан келип чыгуусу да мүмкүн, либидонун төмөндөөсү, галакторея, салмактын жогорулашы жана жетилген куракта акрофациалдык өсүү байкалган.

Колдонулган адабияттар

1. Григорьева Н.Н., Серова Н.К. Сопоставление нейрорентгенологической и нейроофтальмологической симптоматики у больных с аденомой гипофиза. В кн.: Материалы научно-практической конференции: Современные методы лучевой диагностики в офтальмологии. Москва; 2014:191-193.
2. Григорьева Н.Н., Серова Н.К., Кадашев Б.А., Трунин Ю.К. Динамика зрительных функций в до- и послеоперационном периоде у больных с аденомами гипофиза. В кн.: Материалы VI-й Московской научно-практической нейроофтальмологической конференции. Москва; 2012:39-40.
3. Ырысов К.Б., Медведев М.А. Результаты лечения больных с опухолями головного мозга и динамика зрительных функций. *Здравоохранение Кыргызстана*. 201;4:13-18.
4. Калинин П.Л., Фомичев Д.В., Капитанов Д.Н., Кадашев Б.А. и др. Ринологические аспекты эндоскопического эндоназального удаления аденом гипофиза. *Вестник оториноларингологии*. 2017;4:25-34.
5. Шкарубо А.Н. Новые технологии в транссфеноидальной хирургии опухолей основания черепа. В кн.: Материалы VI международного симпозиума: Современные минимально-инвазивные технологии (нейрохирургия, вертебрология, неврология, нейрофизиология). Санкт-Петербург; 2011:284-295.
6. Ырысов К.Б. Результаты эндоскопической трансназальной транссфеноидальной хирургии при аденоме гипофиза. *Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии*. 2018;11:66-71.
7. Cawley C.M., Tindall G.T. New techniques in managing sellar pathologies through modifications of the traditional transsphenoidal approach. *Crit. Rev. Neurosurg*. 2017;7(2):115-122.
8. Gamea A., Fathi M., El-Guindy A. The use of the rigid endoscope in transsphenoidal pituitary surgery. *J. Laryngol. Otol*. 2019;108(1):19-22.
9. Dehdashti A.R., Ganna A., Karabatsou K. Pure endoscopic endonasal approach for pituitary adenomas: early surgical results in 200 patients and comparison with previous microsurgical series. *Neurosurgery*. 2018;62:1006-1017.
10. Tabaei A., Anand V.K., Barron Y. Endoscopic pituitary surgery: a systematic review and meta-analysis. *J Neurosurg*. 2019;111:545 - 554.

**РЕЗУЛЬТАТЫ НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ
В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДОВ ТРЕПАНАЦИИ**

**К.Б. Ырысов, Г.Ж. Алибаева, А.К. Абдымечинова,
А.Т. Бакасов, М.К. Базарбаев**

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

keneshbek.yrysov@gmail.com

В исследовании было 109 (85,8%) мужчин и 18 (14,2%) женщин ($p < 0,05$). Средний возраст больных колебался от 17 до 82 лет и составлял $42,4 \pm 5,6$ лет. Из 127 больных 8 умерли после госпитализации в стационар, общая летальность в нашем исследовании составила 6,3%.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, травматическое сдавление головного мозга, внутричерепная гематома, трепанация черепа.

**БАШ МЭЭНИН ООР ДАРАЖАДАГЫ ЖАРАКАТЫН КОЛДОНУЛУУЧУ
ТРЕПАНАЦИЯ ЫКМАЛАРЫНА ЖАРАША НЕЙРОХИРУРГИЯЛЫК
ДАРЫЛООНУН НАТЫЙЖАЛАРЫ**

**К.Б. Ырысов, Г.Ж. Алибаева, А.К. Абдымечинова,
А.Т. Бакасов, М.К. Базарбаев**

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

Изилденгендердин ичинде 109 (85,8%) эркек 18 (14,2%) аял болгон. Жабыркагандардын жаш курагы 17 ден 82 жашка чейин. Бейтаптардын орточо курагы $42,4 \pm 5,6$ жаш болду. Баш-мээсинен оор жаракат алган 127 оорулуулардын арасында 8 бейтап каза тапты. Бул изилдөөдө өлүмдүн жалпы пайызы 6,3% түздү.

Негизги сөздөр: баш-мээ жаракаты, баш мээнин жаракаттуу кысылуусу, баш сөөктүн ичиндеги гематома, баш сөөктүн трепанациясы.

RESULTS OF SURGERY IN TRAUMATIC BRAIN COMPRESSION DEPENDING ON CRANIOTOMY METHODS**K.B. Yrysov, G.Zh. Alibayeva, A.K. Abdymechinova,****A.T. Bakasov, M.K. Bazarbayev**

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

There are 109 males (85.8%) among examined and 18 females (14.2%) in this study. Age of injured patients ranged from 17 to 82 years. Median age was 42.4 ± 5.6 years. Eight patients out of 127 died after surgery. General mortality was 6.3%.

Key words: traumatic brain injury, traumatic brain compression, intracranial hematoma, craniotomy.

Актуальность. Проблема лечения ЧМТ в настоящее время имеет огромное социально-экономическое значение. В структуре летальности от всех видов травм около 40% приходится на ЧМТ. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, частота ЧМТ увеличивается ежегодно на 2%, при этом отмечается нарастание частоты более тяжелых видов повреждений [1, 2, 3]. Среди пострадавших преобладают лица трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет), около 10% из них становятся инвалидами. Летальность при ЧМТ составляет от 5 до 10%. При тяжелых формах ЧМТ с наличием внутричерепных гематом, очагов ушиба головного мозга, сопровождающихся дислокационным синдромом летальность возрастает до 41-85% [4, 5, 6].

На практике приходится встречаться с недостаточным оснащением стационаров современной диагностической аппаратурой (КТ, МРТ), отсутствием возможности проводить мониторинг ВЧД. В этих случаях при выборе метода трепанации приходится ориентироваться на данные клинко-неврологического осмотра. Часто влияние на выбор способа

трепанации черепа оказывают субъективные причины (предпочтения хирурга, традиции клиники) [7, 8, 9]. Это приводит к большому количеству неоправданно выполненных ДТЧ с целью профилактики возможного взрыва мозга при его отеке в послеоперационном периоде. В результате увеличивается число нетрудоспособных больных, повышается процент повторных операций и риск гнойно-воспалительных осложнений [10, 11, 12].

Поэтому вопрос выбора метода трепанации черепа при травматическом сдавлении головного мозга представляется актуальным.

Материал и методы. Анализированы данные 127 больных с изолированной черепно-мозговой травмой за период с 2017 по 2021 гг. и оперированных в отделениях нейрохирургии Национального госпиталя Минздрава Кыргызской Республики. Острые и подострые травматические внутричерепные гематомы более часто встречались при бытовом (38 больных – 29,9%) и транспортном (34 больной – 26,8%) травматизме ($p < 0,05$). По линии скорой помощи доставлено в стационар

92 больных (72,4%), а остальные попутным транспортом. Из 127 поступивших у 31 (24,4%) травма была получена в состоянии алкогольного опьянения. Это чаще всего была бытовая травма.

Всем поступившим больным при поступлении было проведено клиничко-неврологическое исследование, КТ и/или МРТ исследование головного мозга, и после установки диагноза больные подвергались операции в течение первых 24 часов с момента получения травмы.

Результаты. Для определения нейрохирургической тактики и выявления травматических поражений головного мозга КТ и МРТ являются незаменимым методом диагностики, который обеспечивает идентификацию макроструктурного, функционального, метаболического состояния мозга, топографию самого очага, отечности вокруг него и, самое главное, они позволяют определить взаимоотношения патологического очага к мозговым структурам, к сосудистой и желудочковой системам, отношения очага к субарахноидальным пространствам и к срединным образованиям головного мозга, что является исключительно важным для решения техники нейрохирургических операций.

Для удаления внутричерепных гематом травматического происхождения, нами применялись уже известные в практике три нейрохирургических доступа: КПТЧ, РТЧ и удаление гематом через расширенные фрезевые отверстия. Вместе с тем, в нашу задачу входило

выяснение влияния клинического статуса, локализации травмы, морфологии переломов черепа, объема гематом на частоту применения того или иного доступа, вскрытие особенностей и закономерностей течения процесса после нейрохирургического вмешательства и его эффективности, в зависимости от примененной стратегии лечения.

Эпидуральные гематомы у 37 (26,6%) пациентов были удалены путем выполнения фрезеотомии в 7 случаях, а в 30 случаях была выполнена РТЧ. Субдуральные гематомы у 72 (51,8%) пострадавших были удалены посредством РТЧ в 67 случаях, а фрезеотомия в 3 случаях и КПТЧ была использована в 2 случаях. Внутримозговые гематомы у 8 (5,8%) пациентов были удалены путем выполнения КПТЧ во всех 8 случаях. При 4 (2,9%) двухсторонних гематомах фрезеотомия и РТЧ применена по 2 случаям соответственно. Импрессионные переломы черепа у всех 18 (12,9%) больных были устранены путем выполнения РТЧ ($p < 0,05$).

У 127 больных нами выполнено 139 операций. В наших наблюдениях преобладал метод РТЧ (117 операций – 71,7%), что связано с поступлением больных в стационар в остром периоде ЧМТ в тяжелом и крайне тяжелом состояниях. Рассмотрение вопроса в возрастном плане позволяет вскрыть определенные закономерности. Наиболее часто РТЧ была произведена у людей молодого и среднего возраста (в среднем у 3 из каждых 4 случаев). У лиц старше 60 лет РТЧ производилась реже, у каждого второго больного. Что касается других

методов операции, то КППЧ у лиц молодого возраста производилась чаще, чем у пожилых, а метод расширенных фрезевых отверстий, наоборот, у пожилых - чаще, чем у молодых пациентов. Как правило, КППЧ производили у больных, не имеющих грубых нарушений функций ствола мозга, а также в большинстве тех случаев, где локализация травматических внутричерепных гематом была установлена с помощью МРТ исследования. Следует отметить, что применение КППЧ весьма эффективно для травматических внутричерепных гематом, так как гематомы, уже в первые часы после травмы содержат плотные сгустки крови, при удалении которых часто возобновляется кровотечение. Как и следовало ожидать, при КППЧ полное удаление гематом и восстановление анатомических взаимоотношений тканей способствовало более быстрому и более полному восстановлению нарушенных функций мозга. В нашей работе мы применяли КППЧ и как первый и как окончательный этап оперативного вмешательства, а также как последующий этап, которому предшествовало частичное удаление гематом через расширенное фрезевое отверстие.

Таким образом, наши наблюдения еще раз подтвердили известное положение о том, что применение метода КППЧ с широким обнажением полушарий большого мозга создает наиболее благоприятные условия для полного удаления травматических гематом, позволяет произвести тщательный гемостаз даже при множественных

источниках кровотечения, удалять мозговой детрит из очагов ушиба головного мозга. Вместе с тем мы пришли к заключению о том, что проведение КППЧ осуществлялись тем чаще, чем моложе пострадавшие с травматическими внутричерепными гематомами. Применение КППЧ с послойным зашиванием раны, создает анатомо-физиологические предпосылки для раннего и полного восстановления нарушенных функций, избавляет больных от синдрома «трепанированного черепа». В связи с этим, у больных, находящихся в состоянии средней тяжести или в удовлетворительном состоянии, а также в подостром периоде, этот метод является абсолютно показанным.

В 117 случаях (71,7%) была произведена РТЧ. Этот метод использовался при тяжелом состоянии больных, наличии грубо выраженной общемозговой и стволовой неврологической симптоматики, при наличии оскольчато-вдавленных переломов костей черепа, при картине нарастающего отека-набухания и дислокации головного мозга, т.е. у больных, которым необходимо было обеспечить декомпрессию мозга. В 15 (10,8%) случаях с явлениями начинающегося вклинения проводилась двухсторонняя подвисочная декомпрессия.

Широкая декомпрессионная трепанация черепа у больных с тяжелыми ушибами головного мозга, часто сопровождающих травматические внутричерепные гематомы, в ряде случаев, позволила сохранить не только жизнь, но и

психическую полноценность пострадавших. Метод РТЧ был применен у 39 (30,7%) больных молодого и среднего возраста. Мы еще раз убедились в том, что метод резекционной трепанации черепа является технически относительно простым, позволяет провести достаточно-широкую ревизию эпи- и субдуральных пространств, хотя в этом плане и уступает методу КПТЧ. Удаление травматических внутричерепных гематом через расширенное фрезевое отверстие было применено в 12 случаях (20,0%) из 139 операций, при чем у 8 больных это было самостоятельно как метод, а у остальных как первый этап лечения, в последующем им произведена РТЧ или КПТЧ. После наложения фрезевых отверстий, расширенных до 5 см в диаметре, внутричерепные гематомы удалялись путем отсасывания субдурального пространства после рассечения ТМО. При этом с помощью шпателя и отсоса производилось вымывание физиологическим раствором сгустков крови и аспирация жидкой части гематомы. Удаление травматических внутричерепных гематом через расширенные фрезевые отверстия применялось в основном у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, у которых имелись нарушения витальных функций, когда не было возможности провести операцию в более значительном объеме. При этом накладывали 2 фрезевых отверстия.

В большинстве случаев этот метод был первым этапом проведения более радикальной операции. Метод расширенной фрезеотомии нами

применялся в основном для удаления эпи- и субдуральных гематом. Мы убедились в том, что он имеет ряд существенных недостатков: невозможность удаления больших по объему и протяженности травматических внутричерепных гематом базальной локализации, трудность удаления очагов ушиба-размозжения мозга, трудность в обнаружении источника кровотечения, недостаточность обеспечения декомпрессии при нарастающем в ходе операции и после нее отека-набухания головного мозга. Положительной стороной этого метода является его большая диагностическая ценность, быстрота технического исполнения и то, что он является наиболее щадящим для больного. Анализ наших собственных данных позволяет констатировать, что применение метода расширенных фрезевых отверстий тем более оправдано, чем старше пострадавший с травматическими внутричерепными гематомами, поскольку нейрохирургическое вмешательство в этих случаях должно быть проведено менее травматично.

Представляется целесообразным более детально остановиться на особенностях тактики оперативных вмешательств у больных с травматическими внутричерепными гематомами. Показанием к вскрытию ТМО являлось напряжение и выбухание оболочки, синюшность ее, отсутствие пульсации. Оболочка вскрывалась дугообразно или крестообразно в бессосудистом участке. У лиц пожилого и старческого возраста наиболее рациональным представлялось поэтапное вскрытие ТМО, т.к. в связи с

атрофией мозга, травматические внутричерепные гематомы достигали больших размеров и на первый план выступали дислокационные симптомы. Поэтапное вскрытие ТМО и удаление содержимого гематомы предупреждало дислокацию мозга. Такой метод вскрытия ТМО обоснован у лиц молодого возраста, имеющих склонность к отеку-набуханию мозга.

Мы установили, что у взрослых жидкая гематома встречается реже, в отличие от молодых. Спустя несколько часов после травмы субдуральная травматическая гематома еще не инкапсулируется. Она состоит из сгустков крови, которые не всегда удается вымыть или отсосать. В этом случае шпателем осторожно производили удаление сгустков. После удаления гематом у лиц пожилого и старческого возраста чаще, чем у больных других возрастных групп, отмечается релапс мозга с резким ослаблением пульсации мозговых сосудов. Расправлению мозга способствует внутривенное введение физиологического раствора, плазмы в сочетании с сосудорасширяющими препаратами. Почти у всех больных молодого и среднего возраста были обнаружены очаги ушиба и разможения мозга. В этой возрастной группе производились обширные радикальные оперативные вмешательства, в ходе которых производилось по возможности максимально удаление нежизнеспособных тканей. У больных старших возрастных групп были обнаружены множественные ушибы головного мозга, однако, учитывая состояние возраста пострадавших,

проводилась малотравматичная щадящая операция в виде декомпрессионной трепанации и удаления гематомы. После удаления гематом и очагов ушиба-разможения мозга в послеоперационном периоде применяли приточно-отточные системы, которые способствовали удалению продуктов распада мозговой ткани и крови из области повреждения мозга, а также созданию местной гипотермии. Для предупреждения образования ликвореи и рубцово-спаечного процесса в 9 (6,5%) случаях производилась пластика ТМО гомотрансплантатом.

Если в дооперационном периоде было установлено наличие двухсторонних травматических внутричерепных гематом или высказаны предположения о их наличии, то во время операции производилось одновременное рассечение ТМО и вскрытие субарахноидального пространства с двух сторон. Если же после удаления субдуральной травматической гематомы с одной стороны и вскрытия ТМО не была обнаружена подбололочечная гематома, однако имелись признаки внутричерепного давления в виде пролабирования мозгового вещества в операционную рану, признаки гиперемии мозга, отсутствия пульсации или наличия флюктуации, то обязательно производилась пункция мозга в трех направлениях, после чего накладывались фрезевые отверстия на противоположной стороне. Таким образом были выявлены субдуральные травматические гематомы у 29 (20,9%) больных. В имеющихся у нас шести наблюдениях двухсторонних травматических гематом, клинические

симптомы двух гематом как бы нивелировали неврологическую симптоматику меньшей по объему гематомы на противоположной стороне.

Следует указать, что если все двухсторонние травматические гематомы были удалены во время операции, то в 3 наблюдениях двухсторонних субдуральных травматических гематом, одна из гематом не была диагностирована и не удалена, что явилось в дальнейшем причиной для вторичного оперативного вмешательства.

Оперативное вмешательство на одной стороне при нераспознанной второй гематоме на противоположной стороне, представляет собой реальную опасность из-за острых дислокаций и вклинений. Необходимо отметить, что у лиц пожилого и старческого возраста ЧМТ нередко сопровождается нарушениями мозгового кровообращения, ведет к обострению уже имеющихся соматических заболеваний. Например, у лиц, страдающих гипертонической болезнью, ЧМТ провоцировала возникновение гипертонического криза. Эти особенности требуют и соответствующей стратегии ведения и лечения данной группы больных.

Таким образом, особенности нейрохирургической тактики при травматических внутричерепных гематомах определяются характером возрастных реакций мозга на черепно-мозговую и операционную травму. Чем моложе пострадавшие, тем чаще отмечаются явления посттравматической церебральной сосудистой патологии. В связи с этим у лиц молодого возраста необходимо радикальное

нейрохирургическое вмешательство, направленное на удаление отека-набухания мозга. Это обеспечивается проведением широкой одноэтапной лоскутной трепанации с максимально полным удалением субдуральных гематом и удалением из очагов ушиба-размозжения мозга всех нежизнеспособных тканей. При двухсторонних травматических внутричерепных гематомах их удаление должно производиться одновременно с двух сторон. При пролабировании мозга все силы должны быть направлены на борьбу с отеком-набуханием головного мозга. У лиц старших возрастных групп при удалении гематом следует стремиться к минимальности вмешательства, но которое обеспечивает достаточную его радикальность. В связи с этим, чаще производилась РТЧ, иногда в два этапа (вначале удаление через расширенные фрезевые отверстия жидкой части гематомы и частично сгустков, а затем, во время второго вмешательства полное удаление сгустков). Иногда операция ограничивалась только первым этапом. При пролабировании мозга через трепанационное окно необходимо производить пункцию мозга в поисках внутримозговой гематомы. Учитывая высокую частоту возникновения внутримозговых гематом с увеличением возраста, имеет смысл, даже при отсутствии выпячиваний мозга у лиц пожилого и старческого возраста пунктировать мозг. Надо иметь в виду, что нередко после удаления травматических внутричерепных гематом у лиц старших возрастных групп

отмечается релапс мозга с резким ослаблением пульсаций мозговых сосудов.

Заключение. Таким образом, знание фиксированной нами частоты

встречаемости травматических внутричерепных гематом позволили нам принимать быстрые и верные решения при выборе оперативного вмешательства.

Литература

1. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствий. *Вопр. нейрохирургии*. 2014;4:18-25.
2. Крылов В.В., Талыпов А.Э., Пурас Ю.В. Выбор трепанации в хирургии тяжелой черепно-мозговой травмы. *Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2017;1:3-11.
3. Мамытов, М.М., Ырысов К.Б., Мамытова Э.М. Факторы дифференцированного подхода в лечении тяжелых очаговых повреждений головного мозга. *Лікарська справа*. 2012;6:68-73.
4. Потапов А.А., Крылов В.В., Лихтерман Л.Б. Современные рекомендации по диагностике и лечению тяжелой черепно-мозговой травмы. *Журнал Вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко*. 2016;1:3-8.
5. Потапов, А.А., Корниенко В.Н., Лихтерман Л.Б., Кравчук А.Д. Современные подходы к изучению и лечению черепно-мозговой травмы. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2018;4(1):4-12.
6. Пурас Ю.В., Талыпов А.Э., Ховрин Д.В. Возможности резекции височной доли в хирургическом лечении пострадавших с черепно-мозговой травмой с острым дислокационным синдромом. *Нейрохирургия*. 2018;1:80-84.
7. Ташыкулова Ж.М., Ырысов К.Б. Анализ результатов лечения больных с внутричерепными травматическими гематомами. *Здравоохранение Кыргызстана*. 2014;2:96-100.
8. Ырысов К.Б., Бошкоев Ж.Б., Муратов А.Ы. Результаты лечения травматического сдавления головного мозга на основе фазности течения послеоперационного периода. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2016;3(44):21-25.
9. Akioka N, Fukuda O, Takaba M. Clinical investigation of acute traumatic subdural hematoma cases. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2017(16). – P. 109-113.
10. Leitgeb J, Erb K, Mauritz W. Severe traumatic brain injury in Austria: CT findings and surgical management. *Wien KlinWochenschr*. 2019;119(1-2):56-63.
11. Firsching, R, Woischneck D, Peters B. Classification of severe head injury based on magnetic resonance imaging. *Acta Neurochir (Wien)*. 2020;143:263-271.
12. Pospiech J, Kalff R, Herwegen H. Prognostische Faktoren bei akuten traumatischen Subduralhaematomen./ *Aktuel. Traumatol*. 2018;23(1):1-6.

МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ ПРИ ГРЫЖАХ ПОЯСНИЧНЫХ МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ

К.Б. Ырысов, Л.Х. Келиева, А.А. Каныев, У.А. Каримов

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

keneshbek.yrysov@gmail.com

Введение. Раскрылись новые возможности благодаря появлению компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в арсенале средств диагностики. С внедрением в практику КТ и МРТ достоверность информации повысилась до 82 - 93%.

Цель исследования: Совершенствование диагностики и повышение эффективности хирургического лечения больных с грыжами дисков в поясничном отделе позвоночника путем изучения соотношений клинических проявлений и результатов примененных методов исследования и лечения.

Материал и методы исследования: Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и хирургического лечения 139 больных с неврологическими осложнениями грыж поясничных межпозвонковых дисков и получивших стационарное (оперативное – 116 (83,5%) и консервативное – 23 (16,5%) больных) в отделениях нейрохирургии. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 72 лет.

Результаты. Путем использования высокоинформативного МРТ метода определили зависимость выраженности болевого синдрома и чувствительных расстройств от количества уровней поражения дисков, их локализации в поперечнике позвоночного канала и их размеров. Выраженность болевого синдрома и чувствительных расстройств зависела от количества пролабированных дисков.

Выводы: Оптимальный алгоритм обследования пациентов перед принятием решения о проведении нейрохирургического вмешательства при грыжах поясничных межпозвонковых дисков включает в себя рентгенографию поясничного отдела позвоночника, МРТ спинного мозга и позвоночного столба, и по показаниям магнитно-резонансную миелографию.

Ключевые слова: грыжа поясничных межпозвонковых дисков, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

БЕЛ ОМУРТКАСЫНДАГЫ ДИСК ЧУРКУСУНУН НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИЯЛЫК ЫКМАЛАРЫ

К.Б. Ырысов, Л.Х. Келиева, А.А. Каныев, У.А. Каримов

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

Киришүү. Диагностика арсеналында компьютердик томография (КТ) жана магниттик-резонанстык томографиянын (МРТ) пайда болуусу менен келген жаңы мүмкүнчүлүктөр пайда болду. КТ жана МРТ практикага киргизилгенден бери маалыматтардын ишенимдүүлүгү 82 - 93% чейин жогорулады.

Эмгектин максаты: Клиникалык сүрөттөмө жана колдонулган изилдөө, дарылоо ыкмаларынын натыйжасын жакшыртуу жолу менен бел омуртка диск чуркусунан жапа чеккен бейтаптардын хирургиялык жол менен дарылоосун жана диагностиканын өркүндөтүү.

Материал жана ыкмалар. Эмгек нейрохирургия бөлүмдөрүндө оперативдик (116 - 83,5%) жана консервативдик (23 - 16,5%) стационардык дарылоо алган бел омуртка чуркусунун кабылдоолорунан жапа чеккен 139 бейтаптын клиникалык, диагностикалык изилдөөнүн, хирургиялык дарылоо комплексинин маалыматтарын талдоону камтыйт. Бейтаптардын курагы 19 дан 72 жашка чейинки чекте термелген.

Натыйжалар. Жогорку маалыматтуу МРТ ыкмасын колдонуу аркылуу ооруу синдрому жана сезүү бузулуулары дисктин деңгээл санынан, омуртка каналында жайгашуусунан жана өлчөмүнөн көз каранды экендиги аныкталды. ооруу синдромунун жана сезүү бузулууларынын деңгээли пролапс болгон дисктердин санына байланышта болгон.

Корутунду. Бел омурткасындагы диск чуркулары бар бейтаптарды изилдөөдөгү оптималдык алгоритм нейрохирургиялык кийлигишүү жасоодон мурун чечим кабыл алууда бел омурткасынын рентгенографиясынан, жүлүндүн жана омуртка устунунун МРТсынан, жана көрсөтмө болсо магниттик-резонанстык миелографиядан турат.

Негизги сөздөр: бел омуртка диск чуркусу, диагностика, хирургиялык жана консервативдүү дарылоонун натыйжалары.

NEUROIMAGING METHODS FOR HERNIATED LUMBAR INTERVERTEBRAL DISCS

K.B. Yrysov, L.Kh. Kelieva, A.A. Kanyev, U.A. Karimov

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

Introduction. Due to the new opportunities that have opened up thanks to the advent of computed tomography (CT) and magnetic resonance imaging (MRI) in the arsenal of

diagnostic tools. With the introduction of CT and MRI, the reliability of information increased to 82-93%.

The aim of the study: To improve the diagnosis and increase the effectiveness of surgical treatment of patients with disc hernias in the lumbar spine by studying the relationship of clinical manifestations and the results of the applied research and treatment methods.

Materials and methods: The work includes the results of data analysis of a complex of clinical, diagnostic examinations and surgical treatment of 139 patients with neurological complications of herniated lumbar intervertebral discs and received inpatient (operative - 116 (83.5%) and conservative – 23 (16.5%) patients) in neurosurgery departments. The age of the patients ranged from 19 to 72 years.

Results. By using a highly informative MRI method, the dependence of the severity of pain syndrome and sensitive disorders on the number of levels of disc damage, their localization in the diameter of the spinal canal and their size was determined. The severity of pain and sensory disorders depended on the number of prolapsed discs.

Conclusion: The optimal algorithm for examining patients before deciding on neurosurgical intervention for herniated lumbar intervertebral discs includes radiography of the lumbar spine, MRI of the spinal cord and spinal column, and, if indicated, magnetic resonance myelography.

Key words: lumbar disc herniations, surgical management, management outcome, recurrences.

Введение. Своевременность диагностики, профилактики и лечения неврологических проявлений поясничного остеохондроза является весьма важной проблемой для здравоохранения, и, несмотря на имеющиеся достижения ее нельзя считать разрешенной.

Болевым синдромам поясничного отдела позвоночника посвящено множество работ [1, 2, 3]. Тем не менее, до сих пор нет единого мнения о причинах возникновения различных болевых синдромов в спине и конечностях и их связи с морфологическими изменениями позвоночника. Существенную роль в их определении призваны сыграть дополнительные методы диагностики. Каждый из применяемых сегодня

методов имеет свою точку приложения и диагностическую ценность [4, 5, 6].

Надежная верификация грыжевых компрессии содержимого позвоночного канала достаточно затруднительна. В последнее время наметилась значительная динамика взглядов исследователей и практикующих врачей на вопросы патогенеза, течения, биохимических изменений элементов спинного мозга и связочного аппарата, происходящих при остеохондрозе [7, 8]. Это связано с новыми возможностями, которые раскрылись благодаря появлению компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) в арсенале средств диагностики. С внедрением в практику КТ и МРТ достоверность информации повысилась до 82 - 93% [9, 10].

Материал и методы исследования.

Работа включает в себя результаты анализа данных комплекса клинических, диагностических обследований и хирургического лечения 139 больных с неврологическими осложнениями грыж поясничных межпозвонковых дисков и получивших стационарное (оперативное – 116 (83,5%) и консервативное – 23 (16,5%) больных) в отделениях нейрохирургии. Возраст больных варьировал в пределах от 19 до 72 лет (табл. 1).

Данную группу исследования составили больные, у которых помимо выраженного болевого синдрома, имелись остро или постепенно развившиеся двигательные и чувствительные расстройства, а у некоторых пациентов также грубые нарушения функции тазовых органов. Мужчин было 65 (46,8%), женщин - 74 (53,2%). Гистологическое исследование удаленных во время операции межпозвонковых дисков проведено 92 (66,2%) больных.

Таблица 1 - Распределение больных по полу и возрасту ($p < 0,05$)

Возраст в годах	всего		Мужчины		женщины		соотнош. муж/жен
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
<19	4	2,9	1	1,5	3	4,1	0,33
20-29	18	12,9	8	12,3	10	13,5	0,80
30-39	36	25,9	17	26,2	19	25,7	0,89
40-49	40	28,8	22	33,8	18	24,3	1,22
50-59	31	22,3	15	23,1	16	21,6	0,44
60 и старше	10	7,2	2	3,1	8	10,8	0,25
Всего	139	100	65	46,8	74	53,2	0,88

Грыжи межпозвонковых дисков поясничного отдела позвоночника преимущественно поражали людей молодого трудоспособного возраста от 30 до 60 лет, что видно из таблицы 1. Большой удельный вес женщин, вероятно, связан с большей их занятостью тяжелым физическим трудом в южном регионе и слабостью женского позвоночного столба.

У мужчин, также как у женщин, преимущественно страдал промежуток L4-L5. Левостороннее поражение на L5-S1 уровне больше у женщин и мужчин, что видно из таблицы 2. По локализации у 75 (54,0%) больных была выявлена латеральная грыжа, у 26 (18,7%) парамедианная, а у 38 (27,3%) больных - срединная. Это было верифицировано во время операции.

Таблица 2 - Распределение больных по уровню и стороне поражения позвоночного сегмента ($p < 0,05$)

Уровень поражения	Всего		Справа		Слева		Двухстор.	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
L3-L4	31	22,3	19	35,8	21	30,0	1	6,3
L4-L5	69	49,6	30	56,6	32	45,7	7	43,8
L5-S1	39	28,1	12	22,6	19	27,1	8	50,0
Итого	139	100	53	38,1	70	50,4	16	11,5

Срок от момента развития грубой неврологической симптоматики до поступления в клинику и оперативного вмешательства в большинстве случаев превышал 4 недели. Длительность тазовых нарушений до нейрохирургического вмешательства в 12 (8,6%) случаях составляла от 7 дней до 3 месяцев. Все больные длительное время страдали болями в пояснице, на фоне которых неблагоприятные факторы, такие как: чрезмерная физическая нагрузка, некоординированное движение, травмы позвоночника, вынужденные позы, способствовали острому или постепенному развитию грубой неврологической симптоматики. 39 (28,1%) больных характеризовались особой формой дискогенного радикулита со своеобразной клинической картиной, где на первый план выступали параличи мышц нижних конечностей (в 27 случаях - двухсторонние, в 12 - односторонние).

Результаты. Монорадикулярная симптоматика при анализе наших данных доминировала у 54 (38,8%) больных, бирадикулярная - у 40 (28,8%), полирадикулярная - у 45 (32,4%) больных. Сколиоз был выявлен у 118 (84,9%) больных, из них с направлением выпуклости в сторону больной ноги (ишиаса) - у 92 (77,9%) больных, в сторону здоровой ноги - у 15 (12,7%), у 13 (11,0%) больных имел место альтернирующий сколиоз. Выпрямление и сглаженность поясничного лордоза наблюдались нами в 89 (64,0%) случаях, кифосколиоз - в 2 случаях.

Развитие тазовых расстройств (задержка мочеиспускания, дефекации, половая слабость) чаще отмечается при

больших фрагментах выпавшего сегмента и его медиальном расположении. Эта закономерность подтверждается 13 (9,4%) случаями, причем в 4 случаях в момент поступления тазовые расстройства находились в стадии субкомпенсации и больные отмечали, что в недалеком прошлом они испытывали большие затруднения. В этих 4 случаях на операции нами была идентифицирована значительного объема медиально расположенная грыжа.

Диагностика стороны поражения, как правило, вызывает меньше затруднения, чем уровень выпадения грыжи при полирадикулярной симптоматике и наложении сосудистых нарушений. Явления остеохондроза поясничной области наблюдались на рентгенограммах у 87 (62,6%) больных, распространенного - у 12 (8,6%) больных, в зоне предполагаемого поражения позвоночника - у 93 (66,9%) больных. Спондилез был выявлен у 36 (25,9%) больных, спондилез и остеохондроз - у 18 (12,9%).

Сужение межпозвонкового отверстия диагностировано в 80 (57,6%) случаях, краевые остеофиты - в 74 (53,2%) случаях. Кальцификация фрагментов диска была у 13 (9,4%) больных, остеоартроз - у 11 (7,9%) больных. Иногда наблюдалось сужение междужкового пространства в подозреваемом промежутке, свидетельствующее о запущенности процесса и, по-видимому, о кальцификации секвестров выпавшего диска. Такой признак встречался нами в 12 (8,6%) случаях. У 81 (79,4%) из 102 больных имело место совпадение в

рентгенологической и интраоперационной диагностике уровня выпадения грыжи диска.

Магнитно-резонансная томография, проведенная всем 139 (100,0%) больным, выявила характерные признаки грыжи диска в сагиттальной и аксиальной плоскостях в T1 и T2 режимах, изменения эпидуральной и субдуральной локализации, глубину выпадения и сторону расположения грыжи диска, степень компрессии корешков и дурального мешка.

Путем использования высокоинформативного МРТ метода мы

определили зависимость выраженности болевого синдрома и чувствительных расстройств от количества уровней поражения дисков, их локализации в поперечнике позвоночного канала и их размеров. Выраженность болевого синдрома и чувствительных расстройств зависела от количества пролабированных дисков (табл. 4). Причем, чем большее количество межпозвонковых дисков поражено дегенеративно-дистрофическим процессом, тем большая вероятность выраженного и резко выраженного болевого синдрома.

Таблица 4 - Частота и характер чувствительных нарушений в зависимости от количества пролабированных дисков ($p < 0,05$)

Кол-во корешков	абс.	%	Виды чувствительных расстройств							
			Парестезия (абс., %)		Гиперпатия (абс., %)		Гипестезия (абс., %)		Анестезия (абс., %)	
1	54	38,8	6	11,1	8	14,8	40	74,1	0	
2	40	28,8	7	17,5	10	25,0	23	57,5	0	
3	45	32,4	0		9	20,0	17	37,8	19	42,2
Всего	139	100	13	9,4	27	19,4	80	57,5	19	13,7

Как зависит болевой синдром от локализации дисковых пролапсов относительно поперечника позвоночного столба показано в таблице 5.

Из данной таблицы видно, что самыми болезненными, среди грыж являются грыжи латеральной локализации.

Таблица 5 - Выраженность болевого синдрома в зависимости от локализации грыж дисков ($p < 0,05$)

Локализация грыж	абс.	Болевой синдром (абс., %)			
		Слабый	Умеренный	Выраженный	Резко выраженный
Латеральная	75	1 (1,3%)	12 (16,0%)	29 (38,7%)	33 (44,0%)
Парамедианная	26	-	2 (7,7%)	14 (53,8%)	10 (38,5%)
Срединная	39	-	-	18 (46,2%)	21 (53,8%)
Всего	139	1 (0,7%)	14 (10,1%)	61 (43,9%)	64 (46,0%)

При помощи МРТ исследования выявили достоверные размеры пролапсов. Более половины всех случаев составили в нашем исследовании пролапсы размером более 10 мм. Грыжи от 3-7 мм встречались лишь в $10,6 \pm 2,4\%$ случаев.

Сочетание полирадикулярной симптоматики в клинической картине с отсутствием достоверных признаков (рентген) выпадения грыж дисков является показанием к проведению магнитно-резонансной миелографии. Мы применяли миелографию у 30 (25,9%) больных, подлежащих оперативному вмешательству (оперировано 116 больных – 83,5%) в сочетании с магнитно-резонансной томографией спинного мозга. В качестве контрастного вещества применяли парамагнитные контрастные вещества гадолиамид и гадобутрол. Гадолиамид был введен в 13 (43,3%) случаях, гадобутрол - в 17 (56,7%).

При анализе данных миелографических исследований было обнаружено, что частичная ампутация корешка за счет его сдавления грыжей имела место в 10 (33,3%) случаях. Однако такой миелотомографический симптом в отдельности мы не наблюдали, обычно он сочетается с боковой компрессией латеральной части дурального мешка. Симптом полной ампутации был выявлен в 9 (30,0%) случаях. Такой признак характерен для латеральной и парамедианной грыжи и всегда сочетался с нарушениями конфигурации дурального мешка вместе с находящимися в нем корешками конского хвоста с образованием выемки

(частый миелотомографический признак грыжи диска); встречался в 20 (66,7%) случаях.

Полный блок контраста на уровне выпавшего диска, образовавшийся в результате полной компрессии корешков конского хвоста большой срединной грыжей, вызывает полную неподвижность контрастного средства через субарахноидальное пространство. Контуры края блока обычно отличаются от контуров дурального мешка своими характерными выступами или отростками в виде щетки (симптом «щетки»). Мы наблюдали такой симптом на миелотомографии в переднезадней проекции при срединной грыже межпозвонкового диска на уровне L5-S1 в 11 (36,7%) случаях.

В результате проведенной нами магнитно-резонансной миелотомографии с парамагнитными контрастными веществами: гадолиамидом и гадобутролом у 27 (90,0%) больных из 30 отмечено совпадение рентгенологических признаков с операционными находками. Следовательно, магнитно-резонансная миелотомография с парамагнитными контрастными средствами является достаточным информационным методом диагностики грыж межпозвонковых дисков пояснично-крестцового отдела позвоночника, позволяющим с большей точностью выйти на пораженный уровень межпозвонковых дисков, что является необходимым условием для проведения нейрохирургических операций.

К настоящему времени тактика и техника хирургических вмешательств при дискогенных поясничных

радикулитах с компрессионными корешковыми синдромами достаточно отработаны, однако особенности течения, возникающих при грыжах дисков осложнений, требуют специального рассмотрения вопросов о показаниях и сроках хирургического лечения, а также особенностей техники операции.

Заключение: Оптимальный алгоритм обследования пациентов перед принятием решения о проведении нейрохирургического вмешательства при грыжах поясничных межпозвонковых

дисков включает в себя рентгенографию поясничного отдела позвоночника, МРТ спинного мозга и позвоночного столба, и по показаниям магнитно-резонансную миелографию. Магнитно-резонансная миелография является методом, позволяющим выявить комплекс анатомических особенностей, и тем самым позволяющих уточнить показания к выполнению операции по удалению грыжевых выпячиваний в сомнительных случаях.

Литература

1. Турганбаев Б.Ж., Ырысов К.Б., Мамытов М.М. Хирургическое лечение неврологических осложнений грыж поясничных дисков. *Нейрохирургия и неврология Казахстана*. 2008;1(11):3-6.
2. Ырысов К.Б. Нейрохирургическое лечение грыж поясничных межпозвонковых дисков. Бишкек: Алтын тамга; 2009. 108.
3. Bialecki J, Lukawski S, Milecki M. Differential diagnosis of post-surgery scars and recurrent lumbar disc herniation in MRI. *Ortop Traumatol Rehabil*. 2018;6(2):172-6.
4. Choi SJ, Song JS, Kim C. The use of magnetic resonance imaging to predict the clinical outcome of surgical treatment for lumbar intervertebral disc herniation. *Korean J Radiol*. 2019;8(2):156-163.
5. Imoto K, Takebayashi T, Kanaya K. Quantitative analysis of sensory functions after lumbar discectomy using current perception threshold testing. *Eur Spine J*. 2018;16(7):971-975.
6. Osterman H, Seitsalo S, Karppinen J. Effectiveness of microdiscectomy for lumbar disc herniation: a randomized controlled trial with 2 years of follow-up. *Spine*. 2020;31(21):2409-2414.
7. Smorgick Y, Floman Y, Millgram MA. Mid-to long-term outcome of disc excision in adolescent disc herniation. *Spine J*. 2018;6(4):380-384.
8. Taira G, Endo K, Ito K. Diagnosis of lumbar disc herniation by three-dimensional MRI. *J Orthop Sci*. 2016;3(1):18-26.
9. Waris E, Eskelin M, Hermunen H. Disc degeneration in low back pain: a 17-year follow-up study using magnetic resonance imaging. *Spine*, 2019;32(6):681-684.
10. Weyreutner M, Heyde CE, Weber U. MRT-Atlas. *Orthopaedie und Neurochirurgie Wirbelsaeule*. Springer-Verlag; 2017. 298.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИМИКРОБНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ УРОЛОГИИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**А.С. Иманкулова**

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

asel.imankul@gmail.com***<http://orcid.org/0000-0003-3846-9077>***

Для организаций здравоохранения в условиях дефицита бюджета реализация программ рационализации применения антимикробных препаратов является экономически эффективным, своевременным и актуальным мероприятием. В статье проведен анализ и систематизация опубликованных в базах данных PubMed, ScienceDirect, eLibrary результатов научных исследований по улучшению практики антимикробных препаратов в хирургической урологии.

В настоящее время определены основные стратегические подходы к контролю и сдерживанию антибиотикорезистентности, которые актуальны для всех государств вне зависимости от уровня развития. Основным подходом сдерживания антибиотикорезистентности является профилактика инфекционных заболеваний и предупреждение распространения резистентности к антимикробным препаратам. Отслеживание антибиотикорезистентных штаммов и инфекций, обладающих резистентностью к антимикробным препаратам также является приоритетным направлением сдерживания антибиотикорезистентности как на локальном, так и на государственном уровне. Страны, объединенные под эгидой ВОЗ, следуют третьему принципу борьбы с антибиотикорезистентности «управление рациональным назначением АБП в клинической практике». Разработка новых антибиотиков и диагностических тестов для определения чувствительности является самым актуальным и труднодостижимым для современного состояния развития фармацевтической промышленности.

В отделениях хирургической урологии необходимо регулярное проведение исследований, направленных на выявление случаев послеоперационных инфекционных осложнений и факторов риска их возникновения, изучения практики использования антимикробных препаратов и оптимизация стереотипов их применения. Полученные локальные данные необходимы для оптимизации мероприятий по профилактике послеоперационных инфекционных осложнений, что способствует уменьшению сроков госпитализации прооперированных пациентов и стоимости их лечения, и как следствие этого повышение качества оказываемых медицинских услуг. Проведение углубленных исследований, направленных на рационализацию применения антимикробных препаратов при урологических операциях, является

актуальными и востребованными мероприятиями, направленными на обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи для населения и государства в целом.

Ключевые слова: антимикробные препараты, антибиотикорезистентность, урологические операции, послеоперационные инфекционные осложнения, рациональное использование антимикробных препаратов.

ХИРУРГИЯЛЫК УРОЛОГИЯДА АНТИМИКРОБДУК ДАРЫЛАРДЫ КОЛДОНУУНУН ЗАМАНЧЫЛЫК АСПЕКТТЕРИ (АДАБИЙ СЕРЕП)

А.С. Иманкулова

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

Бюджеттин тартыштыгы болгон саламаттык сактоо уюмдары үчүн микробго каршы каражаттарды сарамжалдуу пайдалануу боюнча программаларды ишке ашыруу экономикалык жактан натыйжалуу, өз убагында жана актуалдуу чара болуп саналат. Макалада PubMed, ScienceDirect, eLibrary маалымат базаларында хирургиялык урологияда микробго каршы каражаттарды колдонуу практикасын жакшыртуу боюнча жарыяланган илимий изилдөөлөрдүн натыйжалары талданат жана системалаштырылган.

Азыркы учурда антибиотиктерге туруктуулукту контролдоонун жана чектөөнүн негизги стратегиялык ыкмалары аныкталган, алар өнүгүү деңгээлине карабастан бардык мамлекеттер үчүн актуалдуу. Антибиотиктерге туруктуулукту чектөөнүн негизги ыкмасы жугуштуу оорулардын алдын алуу жана микробго каршы туруктуулуктун жайылышын алдын алуу болуп саналат. Антибиотиктерге туруктуу штаммдарды жана микробго каршы туруктуу инфекцияларды көзөмөлдөө жергиликтүү жана мамлекеттик деңгээлдеги антибиотиктерге туруктуулукту кармоонун артыкчылыктуу багыты болуп саналат. ВОЗунун алдында бириккен өлкөлөр антибиотиктерге туруктуулук менен күрөшүүнүн үчүнчү принцибин карманышат, “клиникалык практикада антибиотиктерди рационалдуу жазып берүүнү башкаруу”. Сезгичтикти аныктоо үчүн жаңы антибиотиктерди жана диагностикалык тесттерди иштеп чыгуу фармацевтика тармагынын өнүгүүсүнүн азыркы абалы үчүн эң актуалдуу жана кыйын болуп саналат.

Хирургиялык урология бөлүмдөрүндө операциядан кийинки инфекциялык татаалдашуулардын учурларын жана алардын келип чыгышынын тобокелдик факторлорун аныктоого, микробго каршы препараттарды колдонуу практикасын изилдөөгө жана аларды колдонуунун стереотиптерин оптималдаштырууга багытталган изилдөөлөрдү үзгүлтүксүз жүргүзүү зарыл. Алынган локалдык маалыматтар операциядан кийинки инфекциялык асқынуулардын алдын алуу боюнча иш-чараларды оптималдаштыруу үчүн зарыл, бул операция жасалган пациенттерди ооруканага жаткыруу мөөнөттөрүн жана аларды дарылоого кеткен чыгымдарды кыскартууга,

натыйжада көрсөтүлүүчү медициналык кызматтын сапатын жогорулатууга жардам берет.

Урологиялык операцияларда микробго каршы препараттарды колдонууну рационалдаштырууга багытталган тереңдетилген изилдөөлөрдү жүргүзүү калкка жана бүтүндөй мамлекетке сапаттуу жана коопсуз медициналык жардам көрсөтүүгө багытталган актуалдуу жана популярдуу иш болуп саналат.

Негизги сөздөр: микробго каршы каражаттар, антибиотиктерге туруктуулук, урологиялык операциялар, операциядан кийинки инфекциялык татаалдыктар, микробго каршы каражаттарды рационалдуу колдонуу.

CURRENT ASPECTS OF THE USE OF ANTIMICROBIALS IN SURGICAL UROLOGY (LITERATURE REVIEW)

A.S. Imankulova

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

The implementation of antimicrobial rationalization programs is a cost-effective, time and relevant activity for healthcare organizations under budget constraints. The article analyses and systematizes the results of scientific research on the improvement of antimicrobial drugs in surgical urology published in the PubMed, ScienceDirect, and eLibrary databases.

Key strategic approaches to control and containment of antibiotic resistance have now been identified and are relevant to all states, regardless of their level of development. The main approach to curbing antimicrobial resistance is to prevent infectious diseases and to prevent the spread of antimicrobial resistance. Monitoring antibiotic-resistant strains and antimicrobial-resistant infections is also a priority in curbing antimicrobial resistance, both locally and nationally. Countries united under the WHO umbrella follow the third principle in the fight against antibiotic resistance "management of rational prescribing of the antimycobacterial agent in clinical practice". The development of new antibiotics and diagnostic tests to determine sensitivity is the most pressing and difficult to achieve for the current state of the pharmaceutical industry.

In urological surgery departments, regular research is needed to identify the incidence of postoperative infectious complications and their risk factors, to study the use of antimicrobials, and optimize stereotypes in their use. The local data obtained are needed to optimize measures for the prevention of postoperative infectious complications, thus reducing the length of hospitalization of operated patients and the cost of their treatment, and consequently improving the quality of the health care services provided.

In-depth research into the rationalization of the use of antimicrobials in urological surgery is an urgent and much needed intervention to ensure quality and safe medical care for the population and the state as a whole.

Keywords: antimicrobials, antibiotic resistance, urological surgery, postoperative infectious complications, rational use of antimicrobials.

Введение

Одна из первостепенных задач системы здравоохранения всех стран вне зависимости от форм собственности является обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи [1,2]. В отделениях хирургического профиля развитие послеоперационных инфекционных осложнений повышает риск неблагоприятного исхода, увеличивает сроки пребывания пациентов в стационаре, повышает финансовую нагрузку на самого пациента и систему здравоохранения в целом [1,2,3,4,5]. Максимальный уровень распространенности послеоперационных инфекционных осложнений отмечается у пациентов урологического профиля, что связано с активным внедрением эндоскопических и малоинвазивных методов диагностики и лечения, высокой частотой использования мочевых катетеров, стентов и т.д. [3,4,5,6].

Необходимо отметить, что при развитии послеоперационных инфекционных осложнений антимикробная терапия не всегда является эффективной в силу высокого уровня антибиотикорезистентности микроорганизмов [7,8,9]. 7 апреля 2011 г. антибиотикорезистентность определена ВОЗ как глобальная проблема, требующая незамедлительного решения для всех стран мира [10].

Цель исследования:

Анализ и систематизация опубликованных результатов мировых научных исследований по улучшению практики антимикробных препаратов в хирургической урологии.

Материалы и методы

Были изучены опубликованные данные 115 литературных источников авторов стран ближнего и дальнего зарубежья за последние 10 лет, представленные в базах данных PubMed, ScienceDirect, eLibrary в электронной форме. Из них 57,4% составили данные исследователей стран ближнего зарубежья, 42,6% стран дальнего зарубежья.

Критерии включения: оригинальные полнотекстовые статьи, систематические обзоры, серии случаев, опубликованные с января 2011 года по декабрь 2021 года, посвященные применению антимикробных препаратов у прооперированных пациентов урологического профиля, с целью профилактики и лечения.

Критерии исключения: публикации, посвященные применению антимикробных препаратов не у человека; применение антимикробных препаратов при консервативном лечении, а также работы, опубликованные до 2014 года; содержащие малодоказательные данные; отдельные клинические случаи.

В результате поиска литературы изучена 115 статья, после анализа названий и рефератов 20 статей были удалены из-за несоответствия. Из оставшихся 85 статей 9 статей были исключены по причине отсутствия собственных данных и несоответствия критериям включения. Таким образом, в итоговый анализ было включено 76 статей.

В глобальном докладе Всемирной организации здравоохранения (World Health Organization, WHO/ВОЗ) «Устойчивость к противомикробным препаратам», опубликованном в апреле

2014 г., ситуация с ростом антибиотикорезистентности оценена как глобальная угроза эффективного проведения профилактики и лечения инфекционных заболеваний.

Разработка и проведение мероприятий по сдерживанию роста антибиотикорезистентности должны быть оценены как приоритетные направления с вовлечением не только системы здравоохранения, но и общества в целом [10,11,12]. Ограничение свободного доступа и контроль применения АБП, оценка и мониторинг состояния антибиотикорезистентности, популяризация политики рационального использования АБП являются стратегическими направлениями сдерживания антибиотикорезистентности [1,2,13,14,15,16].

Совместные усилия Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) и других регуляторных организаций многих стран позволили определить основные стратегические подходы по контролю за практикой рационального применения АБП и сдерживанию роста АБР [1,10,17,18,19,20]:

1. Профилактика инфекционных заболеваний и предупреждение распространения резистентности к АБП. Основным направлением деятельности CDC является разработка и внедрение мероприятий по недопущению и сдерживанию антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов к антибактериальным препаратам, популяризации принципов рационального применения АБП и организация системы контроля внедренных мероприятий как на

местных, так и на национальных уровнях [21].

2. Отслеживание антибиотикорезистентных штаммов и инфекций, вызванных резистентными штаммами микроорганизмов. Созданная компьютерная база данных с помощью программы WHONET позволяет консолидировать данные по ситуации в регионах и странах по антибиотикорезистентным штаммам микроорганизмов и патологических состояниях, которые они вызывают.

3. Улучшение назначения антибиотикотерапии. Страны, объединенные под эгидой ВОЗ, следуют принципу «управление рациональным назначением АБП в клинической практике». Например, риск развития инфекций мочевых путей, вызванных резистентными к ко-тримоксазолу возбудителями в 4,5 раза выше у пациентов, которым в течение 3 предшествующих месяцев назначали любые антибиотики и в 2,5 раза выше при наличии в анамнезе госпитализаций [21,22,23,24,25].

4. Разработка новых антибиотиков и диагностических тестов для определения чувствительности [10].

Основная роль в контроле и сдерживании АБР отведена профессиональным медицинским ассоциациям и обществам, где уделяется огромное внимание разработке образовательных программ и внедрению принципов рационального применения АБП [6,22,26,27,28].

Программы управления антибактериальными препаратами в стационарах направлены на оптимизацию их назначения для улучшения качества

лечения, снижения больничных расходов и сдерживания роста антибиотикорезистентности. Программы управления антимикробными препаратами должны быть адаптированы к локальным условиям и потребностям, а также имеющимся ресурсам [17,27].

Комплекс, состоящий из клинических рекомендаций по стратегии и тактике применения антибактериальных препаратов на всех уровнях организации медицинской помощи, направленных на сдерживание антибиотикорезистентности, в странах дальнего зарубежья называется «Antibiotic Stewardship» (Управление антибиотикотерапией), а в России как «Стратегия Контроля Антимикробной Терапии (СКАТ). Основными задачами реализации программ сдерживания антибиотикорезистентности являются [11, 27,28]:

- Профилактика распространения возбудителей нозокомиальных инфекций, резистентных к антибиотикам.
- Рациональное применение АБП с лечебной и профилактической целью, повышение эффективности эмпирической антибактериальной терапии.
- Оптимизация (снижение) расходов на АБП, пребывание пациента в стационаре, лечение нозокомиальных осложнений.

Как показала реальная клиническая практика, благодаря программам СКАТ можно оптимизировать применение АМП при участии тех специалистов, которые имеют возможность влиять в стационаре на принятие решений по стратегическим и тактическим вопросам использования АМП: руководители организаций здравоохранения, клинические фармакологи, микробиологи,

эпидемиологи, ведущие специалисты. Эффективные программы стратегии рационального использования антибиотиков в стационаре и профилактики нозокомиальных инфекций могут быть финансово самоокупаемыми и повышать качество лечения пациентов (уровень доказательности А II). Внедрение программы контроля применения антибактериальных препаратов может быть проведено в условиях ограниченности ресурсов и будет способствовать оптимизации взаимодействия служб организации здравоохранения [6,11,28,29].

Вариантом такой стратегии может быть преавторизация назначения антибиотиков в целом или определенной их группы – ситуация, когда каждое назначение антибиотиков с целью лечения согласуется с экспертом по АМТ, обладающим актуальными знаниями локальной микробиологии в организации здравоохранения [18,27,28]. После назначения АМТ данный специалист осуществляет контроль адекватности лечения и вносит необходимые коррективы [11,20,27,28].

Другой формой ограничительной стратегии является проспективный аудит с обратной связью, когда врач имеет возможность сам назначить антибиотикотерапию, но после получения результатов микробиологического исследования согласовывает коррекцию лечения со специалистом по АМТ, либо такой специалист, имея в своем арсенале средства электронной помощи, сам активно контролирует и корректирует адекватность антибиотикотерапии в каждом конкретном случае [18,19].

Применение обеих стратегий ведет к значимому сокращению применения антибиотиков, снижению антибиотикорезистентности и отсутствию отрицательного влияния на исходы пациентов с инфекцией [1,17,27]. Существует еще одна, не менее эффективная форма ограничения использования антибиотиков – это локальные рекомендации или протоколы эмпирической антибиотикотерапии, основанные на данных внутреннего микробиологического мониторинга в стационаре. Эффективность протоколов эмпирической АМТ подтверждена многими российскими и зарубежными исследованиями [3,7,11,17].

Еще одним компонентом программ управления назначением антибиотиков является проведение образовательных программ для специалистов по вопросам рационального применения антимикробных средств. Распространение образовательных материалов в контексте целенаправленного улучшения использования антибиотиков может быть эффективным. В целом, использование протоколов применения антибиотиков в сочетании с проведением образовательных мероприятий для врачей и административной поддержкой позволяет радикально повлиять на практику назначения этого класса лекарственных средств [17,27].

Для хирургического стационара такие приоритеты программы являются наиболее важными: они позволяют существенно снизить накал дискуссий об особенностях тех или иных категорий пациентов, преимуществах и недостатках различных антибактериальных

препаратов, а также позволяют объединить специалистов различного профиля для достижения общей цели – сдерживания роста антибиотикорезистентности микробиоты стационара [1,11].

Приведенные литературные сведения свидетельствуют о целесообразности разработки четких документов, регламентирующих применение антимикробных препаратов на местном уровне и административный контроль за их применением [10,28,29,30].

Заключение

Таким образом, в отделениях хирургической урологии необходимо регулярное проведение исследований направленных на выявление случаев послеоперационных инфекционных осложнений и факторов риска их возникновения, изучения практики использования антимикробных препаратов и оптимизация стереотипов их применения [11,27,29,30]. Локальные данные, полученные в таких исследованиях, необходимы для оптимизации мероприятий по профилактике послеоперационных инфекционных осложнений, что способствует уменьшению сроков госпитализации прооперированных пациентов и стоимости их лечения, и как следствие этого повышение качества оказываемых медицинских услуг [1,10,27].

Проведение углубленных исследований, направленных на рационализацию применения антибактериальных препаратов при урологических операциях, является актуальными и востребованными мероприятиями, направленными на обеспечение качественной и безопасной медицинской помощи для населения и государства в целом [1,10,27,30].

Литература

1. Славомирски Л., Ауразн А., Клазинга Н. Экономика безопасности пациентов: укрепление основанного на ценностях подхода к снижению вреда для пациентов на национальном уровне. Рабочие документы ОЭСР по вопросам здравоохранения, №96, Париж: Издательство ОЭСР; 2017. <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>
2. Брико Н.И., Брусина Е.Б., Зуева Л.П., Ефимов Г.Е., Ковалишина О.В., Стасенко В.Л., Фельдблюм И.В., Шкарин В.В. Эпидемиологическая безопасность – важнейшая составляющая обеспечения качества и безопасности медицинской помощи. Вестник Росздравнадзора. 2014;3:27-32.
3. Аполихин О.И. Международное эпидемиологическое исследование внутрибольничной инфекции почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов (PER, PEAP-STUDY). В кн.: Материалы XII съезда Российского общества урологов. Москва; 2012:122-123.
4. Результаты II исследования превалентности инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи в организациях здравоохранения Кыргызской Республики (апрель, 2018). 22.08.2018 <https://dgsen.kg/category/deyatelnost/upravlenie-profilaktiki-infekcionnY/infection-control/pps-hai>
5. Grabe M, Bartoletti R, Bjerklund Johansen TE et al. Guidelines on Urological Infections. European Association of Urology, 2015. www.uroweb.org/wp-content/uploads/19-Urological-infections_LR2.pdf.
6. Гусаров В.Г. Стратегия мониторинга и управления антибиотикорезистентности при лечении инфекции у хирургических больных в многопрофильном стационаре. [Автореф. дисс....докт. мед. наук]. Москва; 2017.
7. Бердеу И.С., Присакаръ В.И. Видовой состав и антибиотикорезистентность возбудителей гнойно-септических инфекций в многопрофильной больнице. Медицина в Кузбассе. 2013;2(2):38-42.
8. Акылова М.А. Микробный пейзаж и антибиотикорезистентность возбудителей инфекций мочевыводящих путей. В кн.: Сб. трудов XI конференции молодых учёных-медиков стран СНГ. Алматы. 2011:15-16.
9. Черненко Т.В., Годков М.А. «Проблемные» полирезистентные бактерии — возбудители внутрибольничных инфекций у пациентов в критических состояниях (обзор литературы). Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2015;3:30-35.
10. World Health Day 2011 – Antibiotic resistance: no action today, no cure tomorrow. <https://www.euro.who.int/en/about-us/whd/past-themes-of-world-health-day/world-health-day-2011-antibiotic-resistance-no-action-today,-no-cure-tomorrow/factsheets/information-for-health-professionals>.
11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Яковлев С.В., ред. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации. М.: Боргес; 2018. 92 с. [https://pharm-spb.ru/docs/lit/Infektologia_Strategia%20kontrolya%20antimikrobnai%20terapii%20\(ACCM,%202017\).pdf](https://pharm-spb.ru/docs/lit/Infektologia_Strategia%20kontrolya%20antimikrobnai%20terapii%20(ACCM,%202017).pdf)
12. Козлов Р.С., А.В. Голуб. Стратегия использования антимикробных препаратов Клин микробиол антимикроб химиотер 2011;13(4):322-334
13. Коза Н.М. Факторы риска и профилактика внутрибольничных инфекций мочевыводящих путей. Пермский медицинский журнал. 2015;1:135-140.
14. Smits H, Supachutikul A, Mate KS. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. Globalization and Health. 2014;10(1):65. <https://doi.org/10.1186/s12992-014-0065-9>
15. Кирилов А.Н., Чернецова Г.С. Причины нефрэктомии у больных с острым гнойным пиелонефритом. Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. 2016;16,(3):42-43.
16. Бережной А.Г., Винник Ю.С., Еришов А.В. Ретроспективное исследование инфекционных осложнений у пациентов с мочекаменной болезнью в послеоперационном периоде. Московский хирургический журнал. 2018;4(62): 45-50.

17. Белькова Ю.А., Рачина С.А., Козлов Р.С. Потребление и затраты на системные антимикробные препараты в многопрофильных стационарах Российской Федерации и Республики Беларусь: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования. *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотерап.* 2012; 14 (4): 322–341.
18. Yakovlev S.V., Beloborodov V.B., Suvorova M.P., Rudnov V.A. et al. ERGINI Study Group. Multicentre Study of the Prevalence and Clinical Value of Hospital-Acquired Infections in Emergency Hospitals of Russia. *Abstr. K-574. 54th ICAAC, Sept. 5–9, 2014, USA, Washington, DC.*
19. Перепанова Т.С. Значение инфекций, обусловленных образованием биопленок, в урологической практике. Эффективная фармакотерапия. *Урология и нефрология.* 2013;4(37).
20. Барканова О.Н., Реброва Е.В., Ильченко О.В., Шепелева Ю.Б., Кобец А.В. Анализ потребления антибактериальных препаратов в хирургических отделениях стационаров г. Волгограда в 2014 г. *Вестник ВолГМУ.* 2015;3(55):93-96.
21. Centers for Disease Control and Prevention <https://www.cdc.gov/>
22. Морозова Т.В., Лукина М.В., Андрушинина Т.Б., Чукина М.А. Анализ эффективности, рациональности и безопасности периоперационной антибиотикопрофилактики у пациентов хирургического профиля в многопрофильном стационаре. *Антибиотики и химиотерапия.* 2018; 63(9-10):39-47.
23. Рачина С.А., Белькова Ю.А., Козлов Р.С., Аникеев А.С., Толпыго А.В., Бурасова Е.Г., Ежова Л.Г., Елохина Е.В., Миценко В.М., Ни О.Г., Пенжоян Г.В., Свентицкая Е.Е., Стреж Ю.А. Одномоментное многоцентровое исследование использования антимикробных препаратов в российских стационарах: результаты проекта GLOBAL-PPS 2017. *Антибиотики и химиотерапия.* 2019;64(5-6):54-63.
24. Сухорукова М.В., Эйдельштейн М.В., Скленова Е.Ю., Иванчик Н.В. и др. и исследовательская группа «МАРАФОН» НИИ антимикробной химиотерапии ГБОУ ВПО СГМА Минздрава России, Смоленск, Россия. Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов *Pseudomonas aeruginosa* в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования МАРАФОН в 2011–2012 гг. *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* 2014;16(4): 273–279.
25. Фоминых С.Г. Рейтинг врачебных заблуждений при назначении антимикробных средств: ретроспективный анализ экспертной работы врача-клинического фармаколога. *Клин. микробиол. и антимикроб. химиотер.* 2017;19(1):73-79
26. Перепанова Т.С., Аполихин О.И., Козлов Р.С. Российские национальные рекомендации «Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов». В кн.: *Материалы XII съезда Российского общества урологов.* Москва; 2012:148-149.
27. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* 2022;3:27-31. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=13362>
28. Красножон Т.В., Дьяченко С.В., Адаев А.М., Бондаренко О.А. Фармакоэпидемиологический анализ использования антимикробных препаратов в многопрофильном хирургическом стационаре. *Дальневосточный мед. ж.* 2013; (3): 118–121.
29. Васькова Л.Б., М.В. Тяпкина, В.В. Колосов. Современная методология ВОЗ для оценки потребления лекарственных препаратов в стационаре. *Ведомости научного центра экспертизы средств медицинского применения.* 2012;2:55-59
30. Imankulova A, Zurdinova A, Djumalieva G, Sharaeva A, Baisekeev T, Orozalieva B, Yethindra V, Tagaev T. Evaluation of hospital-level antibiotic use in Kyrgyzstan between 2016 and 2019 based on the World Health Organization AWaRe classification. *Biomedicine* [cited 2022May21];42(2):307-13. Available from: <https://biomedicineonline.org/index.php/home/article/view/1234>

ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ЦИСТИТА У ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Т.З. Кожоналиев^{1*}, А.Ч. Усупбаев^{2**}, Н.Э. Джанузакова^{2***},
А.А. Жолборсов², А.А. Ниязов^{2****}

¹Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки
и повышения квалификации им. С.Б. Даниярова

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

doctor.turat@gmail.com

*<https://orcid.org/0000-001-7130-5539>

**<https://orcid.org/0000-0003-1926-384X>

***<https://orcid.org/0000-0001-5867-5260>

****<https://orcid.org/0000-0002-2851-8536>

Увеличение продолжительности жизни в мире сопровождается повышением распространенности возрастных патологических состояний. По данным ВОЗ, к 2030 году около 1,2 млрд. женщин будут находиться в периоде постменопаузы, что сопровождается развитием урогенитальных расстройств. Диагностика и лечение женщин с циститом в постменопаузальном периоде является не только медицинской, но и социально значимой проблемой, влекущей за собой как физическую, так и психологическую дезадаптацию. Целью исследования явились анализ и систематизация результатов современных научных исследований по вопросам диагностики и лечения цистита у женщин в постменопаузальном периоде. Изученные опубликованные данные 50 литературных источников, опубликованных за последние 10 лет в международных базах данных, посвященные проблеме диагностики и ведения цистита у женщин в постменопаузальном периоде. Экстрогенная недостаточность является основным предиктором развития цистита у женщин постменопаузального периода, что сопровождается различными урогенитальными расстройствами с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых органах нижней трети мочеполового тракта. В современных условиях стандартизация клинических проявлений цистита у женщин в постменопаузальном периоде особо актуальна и является оптимальным инструментом контроля качества лечения и оценки качества жизни.

Ключевые слова: цистит, менопауза, эстрогенодефицит, урогенитальные расстройства, цистит у женщин постменопаузального периода.

АЯЛДАРДЫН ПОСТМЕНОПАУЗАДАГЫ ЦИСТИТ ПРОБЛЕМАСЫНЫН
НЕГИЗГИ АСПЕКТТЕРИ

Т.З. Кожоналиев¹, А.Ч. Усупбаев², Н.Э. Джанузакова²,
А.А. Жолборсов², А.А. Ниязов²

¹С.Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик кайрадан даярдоо жана
квалификацияны жогорулатуу медициналык институту

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

Дүйнөдө жашоонун узактыгынын өсүшү жаш куракка байланыштуу патологиялык шарттардын таралышынын өсүшү менен коштолууда. ДСУнун маалыматы боюнча, 2030-жылга карата 1,2 миллиардга жакын аял заара-жыныс органдарынын бузулууларынын өнүгүшү менен коштолгон постменопауздук мезгилде болот. Постменопаузалдык мезгилде цистит менен ооруган аялдарды диагностикалоо жана дарылоо медициналык гана эмес, ошондой эле физикалык жана психологиялык жактан бузулууга алып келген социалдык маанилүү көйгөй болуп саналат. Изилдөөнүн максаты постменопаузадагы аялдардын циститинин диагностикасы жана дарылоосу боюнча заманбап илимий изилдөөлөрдүн натыйжаларын талдоо жана системалаштыруу болгон. Постменопаузадагы аялдарда циститти диагностикалоо жана башкаруу көйгөйү боюнча акыркы 10 жылда эл аралык маалымат базаларында жарыяланган 50 адабий булактардын изилденген жарыяланган маалыматтары. Эстрогендин жетишсиздиги постменопаузадагы аялдарда циститтин өнүгүүсүнүн негизги предиктору болуп саналат, ал заара чыгаруучу каналдын төмөнкү үчтөн бир бөлүгүнүн эстрогенге көз каранды органдарында атрофиялык жана дистрофиялык процесстердин өнүгүшү менен ар кандай урогениталдык бузулуулар менен коштолот. Заманбап шарттарда постменопаузадагы аялдарда циститтин клиникалык көрүнүштөрүн стандартташтыруу өзгөчө актуалдуу болуп саналат жана дарылоонун сапатына мониторинг жүргүзүүнүн жана жашоонун сапатын баалоонун эң мыкты куралы болуп саналат.

Негизги сөздөр: цистит, менопауза, эстроген жетишсиздиги, заара-жыныс органдарынын оорулары, постменопаузадагы аялдардагы цистит.

**MAIN ASPECTS OF THE PROBLEM OF CYSTITIS
IN POST-MENOPAUSAL WOMEN**

**T.Z. Kozhonaliev¹, A.Ch. Usupbaev², N.E.Djanuzakova²,
A.A. Zholborsov², A.A. Niiazov²**

¹Kyrgyz State Medical Institute of post-graduate training
and continuous education named after S.B. Daniyarov

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

The increase in life expectancy in the world is accompanied by an increase in the prevalence of age-related pathological conditions. According to WHO, by 2030, about 1.2 billion women will be in the postmenopausal period, which is accompanied by the development of urogenital disorders. Diagnosis and treatment of women with cystitis in the postmenopausal period is not only a medical, but also a socially significant problem that entails both physical and psychological maladaptation. The aim of the study was to analyze and systematize the results of modern scientific research on the diagnosis and treatment of cystitis in postmenopausal women. The studied published data of 50 literary sources published over the past 10 years in international databases on the problem of diagnosing and managing cystitis in postmenopausal women. Estrogen deficiency is the main predictor of the development of cystitis in postmenopausal women, which is accompanied by various urogenital disorders with the development of atrophic and dystrophic processes in the estrogen-dependent organs of the lower third of the urinary tract. In modern conditions, the standardization of the clinical manifestations of cystitis in postmenopausal women is particularly relevant and is the best tool for monitoring the quality of treatment and assessing the quality of life.

Key words: cystitis, menopause, estrogen deficiency, urogenital disorders, cystitis in postmenopausal women.

Актуальность

Современный научно-технический прогресс сопровождается стойким увеличением продолжительности жизни во всем мире. По данным Национального статистического комитета Кыргызской республики, численность населения старше трудоспособного возраста увеличилась за последние несколько лет на 24%. При этом численность женщин в Кыргызстане превышает численность мужчин в 2,3 раза, а продолжительность жизни на 8,2 года больше, чем у мужчин,

составляя 75,8 лет [1]. Необходимо отметить, что наряду с увеличением продолжительности жизни возрастает удельный вес возрастных изменений, приводящих к развитию патологических состояний. По данным ВОЗ, к 2030 году около 1,2 млрд. женщин будут находиться в периоде постменопаузы [2,3]. Данное состояние наиболее часто осложняется развитием цистита, которые составляют от 30% до 40% всех урогенитальных расстройств и

приводящие к стойкому снижению качества жизни пациенток и ограничению их социальной активности [3,4]. Необходимо отметить отсутствие в настоящее время единого алгоритма диагностики и ведения достаточно многочисленной категории больных - женщин с циститом в постменопаузальном периоде [3]. Таким образом, диагностика и лечение женщин с циститом в постменопаузальном периоде является не только медицинской, но и социально значимой проблемой, влекущей за собой как физическую, так и психологическую дезадаптацию [5,6,7].

Цель исследования: Анализ и систематизация результатов современных научных исследований по вопросам диагностики и оценки качества лечения цистита у женщин в постменопаузальном периоде.

Критерии исключения:

Нами были изучены опубликованные данные 50 литературных источников по проблеме диагностики и ведения цистита у женщин в постменопаузальном периоде за последние 10 лет. Из них, 12% составили отечественные публикации, 64% составили данные исследователей стран ближнего зарубежья, 44% стран дальнего зарубежья.

Результаты и обсуждение

Основным клиническим проявлением цистита у женщин с постменопаузальным периодом является дизурия [8,9,10,11].

Нарастание дизурических явлений у женщин отмечается в зависимости от длительности постменопаузы. При снижении уровня эстрогенов происходит инволюция эпителия мочевого пузыря, т.е. нижних мочевыводящих путей, где

имеются эстрогензависимые рецепторы. Следовательно, основным предиктором развития цистита у женщин постменопаузального периода является гормональный фактор. Эстрогенный дефицит приводит к снижению кровообращения в органах малого таза, что способствует ишемии тканей мочеполовой системы [3,12]. При снижении кровотока на 30% от исходной величины, возникает нарушение жизнеспособности тканей с последующим развитием трофических изменений слизистой оболочки [13,14,15]. В данной ситуации при объемном дефиците капиллярного кровотока повреждаются механизмы, регулирующие его ритмические изменения, что является ведущим патофизиологическим звеном развития нарушений микроциркуляции [13,14]. К ранним признакам расстройства микроциркуляции относят: местный спазм артериол, застойные процессы в венах, снижение интенсивности кровотока в капиллярном русле [3,15]. Все вышеперечисленное приводит к необратимым урогенитальным расстройствам.

Урогенитальные расстройства в менопаузе – симптомокомплекс вторичных осложнений, связанных с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых тканях и структурах нижней трети мочеполового тракта: мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна [15,16,17]. Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с

прогрессирующим эстрогенным дефицитом в мышцах, слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, мочевого пузыря и уретры, а также мышцах и связочном аппарате малого таза, обуславливает частое сочетание функциональных расстройств и симптомов цистита [13,15,18].

Урогенитальные расстройства могут проявляться рядом симптомов [13-20].

- Поллакиурия — учащение мочеиспускания (более 6 раз в сутки). По времени возникновения различают дневную, ночную и постоянную поллакиурию.

- Странгурия — затруднённое мочеиспускание, сопровождающееся болевыми ощущениями, тенезмами и чувством неполного опорожнения мочевого пузыря.

- Задержка мочеиспускания (ишурия) — невозможность самостоятельного опорожнения мочевого пузыря

- Никтурия — учащение позывов к мочеиспусканию в ночное время (более одного эпизода мочеиспускания за ночь).

- Цисталгия — учащенное, болезненное мочеиспускание, сопровождающееся чувством жжения в течение дня, часто ощущаются боли в области мочевого пузыря и рези в уретре при мочеиспускании (это ощущение может исчезать при переключении внимания).

- Неудержание мочи — непроизвольное выделение мочи при ургентном императивном позыве: непреодолимое желание к мочеиспусканию с укорочением промежутка времени (менее 10 секунд) от появления позыва до обязательного опорожнения мочевого пузыря;

императивный позыв может возникать при накоплении лишь небольшого количества мочи в мочевом пузыре.

- Недержание мочи — непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала без позывов на мочеиспускание.

Развитие симптомов поллакиурии, никтурии и цисталгии у женщин в постменопаузе зависит от связанных с эстрогенным дефицитом атрофических изменений, происходящих в уротелии, сосудистых сплетениях уретры, а возможно и иннервации их [13,15,20]. Учитывая выраженную атрофию уротелия, развитие “сенсорных” или “раздражающих” симптомов объясняют повышенной чувствительностью атрофической слизистой оболочки уретры, треугольника Льюиса к попаданию даже минимальных количеств мочи, вызывающей проявление указанных симптомов. Если роль эстрогенного дефицита в развитии атрофического вагинита и цистита установлена многочисленными исследованиями, то много разногласий и неясностей остается в определении причин и выборе оптимальной терапии при уже развившихся нарушениях мочеиспускания, особенно недержании мочи при напряжении, неотложном и смешанном недержании мочи [3,5,8]. Истинным недержанием мочи при напряжении, по определению Международного общества, изучающего проблемы удержания мочи (International Continence Society – I.C.S.), является “непроизвольная потеря мочи, объективно доказуемая и вызывающая социальные или гигиенические проблемы”. Как правило, потеря мочи

происходит при увеличении внутрибрюшного давления, когда внутрибрюшное давление и давление внутри мочевого пузыря превышают максимальное уретральное давление при отсутствии активного сокращения детрузора [3,4]. В отсутствие патологии максимальное уретральное давление должно превышать внутрипузырное давление все время, за исключением процесса мочеиспускания. В настоящее время является принятым мнение, что в основе истинного недержания мочи при напряжении лежит неполная передача внутрибрюшного давления на проксимальную уретру вследствие ее смещения из интраабдоминальной позиции [3,5,7].

Особенностью течения цистита у женщин в постменопаузальном периоде является развитие дизурических и воспалительных явлений без колонизации патогенной микрофлорой [3,4]. Мочевой пузырь у женщин является гормонозависимым органом, и нормальный клеточный уровень гормонов представляется одним из ключевых условий, необходимых для обеспечения всех физиологических функций мочевого пузыря, включая его природную антибактериальную функцию [10].

Частой причиной развития цистита у женщин в постменопаузальном периоде являются стресс и депрессивные состояния [15,19,22,23].

В развитии цистита у женщин в постменопаузальном периоде имеют место связанные с возрастом изменения стенок мочевого пузыря вследствие гормональных, метаболических и

неврологических нарушений. При присоединении инфекции их этиологических факторов чаще всего имеет место бактериальная составляющая, но в ряде случаев встречаются хламидии, микоплазмы, уреоплазмы, вирусы простого герпеса и т.д. [24]

Основное значение клинического обследования при цистите в постменопаузальном периоде заключается в постановке дифференциального диагноза относительно других урологических, гинекологических и неврологических заболеваний [14,15, 16, 25].

До настоящего времени специфические оценочные уровни цистита у женщин в постменопаузальном периоде отсутствуют [3,4]. При этом, информация о наличии и степени проявлений симптомов очень важна для стандартизации данных, как в клинических исследованиях, так и в клинической практике ведения пациенток с циститом в постменопаузальном периоде. При этом, необходимо отметить, что симптомы могут меняться с течением времени, и оценочный уровень для женщин будет зависеть от длительности течения симптоматики [5,6,7].

Важным диагностическим инструментом оценки клинических проявлений цистита у женщин в постменопаузальном периоде является дневник мочеиспусканий, который демонстрирует не только количество мочеиспусканий, но и объемы микций и общее количество суточной мочи [12,13,14,15]. Число микций должно

оцениваться относительно общего объема вырабатываемой за сутки мочи [16,17,18].

Объективная регистрация кровотока важна для оценки степени нарушений микроциркуляции и прогноза течения имеющихся патологических состояний. Для диагностики микроциркуляции в современной медицине многие авторы рекомендуют использовать такие методы, как биомикроскопия, изотопный метод, лазерная и высокочастотная ультразвуковая доплерография [3,18,19].

Интенсивность болевых ощущений при цистите и уровень, при котором они начинают влиять на качество жизни могут быть объективно зафиксированы посредством Визуальной аналоговой шкалы (VAS) [26, 27]. Визуальная аналоговая шкала позволяет проводить оценку интенсивности болевого синдрома оценивают при помощи линейки с диапазоном от 0 - «отсутствие боли» до 100 - «сильнейшая боль, какую можно только представить» [26,27].

Цистоскопия у пациенток с циститом в постменопаузальном периоде должна проводиться во всех случаях подозрения на цистит. Данный метод исследования особо актуален для проведения дифференциальной диагностики с опухолями мочевого пузыря, камнями и специфическими инфекциями [3,23]. При цистоскопии необходимо проводить оценку на наличие остаточной мочи, тонус, емкость и мочевого пузыря,

состояние устьев мочеточников, сосудистый рисунок.

Урофлоуметрия это скрининговый неинвазивный метод, позволяющий получать информацию о функциональном состоянии детрузора и регистрации объёмной скорости мочи во время акта мочеиспускания. С помощью урофлоуметрии суммарно определяется тонус, сократительная активность мышц и проходимость мочеиспускательного канала. Урофлоуметрия имеет огромное диагностическое значение в оценке состояния пациенток с циститом в постменопаузальном периоде [14-18].

Заключение

Таким образом, основным предиктором развития цистита у женщин постменопаузального периода является гормональный фактор [3,15]. Основными проявлениями цистита у женщин в постменопаузальном периоде являются урогенитальные расстройства, который связаны с развитием атрофических и дистрофических процессов в эстрогензависимых органах нижней трети мочевого тракта: мочевом пузыре, уретре, влагалище, связочном аппарате малого таза и мышцах тазового дна [3,14,15].

В современных условиях стандартизация клинических проявлений цистита у женщин в постменопаузальном периоде особо актуальна и является оптимальным инструментом контроля качества лечения и оценки качества жизни.

Литература

1. Национальный статистический комитет Кыргызской республики. <http://www.stat.kg/ru/news/mezhdunarodny-j-den-pozhilyh-lyudej-chislennost-zhenshin-starshe-trudosposobnogo-vozrasta-prevysila-chislennost-muzhchin-v-23-raza/>
2. Message on the International Day of Older Persons. Available from: [<http://www.un.org/ru/sg/messages/2013/olderpersonsday.shtml>], last accessed Apr. 23, 2022.
3. Вильцанюк И.А., Чернуха С.Н. Особенности дифференциального диагноза и лечения синдрома дизурии у женщин пре и постменопаузального возраста. Крымский терапевтический журнал. 2013; 2 (21):93-98.
4. Тюзиков И.А., Калинин С.Ю. Эндокринологические аспекты хронического цистита у женщин. Часть 1. Общие эндокринологические аспекты. Эксперимент. и клин. урология. 2016;(3):120–126.
5. Нотов К.Г., Новикова Е.Г., Феофилов И.В., Еркович А.А., Севрюков Ф.А., Нотов И.К., Митрофанов И.М., Селяницкая В.Г. Клиническая оценка тяжести течения хронического цистита у женщин разных возрастных групп. Журнал сибирских медицинских наук. 2019;2:94-105.
6. Данилов В.В., Лоран О.Б. Диагностика и лечение стрессовой и смешанной форм недержания мочи у женщин. Владивосток, 2012:220 с.
7. Тюзиков И.А., Гусакова Д.А., Калинин С.Ю. Особенности метаболического статуса и его влияние на частоту рецидивов хронического цистита у женщин (пилотное исследование). Эффективная фармакотерапия. 2018;2:10–15.
8. Bunn F., Kirby M., Pinkney E. Is there a link between overactive bladder and the metabolic syndrome in women? A systematic review of observational studies. Int J Clin Pract. 2015;69(2):199-217. doi:10.1111/ijcp.12518
9. Singh S., van Herwijnen I., Phillips C. The management of lower urogenital changes in the menopause. Menopause Int. 2013;19(2):77-81. doi:10.1177/1754045313481536
10. Курносова Н.В. Оптимизация лечебной и диагностической тактики у женщин с хроническим рецидивирующим бактериальным циститом: автореф. дис. ... к.м.н. Саратов, 2011.
11. Палагин И.С., Сухорукова М.В., Дехнич А.В., Эйдельштейн М.В., Шевелев А.Н., Гринев А.В. и др. Исследовательская группа «ДАРМИС». Современное состояние антибиотикорезистентности возбудителей внебольничных инфекций мочевых путей в России: результаты исследования «ДАРМИС» (2010–2011). Клиническая Микробиология. антимикробная химиотерапия 2012;14(4): 280-302.
12. Minardi D., d'Anzeo G., Cantoro D. Urinary tract infections in women: etiology and treatment options. Intern J General Med 2011; 4:333–334
13. Тюзиков И.А., Калинин С.Ю. Эндокринологические аспекты хронического цистита у женщин Экспериментальная и клиническая урология. 2016;(3):120-126. <https://elibrary.ru/item.asp?id=28870117>
14. Тюзиков И.А., Калинин С.Ю., Тишова Ю.А., Ворслов Л.О., Греков Е.А. Ноктурия как актуальная междисциплинарная проблема интегративной медицины XXI века: https://umedp.ru/upload/iblock/0ca/Tuziko_v.pdf

- эпидемиология и связь с возраст-ассоциированной коморбидностью. *Клиническая нефрология*. 2014;(5):48-55.
15. Baber R.J., Panay N., Fenton A. The Ims Writing Group. IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric* 2016;19(2):109-150.
16. Тюзиков И.А., Греков Е.А. Анетов С.С. Ворслов Л.О. Калинин С.Ю. Ноктурия: современные гендерные аспекты эпидемиологии, патогенеза и диагностики. *Экспериментальная и клиническая урология*. 2013;(3):113-122.
17. Тюзиков И.А. Эндокринологические аспекты патогенеза и фармакотерапии синдрома хронической урогенитальной неинфекционной боли у женщин. *Эффективная фармакотерапия. Эндокринология*. 2014;(9): 44-56.
18. Sturdee D.W., Pines A., Archer D.F., Baber R.J., Barlow D., Birkhäuser M.H. et al. Updated IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. *Climacteric* 2011; 14(3):302-320.
19. Liang C.C., Lee T.H., Chang S.D. Effects of sex hormones on cell proliferation and apoptosis in the urinary bladder muscle of ovariectomized rat. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2013;52(3):335-340.
20. Серов В.Н., Прилепская В.Н., Овсянникова Т.В. (Ред.). *Гинекологическая эндокринология*. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 512 с.
21. Mirmonsef P., Hotton A.L., Gilbert D., Gioia C.J., Maric D., Hope T.J. Glycogen Levels in Undiluted Genital Fluid and Their Relationship to Vaginal pH, Estrogen, and Progesterone. *PLoS One* 2016;11(4):e0153553.
22. Mirmonsef P., Modur S., Burgad D., Gilbert D., Golub E.T., French A.L. Exploratory comparison of vaginal glycogen and Lactobacillus levels in premenopausal and postmenopausal women. *Menopause* 2015;22(7):702-709.
23. Dennerstein G.J., Ellis D.H. Oestrogen, glycogen and vaginal candidiasis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2001;41(3):326-328.
24. Кожомкулова К.А., Иманкулова А.С., Усупбаев А.Ч. Частота развития инфекций мочевыводящих путей в хирургической урологии. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2022;(3):32-36. – EDN VNQKLH.
25. Гасайниева М.М., Мингазова Э.Н. Современные особенности распространенности уронефрологических заболеваний. В сборнике: *Сборник материалов республиканской научно-практической конференции "Актуальные вопросы оказания первичной медико-санитарной помощи населению"*. Казань, 5 октября 2018 г. Казань; 2018:12-14.
26. Pierce A.N., Christianson J.A. Stress and chronic pelvic pain. *Prog. Mol. Biol. Transl. Sci.* 2015. Vol. 131. P. 509-535.
27. Hawker G.A., Mian S., Kendzerska T., French M. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011; 63 Suppl 11: S 240-252.

**ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВЫВИХА
АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ****Ч.Ж. Келдибеков, С.А. Джумабеков**

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

chyntemir.k@inbox.ru

Аннотация. В данной статье рассмотрен клинический опыт оперативного лечения вывиха акромиального конца ключицы. Несмотря на развитие современных имплантов, совершенствованием техник операций, количество неудовлетворительных результатов на сегодняшний день остается высоким, и требуют дополнительного изучения проблемы. Целью данного исследования улучшить результаты лечения повреждений акромиально-ключичного сустава путем восстановления клювовидно-ключичной связки под контролем электронно-оптического преобразователя. Все 13 пациентов в исследуемых группах оперированы по поводу перелома ключицы в стационаре вторичного уровня. Авторами предложена методика малоинвазивного восстановления клювовидно-акромиальной связки путем введения через акромиальный и клювовидный отростки биодеградируемого винта под контролем электро-оптического прибора. Для оценки эффективности предложенного метода была использована шкала Constant, для определения боли использовалась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Результат в исследуемых группах показал высокую эффективность предложенного метода благодаря ранней активизации пациента, уменьшению срока пребывания в стационаре на 4 дня, ранней реабилитации и полного восстановления. Предложенный метод служит рекомендательным пособием для травматолого-ортопедической службы в нашей стране.

Ключевые слова: вывих ключицы, восстановление связок ключицы, остеосинтез.

АКЫРЕК СӨӨКТУН ЧЫГЫШЫН ОПЕРАЦИЯ ЖАСОО ЫКМАСЫ**Ч.Ж. Келдибеков, С.А. Джумабеков**

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

Корутунду. Бул макалада акромиалдык акыректин учунун чыгып кетүүсүнүн хирургиялык дарылоодогу клиникалык тажрыйбасы талкууланат. Заманбап импланттардын өнүгүшүнө, хирургиялык техниканын өркүндөшүнө карабастан, бүгүнкү күндө канааттандыраарлык эмес натыйжалардын саны жогору бойдон

калууда. Бул изилдөөнүн максаты акромиялдык акырек муундун жаракаттарын дарылоонун натыйжаларын электро-оптикалык түтүктүн көзөмөлүндө коракоид – акыректик байламталарды калыбына келтирүү аркулуу жакшыртуу болуп саналат. Изилдөө топторундгы бардык 13 бейтапка орто деңгээлдеги стационарда акырек сөөгүнүн сынуусунан операция жазалган. Авторлор электро-оптикалык башкарууну колдонуу менен акромиялдык жана коракоиддик процесстер аркылуу корако-акромиялдык байламталарды минималдуу-инвазивдик калыбына келтирүү ыкмасын сунуш кылышкан. Сунушталган ыкманын натыйжалуулугун баалоо үчүн Констант шкаласы, ал эми ооруну аныктоо үчүн визуалдык аналогдук шкала (ВАШ) колдонулган. Изилдөө жүргүзгөн топтордогу натыйжа бейтапты эрте активдештирүү, стационарда болуу мөөнөтүн 4 күнгө кыскартуу, эрте реабилитациалоо жана толук айыккандыктан сунушталган ыкманын жогорку натыйжалуулугун көрсөттү. Сунушталган ыкма биздин өлкөнүн травматологиялык жана ортопедиялык кызматы үчүн колдонмо болуп саналат.

Негизги сөздөр: акырек сөөктүн тайышы, акыректин тарамышын кайра жасоо, остеосинтез, электрондук оптикалык өзгөрткүч.

SURGICAL TREATMENT OF DISLOCATION OF THE ACROMIAL EXTREMITY OF CLAVICLE

Ch.Zh. Keldibekov, S.A. Dzhumabekov

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

Abstract. This article discusses the clinical experience of surgical treatment of dislocation of the acromial extremity of the clavicle. Despite the development of modern implants, the improvement of surgical techniques, the number of unsatisfactory results today remains high and requires additional study of the problem. The aim of this study is to improve the results of the treatment of injuries of the acromioclavicular joint by reconstructing the coracoclavicular ligament under the control of an image intensifier tube. All 13 patients in the study groups were operated on for a clavicle fracture in a secondary hospital. The authors proposed a technique for minimally invasive restoration of the coraco-acromial ligament by inserting a biodegradable screw through the acromial and coracoid processes using the control of an electro-optical device. To assess the effectiveness of the proposed method, the Constant scale was used, and the visual analogue scale (VAS) was used to determine pain. The result in the studied groups showed the high efficiency of the proposed method due to the early activation of the patient, 4 days reduction of the length of hospital stay, early rehabilitation and full recovery. The proposed method serves as a guideline for the traumatological and orthopedic service in our country.

Keywords: dislocation of the clavicle, restoration of the ligaments of the clavicle, osteosynthesis.

Введение

Первая операция на акромиальном конце ключицы была выполнена в 1861 году и с тех пор было предложено множество различных видов хирургического лечения с использованием новых имплантатов и материалов, что без сомнения позволило улучшить его результаты. Однако история хирургии вывихов акромиального конца ключицы — это не только совершенствование имплантатов, но и прежде всего эволюционное развитие понимания целей операции [1]. Вывихи акромиального конца ключицы являются актуальной проблемой современной хирургии, травматологии и ортопедии. В структуре повреждений опорно-двигательного аппарата частота вывихов акромиального конца ключицы составляет от 7 до 26,1% среди всех вывихов других локализаций и стоит на третьем месте после вывиха плеча и предплечья [2,3].

Большое распространение получили методики, основанные на реконструкции связок акромиально-ключичного сустава с применением прочных нерассасывающихся нитей [4,5]. Эти методики основаны на восстановлении клювовидно-ключичных связок, которые играют важную роль в стабилизации акромиально-ключичного сустава. Проведение нитей осуществляется открыто через большой разрез,

необходимый для доступа к клювовидному отростку. Указанные зоны доступны также при артроскопии плечевого сустава, что дает возможность проводить восстановление клювовидно-ключичной связки под артроскопическим контролем и уменьшает степень риска развития послеоперационных инфекционных осложнений [6,7,8,9].

Цель работы: улучшить результаты лечения повреждений акромиально-ключичного сустава путем восстановления клювовидно-ключичной связки.

Материал и методы: На базе отделения травматологии Таласской областной объединенной больницы прооперировано 13 мужчин со свежими повреждениями связок акромиально-ключичного сустава, которые составили основную группу. Контрольную же группу составили пациенты, оперированные традиционным методом открытого восстановления клювовидно-ключичной связки. Распределение больных по возрасту и по классификации Rockwood было следующим: III тип — 8 (60%), IV — 0 (0%), V — 2 (40%), VI — 0 (0%) (Табл.). Сроки после травмы составили от 2 до 5 суток. Классификация Rockwood наиболее точно описывает тип повреждения связок акромиально-ключичного сустава в связи с этим мы воспользовались именно ей (Рис. 1).

Таблица - Распределение больных по возрасту и по классификации Rockwood

Группы исследований	Возраст		Rockwood	
Основная	18-44	8	I	0
	45-59	3	II	2
	60-74	1	III	8
	75-90	1	IV	1
	90 и старше	0	V	2
			VI	0
Контрольная	18-44	7	I	0
	45-59	4	II	1
	60-74	2	III	8
	75-90	0	IV	3
	90 и старше	0	V	1
			VI	0

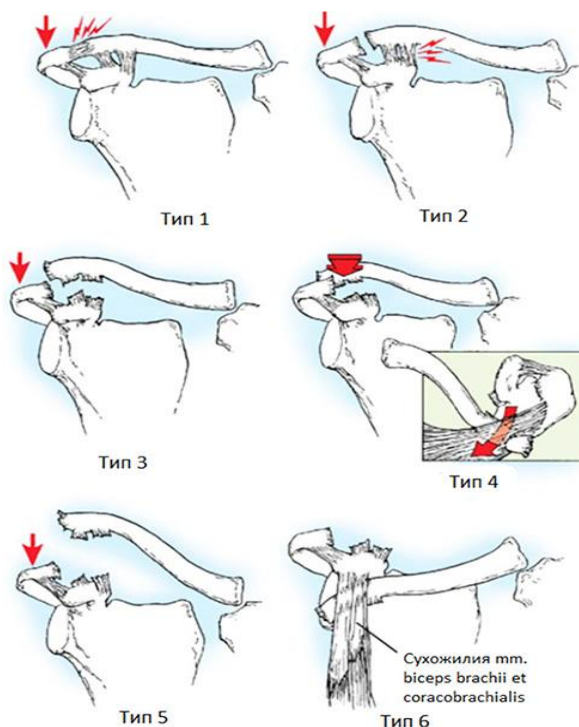


Рис. 1. Тип повреждения ключицы по классификации Rockwood.

В качестве метода лечения в основной группе было использовано восстановление клювовидно-ключичной связки при помощи биодеградируемых рассасывающихся винтов.

Под общим наркозом или проводниковой анестезией, после соответствующей обработки кожи

операционного поля спиртом в положении больного на спине, проводится спица Киршнера или Илизарова диаметром 2 мм с направлением сверху вниз, сзади на перед в области акромиального конца ключицы к клювовидному отростку лопатки под контролем электронно-оптического

преобразователя (ЭОП). Далее оценивается направление спицы с последующей корректировкой. Кожу в месте вхождения спицы расширяют скальпелем на 1 см. для проведения винта. Через спицу диаметром 2 мм. проводится канюлированный биодеградируемый винт с диаметром 4,3

мм. при помощи также канюлированной отвертки, после чего также делается снимок на ЭОП для визуализации состояния акромиального конца ключицы. При устранении вывиха спица Киршнера удаляется и накладывается 1 шов на кожу (рис. 2).

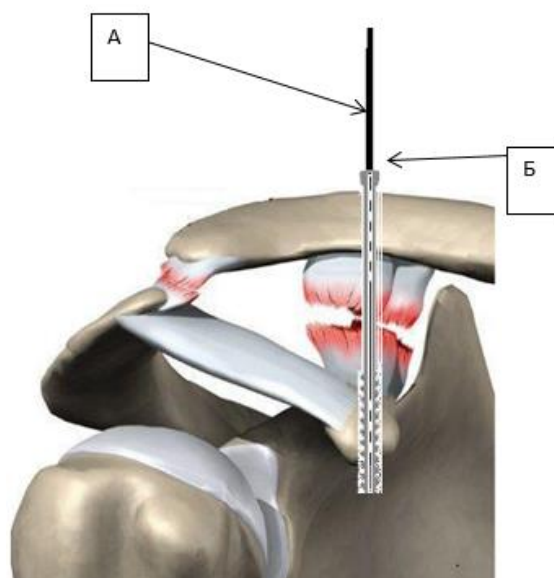


Рис. 2. Схема проведения спицы и канюлированного винта
А-спица; Б-канюлированный винт.

После операции руку фиксировали косыночной повязкой на 2–3 недели в зависимости от интенсивности боли. На следующие сутки после операции назначали лечебную физкультуру. Пациенту разрешали активные движения в суставах верхней конечности, за исключением сгибания и отведения в плечевом суставе больше 60°. Ограничение движений рекомендовали в течение 6 недель. Далее проводили курс лечебной физкультуры для восстановления полного объема движений. Полные физические нагрузки разрешали через 3 мес. после операции.

Результаты и их обсуждение

Функцию плечевого сустава оценивали с использованием шкалы Constant (Рис. 3). Интерпретация данной шкалы была следующей: > 27 хорошо\отлично; <27 удовлетворительно\плохо; максимальное значение -35 баллов. Отлично/хорошо-отражают удовлетворительный результат; удовлетворительно/плохо-неудовлетворительный результат.

Согласно этой шкале в основной группе у всех больных был отмечен удовлетворительный результат, в то время как в контрольной группе у 2 -х больных из-за ограничения активности

переднего сгибания был концу 1-х и началу 2-х суток
 неудовлетворительный результат. интенсивность боли по визуально-
 Стабильная фиксация и аналоговой шкале ВАШ составила от 0 до
 малотравматичность методики 3,5 баллов (2,6 в среднем), т.е. боль
 обеспечили отсутствие выраженного практически отсутствовала (Рис. 4).
 болевого синдрома после операции. К

Шкала Константа (*Constant Shoulder Score*)

ФИО врача _____ ФИО пациента _____

Ответьте на все вопросы, выбирая только один ответ, если не
 указано иное
 В течение предыдущих 4 недель

Боль	очень сильная	0
	сильная	5
	умеренная	10
	нет боли	15
Уровень активности (выберите подходя- щий ответ)	здоровый сон	да(2) нет (0)
	полноценный отдых/спорт	да (4) нет (0)
	полноценное выполнение обязанностей на работе	да (4) нет (0)
Уровень, до которого вы можете поднять руку на стороне по- раженного сустава	до уровня поясицы	2
	до уровня мечевидного от- ростка	4
	до уровня шеи	6
	до уровня макушки	8
	выше уровня головы	10
сила отведения (0,5 кг)	-0	0
	- 0,5-1,5	2
	- 2-3	5
	- 3,5-4,5	8
	- 5-6	11
	-6,5-7,5	14
	-7,5-9	17
	-9,5-10,5	20
	-11-12	23
	- >12	25

Рис. 3. Шкала Constant для оценки функции плечевого сустава.

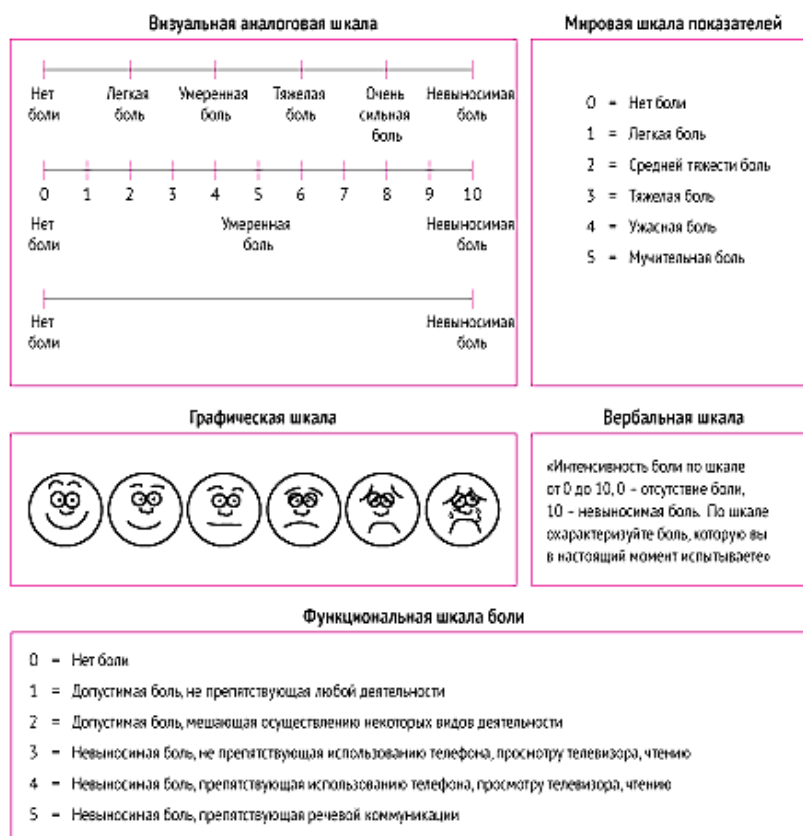


Рис. 4. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) интенсивности боли.

Средний срок пребывания больных в основной группе составил 2,5 дней, тогда как в контрольной группе он был 6,5 дней, в среднем срок пребывания в стационаре сократился на 4 дня. Опыт применения методики показал, что благодаря использованию ЭОП уменьшается травматичность операции, т.к. нет необходимости скелетировать ключицу и клювовидный отросток. Применение небольших разрезов для проведения спицы и винта (0,5 см) дало возможность обеспечить хорошие косметические результаты, что положительно оценено пациентами и снизило риск развития послеоперационных инфекционных осложнений.

Контрольное клиническое и рентгенологическое обследование проводили через 1 и 3 мес. после операции.

Заключение

Предложенный метод восстановления свежих повреждений акромиально-ключичного сустава показал хорошие результаты у всех прооперированных больных, уменьшением срока стационарного лечения на 4 суток, отсутствия повторной операции. Данная методика позволяет проводить раннюю мобилизацию поврежденной конечности, сократить сроки иммобилизации и период восстановления движений в плечевом суставе на 1 месяц, о чем свидетельствует оценка его функции в динамике. При проведении операций по описанной методике выполняют небольшие проколы (0,5 см), что обеспечивает хорошие косметические результаты. Позитивным моментом является малая операционная травма, т. к. не нужно выделять ключицу и надклювовидное пространство для

сверления в них канала и проведения фиксирующего устройства. Срок иммобилизации косыночной повязкой был не более 3 недель по сравнению с традиционным методом оперативного лечения. Движения в плечевом суставе у

всех пациентов удалось восстановить в полном объеме. Во всех случаях достигнуты хорошие и отличные результаты, рецидивы не отмечены, тогда как в контрольной группе в 2-х случаях был неудовлетворительный результат.

Литература

1. Егиазарян К.А., Лазишвили Г.Д., Ратьев А.П., Данилов М.А. Ответчиков Д.И. Оперативное лечение повреждений вращательной манжеты плечевого сустава. Кафедра травматологии и ортопедии. 2017;2:15-19. [Egiazaryan K.A., Lazishvili G.D., Ratiev A.P., Danilov M.A., Respondents D.I. Surgical treatment of injuries of the rotator cuff of the shoulder joint// Department of Traumatology and Orthopedics. 2017;2:15-19.] (in Russ.)
2. Столяров А. А. Малоинвазивный метод хирургического лечения вывиха акромиального конца ключицы. [дис. ... канд. мед. наук]. М.; 2011.152. <https://www.dissercat.com/content/malo-invazivnyi-metod-khirurgicheskogo-lecheniya-vyvikha-akromialnogo-kontsa-klyuchitsy>
3. Абдула Х.М. Оптимизация хирургического лечения повреждений акромиально-ключичного сустава. [Автореф. дис. канд. мед. наук.]. Уфа; 2003. <https://gigabaza.ru/doc/151029.html>
4. Beris A, Lykissas M, Kostas-Agnantis I, Vekris M, Mitsionis G, Korompilias A. Management of acute acromioclavicular joint dislocation with a double-button fixation system. *Injury*. 2013;44(3):288-292. doi:10.1016/j.injury.2013.01.002
5. Набиев Е.Н., Баубеков Ж.Т., Абилда Е.М., Халходжаев М.К., Тусупов Д.М., Турбеков Н.Т., Алпысбаев Б.Б. О классификации и механизме повреждения акромиально-ключичного сустава. *Вестник КазНМУ*. 2021;1.
6. Beitzel K, Mazzocca AD, Bak K, et al. Согласованное заявление Комитета по верхним конечностям ISAKOS о необходимости диверсификации классификации травм акромиально-ключичного сустава по шкале Роквуда. *Артрроскопия*. 2014;30(2):271-278. doi:10.1016/j.arthro.2013.11.005
7. Головаха М. Л., Шишка И. В., Забелин Н.К. Первый опыт хирургического лечения свежих вывихов акромиального конца ключицы под эндоскопическим контролем// *Ортопедия, травматология и протезирование*. 2015; 4: 11-15. [M. L. Golovakha, I. V. Shishka, and N. K. Zabelin, The first experience of surgical treatment of fresh dislocations of the acromial end of the clavicle under endoscopic control// *Orthopedics, Traumatology and Prosthetics*. 2015; 4:11-15.] (in Russ.)

8. *Иманкулова А.С., Джумалиева Г.А., Маанаев Т.И., Боронбаева Э.К., Орозалиева Б.К., Кульжанова А.А. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре. Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2022;3:27-31. [Imankulova A.S., Dzhumaliev G.A., Maanaev T.I., Boronbaeva E.K., Orozaliev B.K., Kulzhanova A.A. Quality management of medical care in a multidisciplinary hospital. International Journal of Applied and Fundamental. 2022;3:27-31] (in Russ.)*
9. *Иманкулова А.С., Кожомкулова К.А., Эмильбеков Ф.М., Толбашиева Г.У., Кудайбердиев А.А., Жумабаев А.Ж. Современные подходы улучшения практики применения антимикробных препаратов в хирургии. Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева. 2021;5-6:43-50. [Imankulova A.S., Kozhomkulova K.A., Kabaev B.A., Emilbekov F.M., Tolbashieva G.U., Kudaiberdiev A.A., Zhumabaev A.Z. Modern approaches to improve the practice of application of antimicrobial agents in surgery. Vestnik of KSMA named after I.K. Akhunbaev. 2021;5-6:43-50.] (in Russ.)*

**РАЗЛИЧИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОАГУЛОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ С
ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ****К.А. Ниязов**

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

kalys.nijazov.ru@gmail.com***<https://orcid.org/0000-0002-6946-1417>***

В течение многих лет исследования, посвященные различным компонентам крови, сердечно-сосудистой системы, легочной патологии в горных условиях занимали одно из ведущих мест в медицинской науке. В последние годы в связи с развитием горно-добывающего сектора, развитием туризма и ростом населения мы наблюдаем рост миграции в горные районы, что подталкивает нас на детальное изучение различных патологий в аспекте влияния горных условий. Цель исследования: определение особенностей лабораторных показателей красной крови и коагулограммы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением, у лиц, проживающих в горных условиях Кыргызской республики. Материалы и методы: в разработку включены 65 больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением, проживающих в Нарынской области (высокогорные условия) и городе Бишкек (условия низкогорья), которые находились на стационарном лечении в хирургических отделениях. В исследовании использовали данные анамнеза, результаты объективного и эндоскопического исследований, лабораторные данные и показатели состояния системы гемостаза. В результате исследования выяснено, что у пациентов язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, проживающих в условиях высокогорья отмечались более высокие показатели гемоглобина (на 8,2%), эритроцитов (на 6,5%), тромбоцитов (на 17,6%), тромбокрит (на 28%). В условиях высокогорья активность системы внешнего гемостаза выше, чем в группе пациентов группы низкогорья (на 17,8%). В условиях высокогорья активность системы внутреннего гемостаза выше, чем в группе пациентов группы низкогорья (на 26%).

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнения, кровотечение, горные условия, клиника, диагностика, тромбоциты, гемостаз.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТООЛУУ ШАРТТАРДА ЖАШАГАН ЖАРАЛУУ ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫК КАН АГУУ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДАГЫ КОАГУЛОГРАММАНЫН КӨРСӨТКҮЧТӨРҮНДӨГҮ АЙЫРМАЧЫЛЫКТАР

К.А. Ниязов

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

Көп жылдан бери тоо шартында кандын ар кандай компоненттерин, жүрөк-кан тамыр системасын, өпкө патологиясын изилдөө медицина илиминде алдыңкы орундардын бирин ээлеп келет. Акыркы жылдары тоо-кен тармагынын өнүгүшүнө, туризмдин өнүгүшүнө жана калктын санынын өсүшүнө байланыштуу биз тоолуу аймактарга миграциянын күчөшүнө күбө болдук, бул бизди тоо шарттарынын таасири боюнча ар кандай патологияларды деталдуу изилдөөгө түртөт. Изилдөөнүн максаты: ашказан жарасы жана он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган, Кыргыз Республикасынын тоолорунда жашаган адамдарда кан агуу менен ооругандардын коагулограмма көрсөткүчтөрүнүн мүнөздөмөлөрүн аныктоо. Материалдар жана методдор: иштеп чыгууга Нарын облусунда (бийик тоолуу шарттарда) жана Бишкек шаарында (жапыз тоолуу шарттарда) жашаган 65 ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы менен жабыркаган бейтап камтылган, алар хирургиялык бөлүмдөрдө стационардык дарылоодо болушкан. Изилдөөдө анамнездин маалыматтары, объективдүү жана эндоскопиялык изилдөөлөрдүн натыйжалары, лабораториялык маалыматтар жана гемостаз системасынын абалынын көрсөткүчтөрү колдонулган. Натыйжалар: изилдөөнүн натыйжасында бийик тоолуу шарттарда гемоглобиндин (8,2%ке), эритроциттердин (6,5%ке), тромбоциттердин (17,6%ке), тромбокриттин (28%ке) деңгээли жогору экени аныкталган. Бийик тоолуу шарттарда тышкы кан токтотуу системасынын активдүүлүгү жапыз тоолуу топтун бейтаптар тобуна караганда жогору (17,8%ке). Бийик тоолуу шарттарда ички гемостаз системасынын активдүүлүгү жапыз тоолуу топтун бейтаптар тобуна караганда жогору (26%ке).

Негизги сөздөр: ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы, татаалдашуу, кан кетүү, тоо шарты, клиника, диагностика, тромбоциттер, гемостаз.

**DIFFERENCES IN COAGULOGRAM PARAMETERS IN PATIENTS WITH
ULCERATIVE GASTRODUODENAL BLEEDING LIVING IN THE
MOUNTAINOUS CONDITIONS OF THE KYRGYZ REPUBLIC****K.A. Niiazov**

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

For many years, research on various components of blood, the cardiovascular system, and pulmonary pathology in mountainous conditions has occupied one of the leading places in medical science. In recent years, due to the development of the mining sector, the development of tourism and the growth of the population, we have seen an increase in migration to mountainous areas, which prompts us to study in detail various pathologies in terms of the influence of mountain conditions. Purpose of the study: to determine the characteristics of coagulogram parameters in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by bleeding, in persons living in mountainous conditions of the Kyrgyz Republic. Materials and methods: the development included 65 patients with gastric and duodenal ulcer complicated by bleeding, living in the Naryn region (high mountainous conditions) and the city of Bishkek (low mountainous conditions), who were hospitalized in surgical departments. The study used anamnesis data, the results of objective and endoscopic studies, laboratory data and indicators of the state of the hemostasis system. Results: as a result of the study, it was found that in high mountainous conditions there are higher levels of hemoglobin (by 8.2%), erythrocytes (by 6.5%), platelets (by 17.6%), thrombocrit (by 28%). In high mountainous conditions, the activity of the external hemostasis system is higher than in the group of patients in the low-mountain group (by 17.8%). In high mountainous conditions, the activity of the internal hemostasis system is higher than in the group of patients in the low-mountain group (by 26%).

Key words: ulcer of the stomach and duodenum, complications, bleeding, mountain conditions, clinic, diagnostics, platelets, hemostasis.

Введение

Гастродуоденальные кровотечения за последние годы не утратили своей актуальности, и вопрос их лечения так же остается актуальным в хирургии. По данным разных авторов летальность составляет от 5 до 14% [1, 2]. Наиболее частой причиной кровотечения на сегодняшний день остается язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, которая поражает лиц наиболее трудоспособного возраста и требует значительных затрат на лечение [3,4,5,6].

Принимая во внимание географическую специфику Кыргызской Республики, уровень населенности различных географических зон, появляется необходимость изучения механизмов гомеостаза и понимания репаративных процессов, происходящих в организме под влиянием факторов внешней среды, характерных для нашей страны [7, 8]. В Кыргызстане зоны среднегорья и умеренного высокогорья занимают самые большие площади – 29,2% и 33,9% соответственно от всей ее

территории, что суммарно составляет более половины площади страны, что делает актуальным изучение данного вопроса [7, 8].

Ранее исследования состояния системы гемостаза у животных (собаки, лабораторные крысы) и здоровых людей нашими учеными проводились более 40 лет назад. Ими были исследованы вопросы гемостаза в аспекте адаптационных механизмов и при этом установлено, что количество тромбоцитов у здоровых людей в процессе высокогорной адаптации увеличивается, тромбоцитарная формула меняется в сторону увеличения числа зрелых, физиологически более активных клеток [9,10,11,12,13].

Анализ данных литературы показывает, что исследования, посвященные диагностике, лечению и профилактике гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии достаточно, однако работ, связанных с изучением состояния системы гемостаза у больных, проживающих в горных условиях в доступной литературе не обнаружено [11,12,13].

Цель исследования: определение особенностей коагулограммы у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением у лиц, проживающих в горных условиях Кыргызской республики.

Материалы и методы

Для реализации цели были обследованы 65 пациентов с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, получавшие стационарное лечение в Нарынской

объединенной областной больнице из отдаленных районов и сел Нарынской области, расположенных в высокогорных зонах и в Городской клинической больнице №1 города Бишкек с 2016 по 2020 год.

Критериями включения являлись больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением проживающие в различных горных условиях Кыргызской Республики, в возрасте от 18 до 80 лет. Критериями исключения являлись больные с гастродуоденальным кровотечением на фоне злокачественных опухолей и с гастродуоденальными кровотечениями иной этиологии, пациенты до 18 лет. Дизайн исследования случай контроль.

Все исследуемые пациенты были распределены по географическому признаку на пациентов города Бишкек (представители низкогорья - 34 человека) и пациентов Нарынской области (представители высокогорья - 31 человек). Город Бишкек расположен на севере Кыргызстана, в Чуйской долине, у предгорьев Тянь-Шаня, в 40 км севернее Кыргызского хребта на высоте 760 м. над уровнем моря, что относит его к зоне низкогорья.

Все пациенты поступали в стационар в экстренном порядке и проходили общеклинические обследования: выяснение жалоб, анамнеза, объективный осмотр, общеклинические лабораторные и инструментальные методы исследования. Всем 65 пациентам была проведена коагулограмма с оценкой количества тромбоцитов, протромбинового индекса (ПТИ),

протромбинового времени (ПТВ), международного нормализованного отношения (МНО), фибриногена, активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) и времени свертывания для оценки состояния системы гемостаза. Практически у всех пациентов отмечалась общая слабость, головокружение, сердцебиение, холодный пот, рвота кофейной гущей, темный стул.

Результаты исследования

В процессе исследования мы выполняли анализ показателей крови

пациентов обеих групп и сделаны выводы, что уровень гемоглобина, эритроцитов и гематокрита достоверно выше в группе пациентов высокогорья. Так же отмечается, что разница в показателях имела место и в системе гемостаза, так отмечается, что количество тромбоцитов достоверно выше в показателях пациентов группы высокогорья. Так же отмечается разница в показателях тромбокрит, характеризующий процент тромбоцитарной массы в объеме крови. Показателей крови представлены в таблице 1

Таблица 1 - Показатели общего анализа крови у больных с гастродуоденальными кровотечениями

Показатели крови	Высокогорье	Низкогорье
Гемоглобин	125,1±2,36	103,8±3
Эритроциты	4,11±0,16	3,84±0,11
Лейкоциты	6,63±0,25	6,89±0,46
Лимфоциты	3,09±0,18	4,91±0,79
Mid	0,96±0,05	1,82±0,32
Gran	7,4±0,65	12,64±2,03
Гематокрит	34,16±1,62	33,65±0,98
MCV	80,28±1,74	83,13±2,12
MCH	26,21±0,7	27,81±1,57
MCHC	284,03±3,9	309,16±3,1
Тромбоциты	272,92±7,02	224,72±11,26
Тромбокрит	0,322±0,01	0,230±0,01

В ходе исследования мы так же проверяли показатели гемостаза для чего мы проверяли коагулограмму. Данные коагулограммы представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Показатели коагулограммы у больных с гастродуоденальными кровотечениями

Показатели	Высокогорье	Низкогорье
ПТВ сек.	11,4±0,10	13,9±0,17
МНО	1,03±0,01	1,28±0,01
ПТИ %	108,47±0,39	87,3±1,28
Фибриноген г/л	3,56±0,09	2,6±0,03

АЧТВ сек.	25,36±0,49	34,37±0,55
Начало свертывания сек.	63,38±2,38	99,11±1,85
Конец свертывания сек.	206,45±2,38	258,23±3,29

Анализируя данные таблицы можно прийти к выводу, что активность системы гемостаза в условиях высокогорья выше, чем в группе низкогорья. Это подтверждается показателями ПТВ, показывающий, что в условиях высокогорья оно быстрее и это говорит о том, что в условиях высокогорья скорость образования тромба, как и скорость гемостаза выше, чем у представителей низкогорья. ПТИ и МНО являются производными ПТВ и их показатели являются показателями внешнего пути свертывания и так же говорят о том, что в условиях высокогорья их активность выше. Количество фибриногена в крови высокогорцев так же подтверждает большую активность системы гемостаза. АЧТВ является показателем измерения эффективности внутреннего и общего пути свертывания и в нашем случае мы видим более высокую их активность, в сравнении с группой низкогорья. Время свертывания двух групп так же показывает более быструю свертываемость крови в условиях высокогорья.

Обсуждение результатов исследования

Анализируя данные общего анализа крови обеих групп отмечается более высокие показатели гемоглобина (на 8,2%), эритроцитов (на 6,5%), гематокрита (на 1,5%), тромбоцитов (на 17,6%), процента тромбоцитарной массы в объеме крови (на 28%) у группы высокогорцев. Так же стоит отметить, что

активность системы гемостаза в условиях высокогорья выше, чем в группе низкогорья. Это подтверждается показателями ПТВ, показывающий, что в условиях высокогорья оно быстрее и это говорит о том, что в условиях высокогорья скорость образования тромба, как и скорость гемостаза выше, чем у представителей низкогорья. ПТИ и МНО являются производными ПТВ и их показатели являются показателями внешнего пути свертывания и так же говорят о том, что в условиях высокогорья их активность выше на 17,8%. Количество фибриногена в крови высокогорцев так же подтверждает большую активность системы гемостаза. АЧТВ является показателем измерения эффективности внутреннего и общего пути свертывания и в нашем случае мы видим более высокую их активность (на 26%), в сравнении с группой низкогорья. Время свертывания двух групп так же показывает более быструю свертываемость крови в условиях высокогорья.

Выводы:

1. У группы высокогорцев отмечается более высокие показатели гемоглобина (на 8,2%), эритроцитов (на 6,5%), тромбоцитов (на 17,6%), процента тромбоцитарной массы в объеме крови (на 28%).

2. В условиях высокогорья активность системы внешнего гемостаза

на 17,8% выше сравнительно с пациентами низкогогорья.

3. В условиях высокогорья активность системы внутреннего

гемостаза на 26% выше, чем у пациентов группы низкогогорья.

Литература

1. Лазебник Л.Б., Гусенинадзе М.Г., Ли И.А., Ефремов Л.И. Эпидемиология язвенной болезни желудка и 12 п. кишки. *Терапевтический архив*. 2007; (2):12-16.
2. Narayanan M, Reddy KM, Marsicano E. Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection. *Mo Med*. 2018 May-Jun;115(3):219-224.
3. Гостищев, В.К., Евсеев М.А. Патогенез рецидива острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. *Хирургия*. 2004;(5):46-51.
4. Маев И.В., Самсонов А.А., Бусарова Г.А., Агапова Н.Р. Острые желудочно-кишечные кровотечения. *Лечащий врач*. 2003;(5). URL: <https://www.lvrach.ru/2003/05/4530293>
5. Тверитнева Л.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гастродуоденальных кровотечений. [автореф. дисс. канд. мед. наук]. Москва; 2009.
6. Иманкулова А. С., Джумалиева Г. А., Маанаев Т. И., Боронбаева Э.К., Орозалиева Б.К., Кульжанова А.А. Управление качеством медицинской помощи в многопрофильном стационаре. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2022;(3):27-31.
7. Азыкова, Э.К. Географическая и ландшафтная характеристика горных территорий. В кн.: Айдаралиев А.А., ред. Бишкек: Технология; 2001: 15-21.
8. Шаназаров А.С. Биоклиматическое зонирование территории Кыргызской Республики: методическое пособие. Бишкек; 1996. 31 с.
9. Исабаева В. А. Влияние на организм физических и химических факторов внешней среды на свертывающую систему крови. В кн.: Сб. науч. тр. Бишкек; 1999:58-62.
10. Миррахимов М.М., Раимжанов А.Р. Гематологические исследования на высотах Тянь-Шаня и Памира. *Адаптация человека*. Л., 1972:119–125.
11. Раимжанов А.А. Апластическая анемия и горный климат. Бишкек: Учкун; 2002. 302 с.
12. Elmira N. Mingazova et al., Risk Assessment as a Criterion of Environmental Stress., *Indo Am. J. P. Sci*, 2018; 05(09) <https://zenodo.org/record/1439332#.YoqZxqhBzIU>
13. Калиев М. Т., Иманкулова А. С., Джумалиева Г. А., Азимжанова М.Н., Толбашиева Г.У., Наралиев У.Т. Классификатор хирургических операций и манипуляций в системе финансирования медицинских услуг в Кыргызской Республике. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2022;30(2):318-321. DOI 10.32687/0869-866X-2022-30-2-318-321.

КОРОНАВИРУСНАЯ ДИАРЕЯ (COVID 19) У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**М.К. Беделбаев, З.К. Джолбунова, А.К. Мамбетова,
Е.А. Халупко, А. Акматов, О.С. Буханцева**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней, г. Бишкек, Кыргызская Республика

zura.djolbunova@mail.ru

Резюме. В работе дана клинико-эпидемиологическая характеристика коронавирусной диареи у 44 детей раннего возраста, получавших лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице за период 2020-2021 гг. В возрастной структуре детей с коронавирусной диареей преобладали дети старше 1 года 59,1%, дети первого года жизни составили 40,9%. Из других стационаров были переведены 56,8% детей, где лечились с диагнозом острая кишечная инфекция. Коронавирусная диарея у обследуемых детей сочеталась в 59,0% с вирусно-бактериальной пневмонией. Диагноз коронавирусной инфекции подтвержден обнаружением РНК SARS-CoV-2 в мазках из рото- и носоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Количественное определение прокальцитонина (ПКТ) крови определялось у 79,5% больных с секреторной диареей. В результате тест показал, что у 11 (25,0%) детей течение коронавирусной инфекции без бактериальных осложнений. Заболевание в основном протекало в среднетяжелой форме с благоприятным исходом. В результате выявлено, что секреторная диарея является одним из симптомов коронавирусной инфекции, а тяжесть состояния больных с диареей обусловлено с частым сочетанием вирусно-бактериальной пневмонии.

Ключевые слова: коронавирус, дети, ПЦР-диагностика, прокальцитонин, диарея, пневмония, тяжесть.

ЫМЫРКАЙ БАЛДАРДА КОРОНАВИРУС ИЧ ӨТКӨГҮ (COVID 19)

**М.К. Беделбаев, З.К. Джолбунова, А.К. Мамбетова,
Е.А. Халупко, А. Акматов, О.С. Буханцева**

И.К. Ахунбаева атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
балдардын жугуштуу оорулар кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иште 2020-2021-жылдар аралыгында Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар ооруканасында дарыланган 44 жаш баланын коронавирустук ич өткөк оорусунун клиникалык-эпидемиологиялык мүнөздөмөсү келтирилген.

Коронавирустук ич өткөк менен ооруган балдардын курактык түзүмүндө 1 жаштан жогорку балдар 59,1%, жашоонун биринчи жылындагы балдар 40,9% түздү. Балдардын 56,8% башка ооруканалардан которулуп, алар курч ичеги инфекциясы дарты менен дарыланган. Текшерилген балдарда коронавирустук ич өткөк 59,0% вирустук-бактериалдык өпкөнүн сезгениши менен айкалышкан. Коронавирустук жугуштуу оору дарты полимераздык чынжыр реакциясы (ПТР) аркылуу мурун-тамактан алынган тампондордо SARS-CoV-2 РНКсынын табылышы менен тастыкталды. Кандагы прокальцитонинди (ПКТ) сандык аныктоо суудай ич өткөк менен ооругандардын 79,5%да аныкталган. Жыйынтыгында анализ көрсөткөндөй, 11 (25,0%) балада бактериялык асқынууларсыз коронавирус инфекциясынын курсу бар. Оору жалпысынан жагымдуу натыйжа менен орточо түрүндө өттү. Жыйынтыгында суудай ич өткөк коронавирустук жугуштуу оорунун белгилеринин бири экени, ал эми ич өткөк менен ооругандардын абалынын оордугу вирустук-бактериалдык өпкөнүн сезгениши менен көбүнчө айкалышы аныкталган.

Негизги сөздөр: коронавирус, балдар, ПЦР аркылуу дарт аныктоо., прокальцитонин, ич өткөк, өпкөнүн сезгениши, оорунун оордугу.

CORONAVIRUS DIARRHEA (COVID 19) IN CHILDREN

**M.K.Bedelbaev, Z.K.Dzholbunova, A.K. Mambetova,
E.A.Khalupko, A.Akmatov, O.S.Bukhantseva**

Kyrgyz State Medical Academy named after. I.K. Akhunbaev, Department of Pediatric
Infectious Diseases, Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. Clinical and epidemiological characteristics of coronavirus diarrhea in 44 young children who were treated at the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital for the period 2020-2021. In the age structure of children with coronavirus diarrhea, children over 1 year of age dominated 59.1%, children in the first year of life accounted for 40.9%. Of the remaining hospitals, 56.8% were children who were diagnosed with an acute intestinal infection. Coronavirus diarrhea in the examined children in 59.0% was combined with viral-bacterial pneumonia. The diagnosis of coronavirus infection was confirmed by the detection of SARS-CoV-2 RNA in swabs from the oropharynx and nasopharynx by polymerase chain reaction (PCR). Quantitative determination of blood procalcitonin (PCT) was determined in 79.5% of patients with secretory diarrhea. As a result, the test showed that 11 (25.0%) children had a course of coronavirus infection without bacterial complications. The disease generally proceeded in a moderate form with a favorable outcome. As a result, it was found that secretory diarrhea is one of the symptoms of coronavirus infection, and the severity of the condition of patients with diarrhea is due to the frequent combination of viral-bacterial pneumonia.

Key words: coronavirus, children, PCR diagnostics, procalcitonin, diarrhea, pneumonia, severity.

Введение

В связи с вспышкой новой коронавирусной инфекции с эпицентром в г. Ухань в конце 2019 г. в Китайской Народной Республике (КНР) резко изменилась жизнь населения всей планеты. Эта вспышка приобрела характер пандемии, которая продолжается до настоящего времени [1,2]. Не смотря на то, что о возбудителе коронавирусной инфекции было известно еще в конце 2002 года, когда в Китае возник SARS-CoV, идентифицированный в 2003 году как причина вспышки тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). Позже в 2012 году коронавирусом возбудитель ближневосточного респираторного синдрома (БВРС-КоВ) был выделен как (БВРС, или MERS). Который выявлялся в течении одного сезона подъема респираторных заболеваний [3,4,5].

Последняя пандемия продолжается в течение двух лет, за это время выделены 7 мутированных генотипов коронавируса которые классифицированы ВОЗ в 2021 году по греческому алфавиту, последний из которых омикрон [6,7,8].

За эти 2 года появились в развитых странах вакцины, доступные для населения даже нашей страны, где нет условия для создания вакцины и иммунизация проводится вакцинами, предоставленными другими странами, так как успешность борьбы с пандемией зависит от уровня иммунизации населения всех стран, что до сих пор не удаётся достигнуть. [9,10]. В Кыргызской Республике на 24.01.2022 зафиксировано 195 820 случаев заболеваемости COVID-19 и 2 851 случаев летальности. С

появления штамма коронавируса «омикрон» увеличился удельный вес детей в возрастной структуре больных коронавирусной инфекции, изменился инкубационный период. Следует отметить, что каждый штамм коронавируса определяет быстроту распространения, локализацию поражения, тяжесть клинических проявлений, частоту неблагоприятных исходов болезней [11,12,13,14,15].

Таким образом, изучение особенностей течения коронавирусной диареи у детей будет способствовать повышению уровня диагностики, а также выбору правильной тактики лечения.

Цель работы: дать клинко-эпидемиологическую характеристику коронавирусной диареи у детей раннего возраста.

Материал и методы: Проведен анализ 44 историй болезни детей раннего возраста с коронавирусной диареей, получавших лечение в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в 2020-2021 гг. Диагноз коронавирусной инфекции был подтвержден обнаружением РНК SARS-CoV-2 в мазках из рото- и носоглотки методом полимеразной цепной реакции (ПЦР). Также проводились общеклинические, биохимические исследования крови, определение прокальцитонина (ПКТ) крови методом иммунофлюоресценции. По показаниям у тяжелых больных детей коронавирусной инфекции определяли D-димер для своевременного назначения антикоагулянтов. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS (описательная

статистика, определение средних величин, корреляционной связи).

Результаты и их обсуждение. Обследованы 44 детей больных коронавирусной инфекции и госпитализированных в РКИБ, у которых одним из ведущих синдромом болезни была диарея. В возрастной структуре детей с коронавирусной диареей

преобладали дети старше 1 года 26 детей (59,1%), дети первого года жизни составили 18 детей (40,9%), (рис. 1). Преобладание детей старше года, по-видимому, обусловлена расширением активности, коммуникации с другими лицами, что повышает риск заражения. Однако надо отметить, что в основном контакты были в семье.

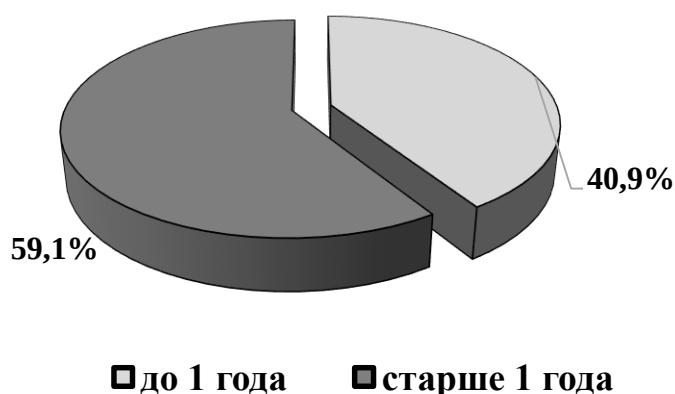


Рис. 1. Возрастная структура детей с коронавирусной диареей.

При детальном анализе возрастной структуры были получены следующие результаты: до 3 мес.-3 (6,8%) ребенка; от 3 до 6 мес.- 3 (6,8%), от 6 до 9 мес. – 4 (9,1%) ребенка, от 9 до 12 мес. 8 (18,2%) детей, с 1 года до 2 лет- 17 (38,6%) и с 2 до 3 лет – 9 (20,5%) детей.

Соотношение мальчиков 23 (52,3%) и девочек 21 (47,8%) с коронавирусной диареей было практически одинаковым. Большинство 35 (79,5%) детей были жителями города Бишкек и только 8 детей (20,5%) жителями села. Как показано на рис. 2 коронавирусная диарея у детей раннего возраста регистрировалась с апреля по июнь.

Из-за трудности дифференциальной диагностики 56,8% (25) детей были переведены из других детских стационаров, где лечились с диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), реже острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). Эти дети были переведены из других стационаров на $5,3 \pm 0,4$ день после получения положительного результата ПЦР теста на коронавирусную инфекцию. Отягощенный преморбидный фон был выявлен у 15 (34,2%) детей и был представлен: анемией у 12 (80,0%) детей, внутриутробные инфекции (ВУИ), гипоксически ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) у 2 (13,3%) и у одного ребенка была бронхиальная астма (6,7%).

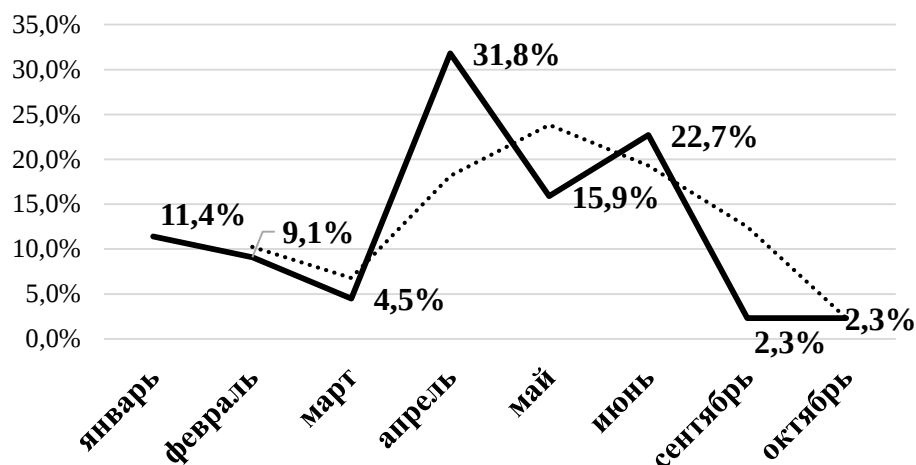


Рис. 2. Динамика заболеваемости секреторных диарей в зависимости от времени года.

До госпитализации в инфекционный стационар 22 (50,0%) ребенка уже получали антибактериальные препараты (ампициллин, азитромицин, антибиотики цефалоспоринового ряда) из-за симптомов бронхита и пневмонии, поэтому средняя продолжительность антибактериальной терапии составила 4-5 дней. Скорой медицинской помощью было доставлено 11 (25,0%) детей, и родители 7 (18,2%) больных обратились за мед. помощью самостоятельно. Все дети были госпитализированы в специализированные отделения, 2 ребенка по тяжести состояния были переведены в отделение реанимации и интенсивной терапии, где находились в течение $1,2 \pm 0,4$ дней. Диагноз коронавирусной инфекции был подтвержден методом ПЦР диагностики до поступления в инфекционный стационар у детей, переведенных из других больниц, у остальных детей (50%) в РКИБ.

У большинства 59,0% детей диарея сочеталась с коронавирусной пневмонией.

Начало заболевания было острым с повышения температуры тела и других симптомов интоксикации, кашля и диареи. Так, в основном 33 (75,0%) симптомы интоксикации были умеренно выраженными: лихорадка, отсутствие аппетита, беспокойство, слабость, реже выраженными 8 (18,2%) и у 3 (6,8%) интоксикация отсутствовала. У большинства 35 (79,5%) детей с коронавирусной инфекцией отмечалась субфебрильная лихорадка, у 9 (20,5%) детей температура тела повышалась до 39°C и выше, в течение $5,0 \pm 0,3$ дней. Матерей больных детей настораживало беспокойство на фоне температуры в течение $3,8 \pm 0,4$ дней у 32 (72,8%) наблюдавшихся у нас детей.

При объективном осмотре у каждого второго ребенка отмечалась бледность кожных покровов, за счет интоксикации, а также сопутствующей анемии (27,3%). У всех детей с коронавирусной инфекцией был сухой кашель и у большинства 26 (59,0%) детей одышка смешанного и экспираторного характера, из-за симптомов пневмонии. Следует отметить, что у 12 больных (25,0%) с

диареей предшествовало дисфункция кишечника повторная рвота. Длительность рвоты $1,5 \pm 0,3$ дня. При пальпации живота болезненность отсутствовала. Характер стула у детей с коронавирусной инфекцией был водянистый, без патологических примесей. Частота стула в среднем

составила $5,4 \pm 1,3$ раз в сутки, длительность $2,5 \pm 1,3$ дня.

При оценке тяжести коронавирусной инфекции у большинства 35 (79,6%) детей заболевание протекало в среднетяжелой форме, реже в тяжелой 4 (9,1%) и легкой 5 (11,3%) форме (рис. 3).

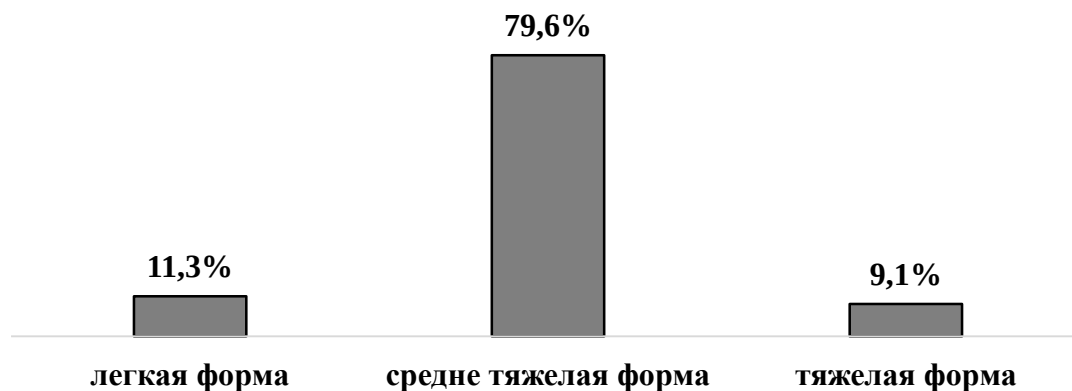


Рис. 3. Степень тяжести коронавирусной инфекции у детей раннего возраста с диареей.

В общем анализе крови у 6 (13,6%) детей показатели крови были в норме; лейкоцитоз с лимфоцитозом у 15 (34,1%); лейкоцитоз с нейтрофилезом выявлен у 17 (38,7%), из которых 12 (27,3%) со сдвигом влево; лейкопения выявлена у 3 (6,8%) детей. У 12 (27,3%) детей выявлена анемия (гемоглобин $111,2 \pm 12,1$ г/л). Из-за частой секреторной диареи, а также рвоты у 38 (86,4%) детей отмечалось повышение уровня остаточного азота; у 26 (59,1%) повышение креатинина. Количественное определение прокальцитонина крови проведено у 35 (79,5%) детей с секреторной диареей. В результате тест показал у 11 (25,0%) больных течение коронавирусной инфекции без бактериальных осложнений, у 12 (27,3%) – прокальцитонин в среднем был

$0,75 \pm 0,10$, что свидетельствует о наложении бактериальной инфекции

Все дети с секреторными диареями получали регидратационную терапию: план А (34,1%) – оральная регидратация, план Б (59,1%) – сочетание оральной и инфузионной терапии, план В (4,5%) – с поступления инфузионная терапия. Антибактериальную терапию получили 34 (77,3%) ребенка. В основном назначались антибиотики цефалоспоринового ряда (45,5%). Длительность антибактериальной терапии в среднем составила $4,7 \pm 3,5$ дней. Все дети с секреторными диареями получили регидратационную и симптоматическую терапию.

Все дети были выписаны из стационара с улучшением. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила $7,4 \pm 0,5$ дней

Таким образом, коронавирусная диарея чаще встречается у детей в возрасте от 1 года до 3 лет (59,1%) и является одним из симптомов коронавирусной инфекции. Тяжесть состояния детей с диареей обусловлена частым сочетанием с пневмонией 59,0%, которая была вирусно-бактериальной

этиологии. Увеличение частоты инфицирования коронавирусной инфекцией детей раннего возраста диктует необходимость разработки противовирусных препаратов, а также безопасных и удобных для детей вакцин против коронавирусной инфекции.

Литература

1. Болехан В.Н., Улюкин И.М., Пелешок С.А. Особенности развития эпидемии коронавирусной инфекции COVID-19. Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2020;(4):16-26. <https://doi.org/10.25016/2541-7487-2020-0-4-16-26>
2. Щелканов М.Ю., Попова А.Ю., Дедков В.Г., Акимкин В.Г., Малеев В.В. История изучения и современная классификация коронавирусов (Nidovirales: Coronaviridae). Инфекция и иммунитет. 2020;10(2):221-246. <https://doi.org/10.15789/2220-7619-HOI-1412>
3. Hui, David S. The continuing epidemic threat of novel coronaviruses to global health – the latest novel coronavirus outbreak in Wuhan, China. International Journal of Infectious Diseases. 2020 14 January;91:264-266. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.01.009>.
4. Wang Q.X., Zeng X.H., Zheng S.L. The nucleic acid test of induced sputum should be used for estimation of patients cure with 2019-n. Cov. Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2020;24(7):3437. https://doi.org/10.26355/eurrev_202004_20795
5. Talha Burki. The origin of SARS-CoV-2 variants of concern. The Lancet Infectious Diseases. 2022-02-01;22(2):174–175. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00015-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00015-9).
6. Changshuo Wei, Ke-Jia Shan, Weiguang Wang. Evidence for a mouse origin of the SARS-CoV-2 Omicron variant. Journal of Genetics and Genomics. 2021-12-01.;48(12):1111–1121. <https://doi.org/10.1016/j.jgg.2021.12.003>.
7. Rahul K. Suryawanshi, Irene P. Chen, Tongcui Ma Limited cross-variant immunity after infection with the SARS-CoV-2 Omicron variant without vaccination. 2022-01-17;2022.01.13.22269243. <https://doi.org/10.1101/2022.01.13.22269243v1>
8. Беликова Ю.А., Самсонов Ю.В., Абакушина Е.В. Современные вакцины и коронавирусные инфекции. Research'n Practical Medicine Journal. 2020;7(4):135-154. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2020-7-4-11>

9. Sifuentes Rodriguez E, Palacios Reyes D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 2020;77(2):47–53. <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000039>.
10. Khadija Khan, Farina Karim, Sandile Cele. Omicron infection of vaccinated individuals enhances neutralizing immunity against the Delta variant. 2022-01-28. 2021;12.27.21268439. <https://doi.org/10.1101/2021.12.27.21268439v2>
11. Мелехина Е.В., Горелов А.В., Музыка А.Д. Клинические особенности течения COVID-19 у детей различных возрастных групп. *Вопросы практической педиатрии*, 2020;15(2):7–20.
12. Намазова-Баранова Л.С. Коронавирусная инфекция (COVID-19) у детей (состояние на апрель 2020). *Педиатрическая фармакология*, 2020;17(2):85-93.
13. Lamers M, Beumer J, van der Vaart J. SARS-CoV-2 productively infects human gut enterocytes. *Science*. 2020;369(6499):50–4. <https://doi.org/10.1126/science.abc1669>
14. Wang F, Zheng S, Zheng C. Attaching clinical significance to COVID-19-associated diarrhea. *Life Sci.* 2020;260:118312. <https://doi.org/10.1016/j.lfs.2020.118312>
15. Zhou J, Li C, Liu X. Infection of bat and human intestinal organoids by SARS-CoV-2. *Nat. Medical*. 2020;26(7):1077–83. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0912-6>

ПОРАЖЕНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ COVID ИНФЕКЦИИ У ПОДРОСТКА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

**М.К. Мамбетова, Р.М. Кадырова, А.Т. Шаимбетов, А.М. Балабасова,
А.А. Абдрахманова, Ж.Ж. Жолдошбекова**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
кафедра детских инфекционных болезней
г. Бишкек, Кыргызская Республика

madina.mambetova.72@mail.ru

Резюме. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 у детей в большинстве случаев протекает легче, чем у взрослых пациентов, однако в сочетании с другими острыми инфекционными заболеваниями, фоновой патологией и нарушениями иммунной реактивности может представлять особую угрозу. По литературным данным, заболеваемость COVID-19 у детей составляет 1–11%. Неврологические нарушения при COVID-19 могут быть обусловлены «цитокиновым штормом», гипоксемией, нейротропностью и нейровирулентностью SARS-CoV-2. Анализ многочисленных публикаций, посвященных новой коронавирусной инфекции, с использованием баз данных PubMed, Scopus и Google Scholar свидетельствует о том, что в патологический процесс могут вовлекаться оболочки, сосуды и паренхима головного мозга. Что определяет необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению COVID-19 и его осложнений у детей.

В статье описан клинический случай тяжелого течения COVID-19, вызванный SARS-CoV-2 с поражением нервной системы у подростка.

Ключевые слова: подросток, энцефалит, коронавирусная инфекция COVID-19, SARS-CoV-2, пневмония.

ӨСПҮРҮМДӨГҮ КОВИД ИНФЕКЦИЯСЫ МЕНЕН НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫН ООРУСУ. КЛИНИКАЛЫК БАЙКОО

**М.К. Мамбетова, Р.М. Кадырова, А.Т. Шайымбетов, А.М. Балабасова,
А.А. Абдрахманова, Ж.Ж. Жолдошбекова**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Балдардын жугуштуу оорулар бөлүмү
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Балдарда COVID-19 жаңы коронавирустук инфекциясы көпчүлүк учурда чондорго караганда жеңилээрэк, бирок башка курч инфекциялык оорулар, фондо

патология жана иммундук реактивдүүлүктүн начарлашы менен айкалышып, өзгөчө коркунуч туудурушу мүмкүн. Адабият боюнча, балдардын COVID-19 оорусу 1-11% түзөт. COVID-19дагы неврологиялык бузулуулар SARS-CoV-2нин "цитокин бороонуна", гипоксемияга, нейротропизмге жана нейровирулентине байланыштуу болушу мүмкүн. PubMed, Scopus жана Google Scholar маалымат базаларын колдонуу менен жаңы коронавирус инфекциясы боюнча көптөгөн басылмалардын анализи патологиялык процесске мээ кабыктары, тамырлар жана мээ паренхимасы тартылышы мүмкүн экенин көрсөтүп турат. COVID-19 жана анын балдардагы кыйынчылыктарын дарылоодо мультидисциплинардык мамиленин зарылдыгын эмне аныктайт.

Макалада өспүрүмдүн нерв системасынын бузулушу менен SARS-CoV-2 менен шартталган оор COVID-19 клиникалык учуру сүрөттөлөт.

Негизги сөздөр: өспүрүм, энцефалит, коронавирустук инфекция COVID-19, SARS-CoV-2, пневмония.

NERVOUS SYSTEM DAMAGE FOR COVID INFECTION IN ADOLESCENT. CLINICAL CASE

**M.K. Mambetova, R.M. Kadyrova, A.T. Shaimbetov, A.M. Balabasova,
A.A. Abdrakhmanova, Zh.Zh. Zholdoshbekova**

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of Pediatric Infectious Diseases; Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The novel coronavirus infection COVID-19 in children in most cases is milder than in adult patients, however, in combination with other acute infectious diseases, background pathology and impaired immune reactivity, it can pose a particular threat. According to the literature, the incidence of COVID-19 in children is 1–11%. Neurological disorders in COVID-19 may be due to the “cytokine storm”, hypoxemia, neurotropism and neurovirulence of SARS-CoV-2. An analysis of numerous publications on the new coronavirus infection using the PubMed, Scopus, and Google Scholar databases indicates that the meninges, vessels, and brain parenchyma may be involved in the pathological process. This determines the need for a multidisciplinary approach to the treatment of COVID-19 and its complications in children. The article describes a clinical case of severe COVID-19 caused by SARS-CoV-2 with damage to the nervous system in a teenager.

Key words: adolescent, encephalitis, coronavirus infection COVID-19, SARS-CoV-2, pneumonia.

Введение. SARS-CoV-2 обладает полисистемным поражением, характеризуется высокой степенью неблагоприятных исходов. С начала пандемии коронавирусом в мире заразились около 305,2 млн. человек, почти 5,5 млн. умерли. В США за июль 2020 года у 100 тысяч детей был выявлен COVID-19, из них более чем у 90 детей болезнь имела летальный исход [1, 2, 3].

Научные исследования свидетельствуют, что для COVID-19 инфекции мишенью поражения также являются центральная и периферическая нервная система (энцефалит, энцефалопатии, др.). Новая коронавирусная инфекция способна вызывать инфекционно-токсическую энцефалопатию за счет тяжелой гипоксии и вирусемии. Для данной энцефалопатии характерны головная боль, преходящие нарушения сознания, судорожные реакции. В целом различная неврологическая симптоматика отмечается у 36,4% пациентов, пораженных SARS-CoV-2. Посмертные изменения головного мозга у пациентов, умерших от COVID-19, обнаруживают признаки отека мозга, атрофические изменения, вовлекающие преимущественно височные и лобные доли [4,5,6,7]. На фоне COVID-19 отмечается всплеск церебральной сосудистой патологии, развитие инсультов, характерно поражение черепно-мозговых нервов. По литературным данным, возникновение головных болей, связано с внедрением вируса в окончания тройничного нерва в носовой полости. Случаи тяжелого и критического течения COVID-19 чаще отмечают у детей с отягощенным преморбидным фоном (врожденные пороки развития, эндокринные заболевания, онкологические заболевания, иммунодефицитные состояния различного генеза, др.). Так, по данным литературы [8,9,10,11,12], сопутствующие заболевания выявлялись у 80% детей, госпитализированных в отделения реанимации и интенсивной

терапии. Летальность среди детей составила 4,2%.

В последние годы пандемии отмечается рост заболеваемости среди детей и подростков, что обусловлено низким процентом коллективного иммунитета, отсутствием специфических противовирусных препаратов для лечения и профилактики COVID-19, быстрым распространением и частотой тяжелых форм инфекции [13,14,15,16,17,18]. Поэтому для дифференциальной диагностики COVID-19 от других сезонных респираторных инфекций необходимо раннее проведение экспресс - диагностики, что будет способствовать усовершенствованию алгоритмов лечения и профилактики.

Целью работы явилось описание собственного наблюдения тяжелого случая течения COVID инфекции у подростка.

Клиническое наблюдение

Приводим описание собственного наблюдения тяжелого случая течения COVID инфекции у подростка. Пациент А., возраст 12 лет, находился на стационарном лечении в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) с 07.01.22г. по 16.01.22 (9 койко-дней) с клиническим диагнозом: U 07.1 Коронавирусная инфекция (COVID-19) тяжелая форма. Осложнение: Энцефалит. Правосторонняя пневмония. Сопутствующая патология: Анемия I степени.

Жалобы при поступлении на повышение температуры до 40,1°C., рвоту, головные боли, оглушенность,

нарушение речи, слабость, першение в горле, кашель, снижение аппетита. Пациент поступил в РКИБ на 5-й день болезни.

Из анамнеза жизни: ребенок от 5-й беременности, 3 родов (2 выкидыша). Беременность протекала физиологично, роды в 36 недель, самостоятельные, срочные. Масса при рождении 3100 г, длина 50 см., закричал сразу. Гнойно-септический анамнез без особенностей. Развитие по возрасту. Профилактические прививки согласно календарю, от гриппа вакцину не получал. Травмы отрицает. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит, пневмония. Аллергологический анамнез не отягощен. На диспансерном учете у специалистов не состоит.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что все члены семьи ребенка в течение последней недели перенесли острую респираторную вирусную инфекцию. Настороженности по поводу коронавирусной инфекции не было, обследование ПЦР на SARS-CoV-2 не проводилось. Являются жителями сельской местности.

Из анамнеза заболевания выявлено, что 03.01.22 г. у ребенка повысилась температуры тела 39,3°C., заложенность носа, насморк, головные боли, слабость, снижение аппетита. Лечение не получал, к врачу родители не обращались. 05.01.2022г. (3-й день болезни) состояние ребенка не улучшалось, высоко периодически лихорадил, сохранялись головные боли, была рвота 1 раз, кашель сухой, выросла слабость. Самостоятельно проводили лечение дома следующими препаратами: жаропонижающие (парацетамол, литическая смесь),

противовирусные (антигриппин), антибиотики (цефтриаксон) в течение 2-х дней. Утром 07.01.2022г. (5 день болезни) состояние ребенка ухудшилось, температура повысилась 40,1°C. появились оглушенность, судорожная готовность, рвота 1 раз, нарушение речи, вялость.

Родители с ребенком обратились в территориальную больницу по месту жительства за медицинской помощью. Учитывая тяжесть состояния, неврологическую симптоматику пациент был направлен в многопрофильный стационар г. Бишкек, после осмотра врачей приемного отделения ребенок перенаправлен в РКИБ.

При поступлении в РКИБ пациент сразу госпитализирован в отделение реанимации (ОРИТ) по тяжести состояния, где получал лечение в течение 4-х дней. Состояние ребенка в ОРИТ оценивалось как тяжелое обусловленное выраженными симптомами интоксикации, неврологической симптоматикой. Сознание оглушенное, по шкале Глазго 12-13 баллов: глаза открывает на просьбу (Е-3б), речь нарушенная, спутанная и медленная (V-4б), целенаправленные движения в ответ на боль (М-6б). Ребенок адинамичный, апатичный, вялый. Зрачки средней величины, фотореакция нормальная, D=S. Защитные рефлексы (кашлевой, глоточный) сохранены. Оболочечные знаки сомнительные. Лицо симметрично, в проекции угла рта опущение слева, язык отклонен влево.

Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски, сыпи и геморрагий нет. Кожная складка расправляется быстро.

Слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Мышечный тонус диффузно снижен, двигательная активность в конечностях симметричная. Время капиллярного наполнения 3 сек. Дыхание самостоятельное, адекватное. Над легкими выслушивается жесткое дыхание слева, справа ослабленное. Частота дыхания 22 мин. Кашель малопродуктивный. SpO₂ 93%. Тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика относительно устойчивая. Пульс на периферических сосудах удовлетворительного наполнения, ритмичный. Частота пульса 118 мин. Артериальное давление 118/75 мм.рт.ст. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стула не было 4 дня. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Предварительный диагноз: Энтеровирусная инфекция тяжелая форма. Менингоэнцефалит? Не исключается COVID инфекция, вызванная SARS-CoV-2 ?

В ОРИТ получал лечение с 7.01.2022г. по 10.01.2022г. Антибактериальную терапию (цефтриаксон), ГКС (дексаметазон с 8.01.2022.), инфузионную терапию с целью дегидратации, дезинтоксикации, симптоматическую терапию.

Больному проведены общеклинические, биохимические и инструментальные методы исследования: в общем анализе крови – выявлена анемия I степени. Гемоглобин -107 г\л; эритроциты - 3.7×10^{12} \л; цветовой показатель - 0.86; тромбоциты - 302;

лейкоциты - 4.4×10^9 \л; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 49%; лимфоциты - 44%; моноциты - 5%; скорость оседания эритроцитов -15 мм/ч; анизоцитоз (+), пойкилоцитоз (+).

Определение уровня прокальцитонина (ПКТ) - 0,33 (↑), маркера воспаления, свидетельствующего сочетанной вирусно-бактериальной инфекции. Свертывающая система крови (ССК): время рекальцификации (АЧТВ) - 72"; протромбиновое время - 19; протромбиновый индекс - 94,9%; фибриноген - 325 мг%; тромботест - III ст.; этаноловый тест (положительный); Тест на Д-димер - 0,3 мг/л.

На 2-е сутки лечения в ОРИТ, 8.01.2022 г. (6-й день болезни) состояние ребенка остается тяжелым, за счет симптомов интоксикации, продолжал фебрильно лихорадить. Неврологическая симптоматика сохраняется. Сознание оглушенное, речь нарушена. Определяются оболочечные знаки (ригидность затылочных мышц положительная, симптом Кернига сомнительный). С лечебно-диагностической целью проведена спинномозговая пункция. Получен ликвор в количестве - 3 мл, цвет - бесцветный, прозрачность полная, цитоз - 4 клетки в 1 мл.³, белок - 0,024 г\л., глюкоза - 4,0, хлориды – 102 ммоль\л. Качественные реакции Нонне–Аппельта, реакция Панди - отрицательные. Клинико-лабораторные признаки свидетельствовали о течении энцефалита неуточненной этиологии (вероятно, вирусного генеза).

УЗИ внутренних органов и брюшной полости (08.01.2022г.): гепатомегалия,

дискинезия желчевыводящих путей. Описание. Печень толщина правой доли - 98 мм, контур ровный, паренхима мелкозернистая, однородная, эхогенность средняя, вены и внутривенные протоки не расширены, диаметр воротной вены - 6 мм, общий печёночный проток не расширен - 2 мм. Очаговая патология не выявлена. Желчный пузырь: деформированный формы, стенки не утолщены, содержимое гомогенное. Поджелудочная железа: не увеличена, головка - 11 мм, тело - 8 мм, хвост - 12 мм, паренхима мелкозернистая, однородная, без очаговых изменений, Вирсунгов проток не расширен. Селезёнка: не увеличена, структурные и очаговые изменения не выявлены, размеры: 61x24 мм, селезёночная вена 3 мм. Почки: расположены в типичном месте, не увеличены, правая почка - 82x31 мм, левая почка - 83x31 мм, паренхима обеих почек однородная - 10 мм, ЧЛС с обеих сторон не расширена, дополнительных включений нет.

Биохимические исследования крови от 08.01.2022 г.:

Печеночные пробы: общий билирубин - 10 ммоль/л; прямой билирубин - 4 ммоль/л; непрямой билирубин - 6 мкм/л; АЛТ - 28 Ед/л; АСТ - 31 Ед/л;

Азотистый обмен: мочевины в крови - 4,8 ммоль/л; креатинин - 67 мкмоль/л; остаточный азот - 14,5 м/л; Общий белок - 61 г/л; Альбумины - 44 г/л; Глюкоза - 5,2 ммоль/л. Электролиты крови: Са - 2,2 ммоль/л; К - 4,0 ммоль/л; Na - 137 ммоль/л; Mg - 0,9 ммоль/л.

Рентген органов грудной клетки. Заключение. Правосторонняя пневмония.

Описание. На прямой обзорной рентгенограмме грудной клетки определяется обогатление легочного рисунка и инфильтрация справа. Корни легких расширены. Синусы свободные, купол диафрагмы ровный. Сердце без особенностей.

На 3-й день пребывания в ОРИТ (9.01.2022г.) проведена магнитно - резонансная томография (МРТ) головного мозга. Заключение. МРТ-данные соответствуют энцефалиту. МР-признаки пристеночного сфеноидита.

Обследование в режиме FLAIR, DWI, T₂-WI, T₁-WI, в аксиальной, сагиттальной, коронарной плоскостях на аппарате PHILIPS INGENIA 1,5T.

Описание. В средней и нижней лобной извилинах и предцентральной извилинах, надкраевой, угловой извилинах, а также в теменно-затылочной борозде левого полушария головного мозга определяются очаги усиления МР-сигнала на DWI по типу цитотоксического отека размерами от 2,0 до 10,0 мм. Срединные структуры полушарий головного мозга симметричны. Желудочки мозга не расширены. Форма их не изменена. ЦОБЖ - правый 6,5 мм и левый 7,0 мм, III желудочек размером 2,0 мм, IV желудочек - 11,0x8,0 мм. Водопровод мозга проходим. Субарахноидальное пространство не расширено. В гиппокампальной области патологических изменений не выявлено, гиппокампы симметричной структуры. В базальных ядрах, внутренней капсуле, таламусах и мозолистом теле не определяется изменений МР-сигнала. Очаговых изменений МР-сигнала в

стволе мозга не определяется. Размеры гипофиза не увеличены, МР-сигнал не изменен. Турецкое седло и параселлярные структуры без особенностей. Структура обоих полушарий мозжечка без очаговых патологических образований. Борозды не расширены. Краниовертебральный переход без особенностей. Внутренние слуховые проходы не расширены, симметричны. Усиление МР-сигнала от неравномерно утолщенной слизистой оболочки основной пазухи. Остальные околоносовые пазухи и ячейки сосцевидных отростков височных костей развиты правильно.

Мазок ПЦР из носоглотки на SARS-CoV-2- положительный (9.01.2022г.). Анализы пациента в динамике: ПКТ - 0,4 (↑); ОАК – лейкоциты $9,4 \times 10^9/\text{л}$ (↑); нейтрофилез -57 %, СРБ-16 (↑), глюкоза – 6,3 (↑), что требовало продолжить дальнейшее лечение.

На 4-й день лечения в ОРИТ (10.01.2022г.) отмечалась положительная динамика, в связи с чем пациент переведен в профильное отделение с клиническим диагнозом: U 07.1 Коронавирусная инфекция (COVID-19) тяжелая форма. Осложнение: Энцефалит. Правосторонняя пневмония без дыхательной недостаточности. Сопутствующая патология: Анемия I степени.

При динамичном наблюдении в отделении отмечалось дальнейшее улучшение состояния ребенка, лихорадка

купирована на 4-е сутки лечения, кашля нет, аускультативно изменения в легких отсутствовали, менингеальные и очаговые симптомы не определялись на 8 сутки лечения. В динамике тенденция снижения СРБ – 6, ПКТ - 0,2 нг\мл. При контрольном исследовании мазка из ротоглотки методом ПЦР (PHK) SARS-CoV-2 не определялся (от 15.01.2022). Пациент выписан из стационара в удовлетворительном состоянии.

Заключение

В данном случае коронавирусная инфекция COVID-19 у подростка с отягощенным фоном характеризовалось маловыраженными и неспецифичными симптомами, напоминающими клинику респираторной инфекции с поражением нижних отделов дыхательных путей. Течение коронавирусной инфекции характеризовалась тяжелым течением с лихорадкой до $40,1^{\circ}\text{C}$., развитием пневмонии, раннему поражению ЦНС в виде энцефалита, воспалительными изменениями в анализе крови, такими как повышение неспецифических маркеров воспаления (СОЭ, СРБ), склонность к коагулопатии. Таким образом, коронавирусная инфекция может также поражать центральную нервную систему, способствует развитию гипоксии, вирусемии, энцефалита, энцефалопатии, что требует своевременной диагностики и лечения.

Литература

1. Иванова Г.П. Лейкоэнцефалиты у детей: дифференциально-диагностические, патогенетические и терапевтические аспекты. [Автореф. дис. докт. мед. наук]. СПб.; 2012. 44 с.
2. Desforages M, Le Coupanec A, Dubeau P, et al. Human Coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses*. 2019;12(1):14. <https://doi.org/10.3390/v12010014>.

3. Das G, Mukherjee N, Ghosh S. Neurological insights of COVID-19 pandemic. *ACS Chem Neurosci*. 2020;11(9):1206–1209. <https://doi.org/10.1021/acschemneuro.0c00201>.
4. Dixon L, Varley J, Gontsarova A, Mallon D, et al. COVID-19-related acute necrotizing encephalopathy with brain stem involvement in a patient with aplastic anemia. *Neurol Neuroimmunol Neuroinflamm*. 2020;7(5):e789. <https://doi.org/10.1212/NXI.0000000000000789>
5. Cardona GC, Quintana Pájaro LD, Quintero Marzola GC, et al. Neurotropism of SARS-CoV 2: mechanisms and manifestations. *J Neurol Sci*. 2020; 412:116824. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116824>.
6. Shekerdemian LS, Mahmood NR, Wolfe KK, Riggs BJ, Ross CE, McKiernan CA et al. Characteristics and Outcomes of Children With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Infection Admitted to US and Canadian Pediatric Intensive Care Units. *JAMA Pediatrics* 2020. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1948>
7. Временные методические рекомендации МЗ РФ «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» Версия 7 (03.06.2020)
8. Brodin P. Why is COVID-19 so mild in children? *Acta Paediatrica*. 2020;109(6):1082-1083. <https://doi.org/10.1111/apa.15271>
9. Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li J, Qu J, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. *N Engl J Med*. 2020. <https://doi.org/10.1056/NEJMc2005073>
10. Cao Q. et al. SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2020; 119(3):670. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2020.02.009>
11. Dong Y. et al. Epidemiology of COVID-19 among children in China. *Pediatrics*. 2020. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0702>
12. Xia W. Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. *Pediatric Pulmonology*. 2020; 55(5):1169—1174. <https://doi.org/10.1002/ppul.24718>
13. Carlotti AP. COVID-19 Diagnostic and Management Protocol for Pediatric Patients. *Clinics*. 2020; 75. <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2020/e1894>
14. Hong H. et al. Clinical characteristics of novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) in newborns, infants and children. *Pediatrics & Neonatology*. 2020. <http://doi.org/10.1016/j.pedneo.2020.03.001>
15. Wei M. et al. Novel coronavirus infection in hospitalized infants under 1 year of age in China. *JAMA*. 2020; 323(13):1313—1314. <http://doi.org/10.1001/jama.2020.2131>
16. Cai J. A Case Series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clinical Infectious Diseases*. 2020. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa198>
17. CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) — United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb. Mortal. Wkly Rep*. 2020; 69:343—346.
18. Горелов А.В. Новая коронавирусная инфекция COVID-19: особенности течения у детей в Российской Федерации. *Педиатрия*. 2020; 99(6):57—62.

**ЭТИОСТРУКТУРА И АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ
ПНЕВМОТРОПНЫХ ПАТОГЕНОВ ПРИ ВЕНТИЛЯТОР-
АССОЦИИРОВАННЫХ ПНЕВМОНИЯХ
У ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ ДВУХ МЕСЯЦЕВ**

Ф.Р. Насирдинов

Кыргызско-Российский Славянский Университет,
медицинский факультет, кафедра педиатрии, г. Бишкек, Кыргызская Республика

picaso-uz@mail.ru

Резюме. Изучена этиоструктура вентилятор-ассоциированных пневмоний (ВАП) и антибиотикорезистентность пневмотропных патогенов у больных детей первых двух месяцев жизни.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования явились 98 детей с ВАП. Забор биоматериала из эндотрахеальной трубки проводился разработанной нами защищенной методикой через вакуум-аспиратор, исключающей риск контаминации. При микробиологическом исследовании использовались следующие питательные среды: 5% кровяной агар, шоколадный агар, желточно-солевой агар, среда Сабуро, Среда Эндо. Результаты: в этиоструктуре ИВЛ-ассоциированных пневмоний преобладает грамотрицательная флора (53,42% против 31,96%, $p < 0,05$) практически в равных соотношениях как у доношенных, так и недоношенных детей ($p > 0,05$). Выявлена высокая резистентность пневмопатогенной грамположительной микрофлоры ко всем широко применяемым в неонатологии антибиотикам: пенициллинам, цефалоспорином 2-го и 3-го поколения, макролидам 1-го поколения. Грамотрицательная пневмопатогенная микрофлора резистентна почти ко всем антибиотикам, применяемым в неонатологической практике.

Ключевые слова: Вентилятор-ассоциированная пневмония, антибиотикочувствительность, антибиотикорезистентность, грамм-положительная микрофлора, грамм-отрицательная микрофлора, новорожденные дети, недоношенный, доношенный, реанимационное отделение, дети до двух месяцев.

**КУРАГЫ БИРИНЧИ ЭКИ АЙЛЫК БАЛДАРДА ӨПКӨНҮ ЖЕЛДЕТҮҮ
МЕНЕН БАЙЛАНЫШКАН ПНЕВМОНИЯДА ПНЕВМОТОПТУК
КОЗГОГУЧТАРДЫН АНТИБИОТИКТЕРГЕ ТУРУКТУУЛУГУ
ЖАНА ЭТИОСТРУКТУРАСЫ**

Ф.Р.Насирдинов

Кыргыз-Россия Славян университетинин,

медициналык факультети, педиатрия кафедрасы, Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Жыйынтык. Курагы биринчи эки айдагы балдарда өпкөнү желдетүү менен байланышкан пневмонияда пневмотроптук оору козгогучтардын антибиотиктерге болгон туруктуулугу жана этиоструктурасы изилденди.

Материалдар жана изилдөө ыкмалар. Изилдөө объектиси болуп өпкөнү желдетүү менен байланышкан пневмониялуу 98 бала болду. Эндотрахеалдык түтүктөн биоматериалды алуу, биз иштеп чыккан контоминациясыз коопсуз корголгон ыкма аркылуу вакуум – аспиратор менен жүргүзүлдү. Микробиологиялык изилдөөдө, төмөнкү азыктуу чөйрөлөр колдонулду: 5% кан агары, шоколад агары, жумуртканын сары туздуу агары, Сабуро, Эндо чөйрөсү.

Натыйжалар: Өпкөнү жасалма желдетүүгө байланышкан пневмониянын этиоструктурасында грамм терс флора (53,42% каршы 31,96% $<0,05$), жетилип жана ара төрөлгөн балдарда ($P>0,05$) дээрлик бирдей басымдуу катышта болду. Неонатологияда кеңири колдонулчу бардык антибиотиктерге пневмопатогендүү грамм оң микрофлора 2чи 3чү муундагы пенициллиндерге, цефалоспориндерге жана 1чи муундагы макролиддерге жогорку туруктуулугу аныкталды. Неонатология практикасында колдонулчу грамм терс пневмопатогендүү микрофлора дээрлик бардык антибиотиктерге туруктуу.

Өзөктүү сөздөр: Өпкөнү желдетүү менен байланышкан пневмония, антибиотиктерге туруктуулук, грамм – оң микрофлора, грамм-терс микрофлора, ымыркайлар, ара төрөлгөн, жетилип төрөлгөн балдар, реанимация бөлүмү, эки айга чейинки балдар.

**ETIOSTRUCTURE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF PNEUMOTROPIC
PATHOGENS IN VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN CHILDREN
OF THE FIRST TWO MONTHS**

F.R. Nasirdinov

Kyrgyz – Russian Slavic University,

faculty of medicine, department of pediatrics, Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The etiostructure of ventilator-associated pneumonia (VAP) and antibiotic resistance of pneumotropic pathogens in sick children of the first two months of life were studied.

Materials and methods of research. The object of the study was 98 children with VAP. The collection of biomaterial from the endotracheal tube was carried out by a protected technique developed by us through a vacuum aspirator, eliminating the risk of contamination. The following nutrient media were used in the microbiological study: 5% blood agar, chocolate agar, yolk-salt agar, Saburo medium, Endo medium. Results: in the etiostructure of ventilator-associated pneumonia, gram-negative flora prevails (53.42% vs. 31.96%, $p < 0.05$) in almost equal proportions in both full-term and premature infants ($p > 0.05$). The high resistance of the pneumopathogenic gram-positive microflora to all antibiotics widely used in neonatology was revealed: penicillins, cephalosporins of the 2nd and 3rd generation, macrolides of the 1st generation. Gram-negative pneumophilogenic microflora is resistant to almost all antibiotics used in neonatology practice.

Keywords: Ventilator-associated pneumonia, antibiotic sensitivity, antibiotic resistance, gram-positive microflora, gram-negative microflora, newborn babies, premature, full-term, intensive care unit, children under two months.

Введение. Антибиотикорезистентность признана новой и грозной проблемой последних двадцати лет, распространяющейся с тревожной скоростью [1,2]. Риск развития антибиотикорезистентности особенно высок у новорожденных детей с внутрибольничными и вентилятор-ассоциированными пневмониями (ВАП). Отягощающим фактором является и то, что у детей данной возрастной группы из-за тяжести течения и исхода ВАП антибиотикотерапию начинают эмпирическим путем и чаще всего рутинными антибиотиками, широко используемым в неонатологической практике, не дожидаясь результатов посева на чувствительность. [3]. В руководствах по диагностике и лечению ВАП, рекомендуется использовать краткосрочный курс антибактериальной терапии, для большинства пациентов с ВАП [4]. У новорожденных причиной нахождения на искусственной вентиляции легких может послужить развившийся неонатальный сепсис. А в

дальнейшем при пребывании на аппаратном дыхании развивается ВАП. Имеются указания и на различия в антибиотикочувствительности пневмопатогенной микрофлоры при ВАП. Так отмечено, что у детей с ВАП чаще всего высеваются грамотрицательные бактерии *Klebsiella pneumoniae* и *Enterococcus faecalis*, чувствительные к амикацину, имипенему и меропенему, а грамположительные бактерии более чувствительны к ванкомицину и амикацину [5]. Лекарственная устойчивость пневмопатогенной микрофлоры при ВАП приводит к увеличению нахождения больных в стационаре и к их повышенной летальности. По отчету ВОЗ «Сводка фактических данных», опубликованном в 2014 г, ВАП является частой причиной смерти новорожденных детей [6]. Длительное нахождение детей на эндотрахеальной трубке приводит к развитию биопленки, которая является, как бы, «защитным экраном» для иммунной системы ребенка и не

поддается лечению стандартными антибиотиками [7]. Нужно отметить, что не рациональное использование антибиотиков приводит к устойчивости микроорганизмов. К таким препаратам относятся: ампициллин, цефотаксим (устойчивость более 90%), пиперациллин-тазобактам и левофлоксацин (устойчивость более 30%), наиболее широко используемые в неонатологии [8]. Лекарственная устойчивость среди грамотрицательной микрофлоры, к антибиотикам группы карбапенемов представляют серьезную угрозу для детей, находящихся на ИВЛ, и приводят к тяжелому течению заболевания и повышенной смертности.

Цель исследования.

Изучить антибиотикорезистентность пневмотропных патогенов при вентилятор-ассоциированных пневмониях у детей первых двух месяцев в зависимости от этиоструктуры заболевания.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе реанимационного отделения Городской Детской Клинической Больницы Скорой Медицинской Помощи города Бишкек и в отделении реанимации новорожденных в Городском Перинатальном Центре. Этиоструктура и антибиотикорезистентность вентилятор-ассоциированных пневмоний изучена у 98 детей, которые были разделены на 2 группы: доношенные – 52 и недоношенные – 46 детей.

При микробиологическом исследовании с определением чувствительности к антибиотикам, использовались следующие питательные

среды: 5% кровяной агар, шоколадный агар, желточно-солевой агар, среда Сабуро, Среда Эндо. Посев трахеобронхиальных аспиратов производился после подготовки пробы, в пробирку содержимое с ЭТТ добавляется 5мл стерильного физ.раствора, центрифугируется 30 минут, после этого катетер удаляется стерильным пинцетом, встряхивается руками и 500мкл. образца из пробирки переносится в специальные флаконы бактериологического анализатора HB&L LIGHT (ALIFAC, Италия). Анализатор проводит качественное исследование наличие/отсутствие микробного роста, также определяет количественные показатели в режиме реального времени. Кроме того, эти же пробы параллельно были посеяны классическим культуральным методом на твердые и жидкие питательные среды. После выделения микроорганизмов из исследуемого материала - содержимое трахеобронхиального дерева (ТБД) или мазков из зева, проводилось определение чувствительности к антимикробным препаратам диско – диффузным методом: на поверхность агара в чашке Петри наносили бактериальную суспензию выделенной культуры микроорганизма определенной плотности (0,5 McFarland), затем помещали диски, содержащие антибиотики. Метод стандартизован Европейским комитетом по определению чувствительности к антимикробным препаратам - EUCAST. Также определяются антибиотикорезистентные культуры (БЛРС, MRSA, штамм, продуцирующий карбапенемаз). Интерпретация результатов оценки

антибиотикочувствительности

заключается в отнесении исследуемого микроорганизма к одной из трех категорий S - чувствительный I - промежуточный R –устойчивый.

Результаты и обсуждение

При анализе по группам установлено, что у больных детей, как у доношенных, так и у недоношенных, преобладает ($p<0,001$) грамотрицательная флора, затем следует грамположительная флора ($p<0,001$), реже – грибы (табл. 1).

Таблица 1 - Этиоструктура детей первых двух месяцев

Группа	Доношенные		Недоношенные	
	Кол	%	Кол	%
Флора				
Грамотрицательная	110	46,62***	117	53,42***
Грамположительная	90	38,13***	70	31,96***
Грибы	20	8,47	16	7,31
Роста микрофлоры нет	16	6,78	16	7,31
Итого	236	100%	219	100%

Примечание * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$

При сравнительном исследовании, нет достоверных различий ($p>0,05$) в высеве пневмотропных патогенов между доношенными и недоношенными детьми (табл. 2).

Таблица 2 - Сравнительная этиоструктура ВАП

Группа	Доношенные		Недоношенные		Всего	
	Кол	%	Кол	%	Кол	%
Флора						
Грамотрицательная	110	48,46	117	51,54	227	100
Грамположительная	90	56,25	70	43,75	160	100
Грибы	20	55,56	16	44,44	36	100
Роста микрофлоры нет	16	50	16	50	32	100
Итого	236	51,86	219	48,13	455	100

Выявленные значительные изменения этиоструктуры ВАП привело нас к решению изучить антибиотикочувствительность и резистентность грамположительной и грамотрицательной микрофлоры по отдельности. Анализ антибиотикограмм показывает высокую резистентность пневмотропной грамположительной микрофлоры практически ко всем широко применяемым в неонатологии антибиотикам: пенициллинам, цефалоспорином 2-го и 3-его поколения,

макролидам 1-го поколения. Высокая чувствительность сохраняется к амикацину (67,50%), клиндамицину (69,69%) и ванкомицину (90,0%). Средняя чувствительность (33,33%) сохранена к оксациллину, к цефтриаксону и цефотаксиму (38,46%), гентамицину (30,95%), ципрофлоксацину (38,46%) и триметоприму (47,16%). Но часть из них, в частности фторхинолоны и сульфаниламиды, не приемлемы в неонатологической практике (табл. 3).

Таблица 3 - Антибиотикорезистентность к грамположительной флоре

Группа		Резистентный	Чувствительный
Пенициллины			
1	Бензилпенициллин	80%	20%
2	Ампициллин	71,42%	28,51%
3	Оксациллин	66,66%	33,33%
Цефалоспорины			
4	Цефтриаксон, Цефотаксим	61,53%	38,46%
5	Цефепим	81,81%	18,18%
Макролиды			
6	Эритромицин	77,77%	22,22%
Линкозамиды			
7	Клиндамицин	30,30%	69,69%
Аминогликозиды			
8	Тобрамицин	70%	30%
9	Гентамицин	69,04%	30,95%
10	Амикацин	32,50%	67,50%
Хинолоны/фторхинолоны			
11	Ципрофлоксацин	61,53%	38,46%
12	Левифлоксацин	64%	36%
13	Офлоксацин	71,42%	28,57%
Тетрациклины			
14	Тетрациклин	67,58%	32,5%
Гликопептиды			
15	Ванкомицин	10%	90%
Сульфаниламиды			
16	Триметоприм /сульфаметоксазол	52,83%	47,16%

Более широкий диапазон антибиотиков нами применён для изучения антибиотикограмм к грамотрицательной флоре, резистентной к рутинным антибиотикам, применяемым для лечения неонатальных пневмоний. Установлена высокая резистентность практически ко всем пенициллинам и

цефалоспорином даже 3-его поколения. Высокая чувствительность сохраняется к моксифлоксацину (94,73%), амикацину (65,38%), карбопенемам (59,1 – 61,84%), линезолиду (60,0%). Средняя чувствительность (50,0% и 33,33%) установлена к нитрофуранам и к триметаприму (табл. 4).

Таблица 4 - Антибиотикочувствительность и антибиотикорезистентность к грамотрицательной флоре

Группа		Резистентный	Чувствительный
Группы Пенициллина			
1	Ампициллин	83,72%	16,27%
2	Амоксиклав	83,07%	16,93%
3	Ампициллин сульбактам	75%	25%
4	Тикарциллин клавулонат	96,15%	3,84%
5	Пиперациллин/тазобактам	70,96%	29,03%
Цефалоспорины			
5	Цефотаксим	83,07%	16,92%
6	Цефтазидим	86,76%	13,23%
7	Цефепим	88,88%	11,11%
Группы Карбапенемы			
8	Имепенем	38,15%	61,84%
9	Меропенем	40,90%	59,10%
Группы Аминогликозиды			
10	Тобрамицин	63,76%	36,23%
11	Амикацин	34,61%	65,38%
12	Гентамицин	64,93%	28,57%
Оксазолидиноны			
13	Линезолид	40%	60%
Монобактамы			
14	Азтреонам	63,50%	37,5%
Хинолонов/фторхинолонов			
15	Ципрофлоксацин	52%	48%
16	Норфлоксацин	43,24%	56,75%
17	Левифлоксацин	60,60%	39,40%
18	Офлоксацин	51,61%	48,38%
19	Моксифлоксацин	5,26%	94,73%
Нитрофуранты			
20	Нитрофурантоин	50%	50%
Сульфаниламиды			
21	Триметоприм/сульфаметоксазол	66,66%	33,33%

Заключение

Таким образом, наше исследование позволяет констатировать, что в этиоструктуре ВАП у детей первых двух месяцев жизни чаще преобладает грамотрицательная, чем грамположительная флора (53,42% против 31,96%, $p < 0,05$). Причем практически в равных

соотношениях как у доношенных, так и у недоношенных детей ($p > 0,05$)

Выявлены различия антибиотикорезистентности пневмотропных патогенов в зависимости от этиоструктуры ВАП.

Грамположительная микрофлора обладает высокой резистентностью практически ко всем широко применяемым

в неонатологии антибиотикам: пенициллинам, цефалоспорином 2-го и 3-го поколения, макролидам 1-го поколения. Высокая чувствительность сохраняется только к амикацину (67,50%), клиндамицину (69,69%) и ванкомицину (90,0%). Средняя чувствительность (33,33%) сохранена к оксациллину, к цефтриаксону (38,46%), гентамицину (30,95%), ципрофлоксацину (38,46%), триметоприму (47,16%).

Грамотрицательная пневмопатогенная микрофлора высоко резистентна почти ко всем антибиотикам, применяемым в неонатологической практике. Высокая

чувствительность сохраняется к ванкомицину (90,0%), моксифлоксацину (90,0%), амикацину (65,38%), карбопинемам (59,1 - 61,84%), линезолиду (60,0%). Средняя чувствительность (50,0% и 33,33%) установлена к нитрофуранам и к триметаприму. Следовательно, выбор этиотропной терапии при неонатальных ИВЛ-ассоциированных пневмониях, особенно грамотрицательной этиологии, крайне сужен, и при старт-терапии, следует прибегать к лечению антибиотиками резерва, не упуская время для использования метода «проб и ошибок» и метода эскалационной антибиотикотерапии.

Литература

1. Latania K L, Robert A W. The Epidemiology of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae: The Impact and Evolution of a Global Menace. *Official journal of the Infectious Diseases. Letters.* 2017;15(1):28-36. <http://doi.org/10.1093/infdis/jiw282>.
2. Kathleen C, Molly H, Jeffrey S G, Pranita D T. Treatment of Carbapenem-Resistant Enterobacteriaceae Infections in Children. *Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society. Letters.* 2020;9(1):56-66. <http://doi.org/10.1093/jpids/piz085>.
3. Aimee M D, David P N, Jennifer E G. Management of Pneumonia in the Pediatric Critical Care Unit. An Area for Antimicrobial Stewardship. *Current Pediatric Reviews. Letters.* 2017;13(1):49-66. <http://doi.org/10.2174/1573396312666161205102221>.
4. Mark L M, Andre C K. Management of Ventilator-Associated Pneumonia: Guidelines. *Clinics in Chest Medicine. Letters.* 2018;39(4):797-808 <http://doi.org/10.1016/j.ccm.2018.08.002>
5. Izeta S, Husref T, Vincenzo Di C, Cinzia A. Bacterial sepsis in neonates: Single centre study in a Neonatal intensive care unit in Bosnia and Herzegovina. *Acta Medica Academica. Letters.* 2017;46(1):7-15. <http://doi.org/10.5644/ama2006-124.181>.
6. Shrey M, Aline F, Julia B, Johannes Van D, Mike S. Antibiotic use for community-acquired pneumonia in neonates and children: WHO evidence review. *Paediatrics and International Child Health. Letters.* 2018;38(1):66-75. <http://doi.org/10.1080/20469047.2017.1409455>.
7. Sujata B, Sangita S, Shyam K M, Hari P K, Keshab P, Jeevan B S. Biofilm Formation by Pathogens Causing Ventilator-Associated Pneumonia at Intensive Care Units in a Tertiary Care Hospital: An Armor for Refuge. *BioMed Research International. Letters.* 2021. <http://doi.org/10.1155/2021/8817700>
8. Chand W, Neeraj G. Pediatric Blood Cultures and Antibiotic Resistance: An Overview. *Indian Journal of Pediatrics. Letters.* 2020;87(2):125-131. <http://doi.org/10.1007/s12098-019-03123-y>

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫХ ИНФЕКЦИЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ В КЫРГЫЗСТАНЕ

**С.В. Чечетова¹, Р.М. Кадырова¹, З.К. Жолбунова¹, Е.А. Халупко¹,
Д.К. Чыныева¹, Г.А. Карамурзаева¹, М.А. Малышева²**

¹Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)

²Республиканский Центр иммунопрофилактики Министерства здравоохранения
Кыргызской Республики
г. Бишкек, Кыргызская Республика

chechetova.svetl@mail.ru

Резюме. Проведен анализ заболеваемости вакциноуправляемых инфекций за последние 20 лет в Кыргызстане на основании ежегодных отчетов ВОЗ и данных департамента гос.сан.эпид.надзора (ДГСЭН) и Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) Кыргызской Республики. Представлена динамика заболеваемости и особенности течения таких инфекций, как корь, краснуха, дифтерия, коклюш, паротитная инфекция.

Ключевые слова: корь, краснуха, паротитная инфекция, коклюш, дифтерия, заболеваемость.

КЫРГЫЗСТАНДА АКЫРКЫ 20 ЖЫЛДА ВАКЦИНА МЕНЕН БАШКАРЫЛГАН ЖУГУШТУУ ООРУЛАРЫНЫН ДАРТТУУЛУКТУН ДИНАМИКАСЫ

**С.В. Чечетова¹, Р.М. Кадырова¹, З.К. Жолбунова¹, Е.А. Халупко¹,
Д.К. Чыныева¹, Г.А. Карамурзаева¹, М.А. Малышева²**

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

²Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин
Республикалык иммунопрофилактика борбору
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыскача маалымат Кыргызстанда акыркы 20 жыл ичинде вакцина менен алдын ала турган жугуштуу оорулардын оорусуна талдоо ДСУнун жылдык баяндамаларынын жана Мамлекеттик санитардык-эпидемиологиялык көзөмөл департаментинин (ДСЭС) жана Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар ооруканасынын маалыматтарынын негизинде жүргүзүлгөн. (РКЖОК) Кыргыз

Республикасы. Кызамык, кызылча, кептөөр, көк жөтөл, паротит жугуштуу оорулар сыяктуу оорулардын динамикасы жана агымынын өзгөчөлүктөрү келтирилген.

Негизги сөздөр: кызамык, кызылча, паротит инфекциясы, көк жөтөл, кептөөр, дарттуулук.

DYNAMICS OF INCIDENCE OF VACCINE-PREVENTABLE INFECTIONS OVER THE LAST 20 YEARS IN KYRGYZSTAN

S.V. Chechetova¹, R.M. Kadyrova¹, Z.K. Dzholbunova¹, E.A. Khalupko¹,
D.K. Chynyeva¹, G.A. Karamurzaeva¹, M.A. Malysheva²

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbayeva
(Rector - Doctor of Medical Sciences, Prof. Kudaibergenova I.O.)

²Republican Center for Immunoprophylaxis of the Ministry of Health
of the Kyrgyz Republic
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary: An analysis of the incidence of vaccine-preventable infections over the past 20 years in Kyrgyzstan was carried out on the basis of annual WHO reports and data from the Department of State Sanitary and Epidemiological Surveillance (DSES) and the Republican Clinical Infectious Diseases Hospital (RCCH) of the Kyrgyz Republic. The dynamics of morbidity and features of the course of such infections as measles, rubella, diphtheria, whooping cough, mumps infection are presented.

Key words: measles, rubella, mumps infection, whooping cough, diphtheria, morbidity.

Введение

Инфекционные заболевания занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста, особенно такие серьезные, как корь, краснуха, коклюш, паротитная инфекция, дифтерия [1,2,3,4]. В связи с тем, что основная защита от возникновения инфекционных заболеваний – это иммунопрофилактика, существуют различные вакцины, которые включены в Национальный календарь профилактических прививок [5,6].

Вакциноуправляемые инфекции – инфекции, при которых вакцинация предупреждает смертность, инвалидизацию, а при массовой иммунизации уменьшает циркуляцию возбудителя и даже его

элиминацию. Так, всеобщая иммунизация населения позволила ликвидировать такое заболевание, как натуральная оспа и снизить уровень заболеваемости полиомиелитом, столбняком и дифтерией [7,8,9]. Однако общество находится в безопасности только при охвате вакцинацией 80-95% населения [10,11,12]. На современном этапе возникли трудности иммунизации в связи с ростом антипрививочников, увеличением числа медицинских отводов по рекомендации узких специалистов, а также по «ложным» религиозным убеждениям [13,14,15]. В связи с чем, повсеместно, отмечается

снижение уровня охвата населения иммунизацией, что в свою очередь приводит к росту заболеваемости, а также смертности от управляемых инфекций, особенно среди детей раннего возраста [16].

Цель работы: изучить динамику заболеваемости вакциноуправляемых инфекций в Кыргызской Республике.

Материалы и методы. Проведен анализ заболеваемости в Кыргызской Республике по вакциноуправляемым инфекциям за последние 20 лет. Материалом для исследования послужили данные официальной статистики заболеваемости корью, краснухой, дифтерией, коклюшем, паротитной инфекцией в Кыргызстане за период с 1994-2020 гг. (данные ДГСЭН и историй болезни пациентов, госпитализированных в РКИБ Кыргызской Республики). Для уточнения диагноза кроме характерных клинико-эпидемиологических данных использовали бактериологический,

серологический (ИФА) и ПЦР методы. Лабораторные исследования проводились в диагностических лабораториях РКИБ, вирусологической лаборатории ДГСЭН КР. Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS.

Результаты и их обсуждение

Корь – острое, высоко контагиозное инфекционное заболевание вирусной этиологии, характеризующееся общей интоксикацией, катаральными явлениями, поражением глаз, воспалением слизистых оболочек полости рта и характерной пятнисто-папулезной сыпью. На сегодняшний день корь продолжает оставаться актуальной проблемой во всем мире, несмотря на наличие вакцинации против данного заболевания. Анализ многолетней динамики заболеваемости корью (рис. 1) в Кыргызстане показал резкий подъем заболеваемости с 2014 года, пик заболеваемости приходится на 2015 год (17633 больных).

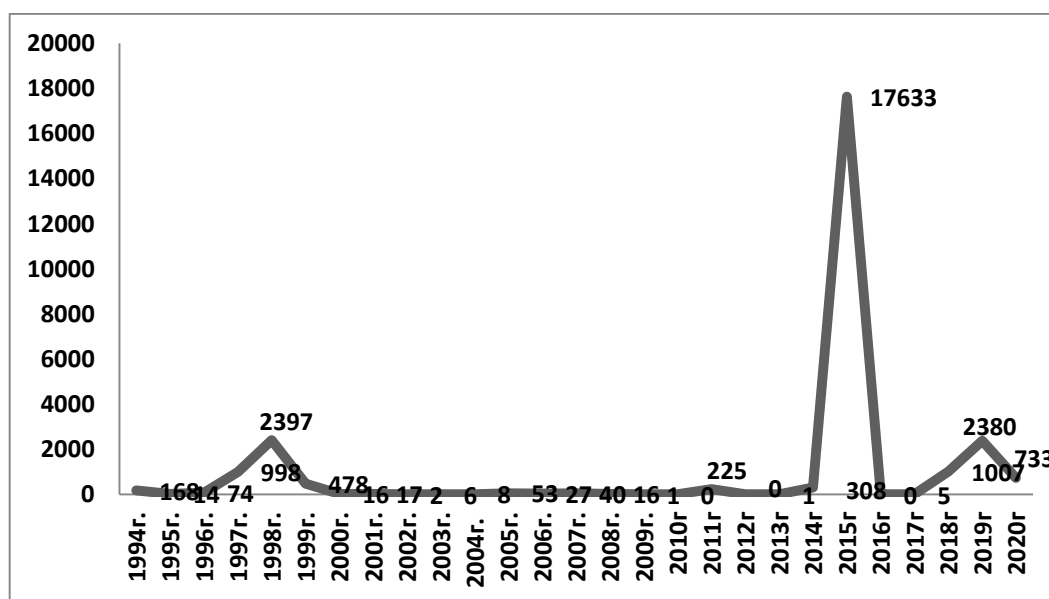


Рис. 1. Динамика заболеваемости корью в Кыргызстане за 1994-2020 гг.

Также с 2018 года отмечается повторный рост числа больных с корью. По данным Республиканского центра иммунопрофилактики МЗ КР – РЦИ в 2019 году зарегистрировано 2380 случаев кори (интенсивный показатель - 36,7). Лабораторное подтверждение кори у больных проводилось только в начале эпидемической вспышки, в дальнейшем диагноз кори по рекомендации эксперта ВОЗ выставляли на основании клинико-эпидемиологических данных, хотя в период элиминации вируса кори главное требование ВОЗ – каждый случай должен быть подтвержден лабораторно. К сожалению, экономические трудности в стране не позволяли выполнить требование ВОЗ. С появлением коронавирусной инфекции в Кыргызстане с марта 2020г резко снизилась регистрация кори, т.к. больные оставались на дому и не обращались. В 2021г. зарегистрированы единичные случаи кори. Данные по заболеваемости кори в период пандемии коронавирусной инфекции не соответствуют действительности. Детальный анализ историй больных с корью с 2018 г. по 2020гг показал, что среди больных корью преобладали жители города Бишкек (69,6%), что связано с большей скученностью населения и высокой вероятностью контакта (контакт с больным выявлен у 85,7% пациентов), сезонный подъем кори все годы был в зимне-весенний период.

Среди заболевших корью, преимущественно (68,0%), были дети раннего возраста (от 0 до 3 лет), что свидетельствует об отсутствии у них трансплацентарного иммунитета, а также об отсутствии вакцинации у детей старше года. Анализ заболеваемости по полу не показал существенной разницы, почти с одинаковой частотой болели как мальчики (51,4%), так и девочки (48,6%). Заболевание протекало в основном в среднетяжелой (56,9%) и тяжелой форме (43,1%). Среди больных корью, госпитализированных в РКИБ, в 90,3% случаев, диагноз был подтвержден с помощью метода ИФА, лишь в 9,7% случаев диагноз выставлялся на основании характерных клинических проявлений и данных эпидемиологического анамнеза.

К управляемым инфекциям также стала относиться краснуха с момента введения вакцины КПК (корь, паротит, краснуха). Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся мелкой пятнисто-папулезной сыпью, чаще пятнистой, которая появляется одномоментно и сопровождается умеренно выраженными катаральными явлениями, лихорадкой, увеличением затылочных и заднешейных лимфоузлов. Как показано на рисунке 2, наибольший подъем заболеваемости краснухой по данным ДГСЭН отмечен с 1994 по 2003 годы.

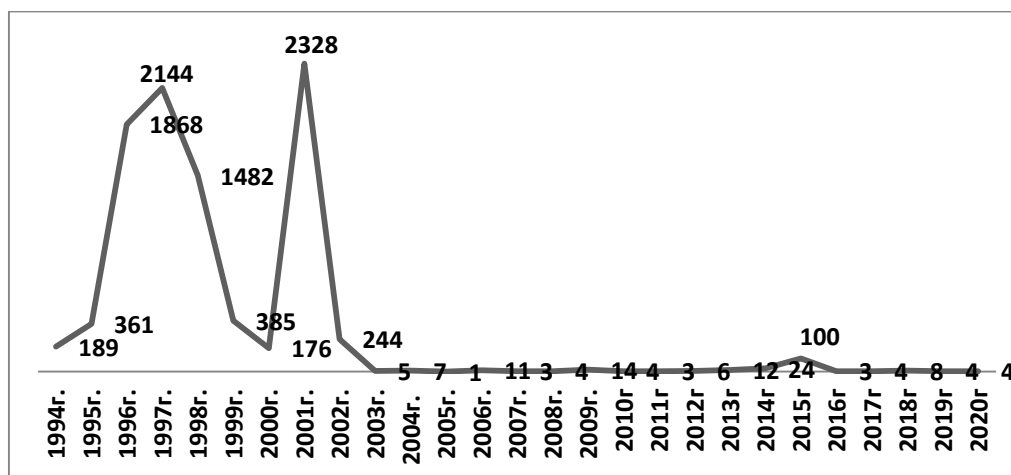


Рис. 2. Динамика заболеваемости краснухой в Кыргызстане за 1994-2020 гг.

По данным РКИБ поступало наибольшее количество больных с краснухой в 2014 – 2015 гг. В отличие от кори краснуха протекает в легкой и среднетяжелой форме, реже осложняется пневмонией. Из-за редкости тяжелых форм приобретенная краснуха редко регистрируется.

К сожалению, наблюдаются в стационаре единичные случаи врожденной краснухи, где прогноз из-за комплекса поражений глаз, нарушения слуха, развитие врожденных пороков сердца, неблагоприятный. Случаи врожденной краснухи, также, как и приобретенной краснухи, которая течет под маской аллергической сыпи, статистически не всегда регистрируются. При ретроспективном анализе крови 20 детей, у которых был снят диагноз корь и выставлен диагноз ОРВИ в стационаре, в 50% случаев подтвердилась лабораторно краснуха. Эти данные свидетельствуют о гиподиагностике краснухи и отсутствии достоверной регистрации.

На фоне регистрации в период эпидемии таких контагиозных экзантем, как корь и краснуха, коклюш у детей остается слабоуправляемой инфекцией из-за поздней вакцинации, отсутствия

первичного вакцинального комплекса у ребенка до года, а также из-за отказа от прививок. Коклюш – острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, вызываемое коклюшной палочкой, протекающее с преимущественным поражением дыхательных путей, сопровождающееся приступообразным спазматическим кашлем и характерными изменениями в крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ). Это заболевание является важной причиной смертности среди детей раннего возраста. У детей этой возрастной категории коклюш протекает в тяжелой форме и характеризуется длительным приступом спазматического кашля и частыми апноэ, которые приводят к развитию гипоксии головного мозга, развитие коклюшной энцефалопатии, особенно у детей с гипоксически-ишемической энцефалопатией (ГИЭ) в анамнезе. Эпидемиологическая ситуация по коклюшу в Кыргызстане остается неблагополучной. По данным ДГСЭН (рис. 3) начало роста заболеваемости коклюшем отмечается с 2009 года и с каждым годом этот показатель

увеличивается, что связано с низким охватом иммунизацией населения. Однако следует отметить, что регистрируется коклюш, в основном, в крупных городах, среди госпитализированных, чаще среди детей

раннего возраста. Те дети, которые получают лечение амбулаторно, получают правильную терапию, но под маской обструктивного бронхита, пневмонии.

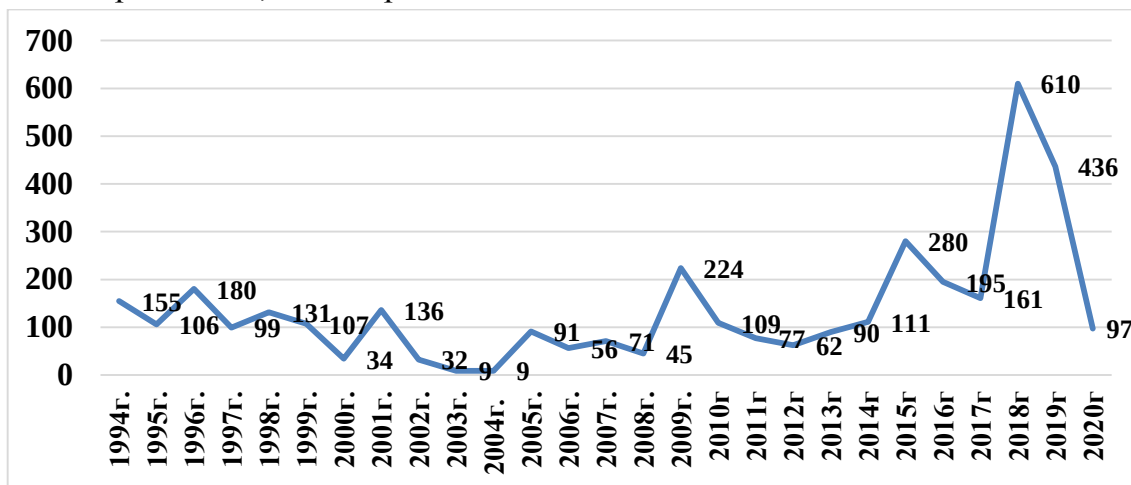


Рис. 3. Динамика заболеваемости коклюшем за 1994-2020 гг. (ДГСЭН).

В инфекционный стационар (по данным РКИБ) по тяжести состояния, в основном поступали дети раннего возраста (0-3 года), среди которых наибольшее количество (90,0%) составили дети первых 6 месяцев жизни. Заболевание в этой возрастной категории в основном протекало в тяжелой форме, наблюдали апноэ, реже – признаки энцефалопатии. Такие дети требовали оказания помощи в отделении интенсивной терапии. В единичных случаях, при позднем поступлении регистрировали неблагоприятные исходы.

К вакциноуправляемым инфекциям также относится паротитная инфекция, однако из-за недостатка моно-паротитной вакцины, которую ввели в 1980г, затем распада СССР и экономической несостоятельности суверенных стран, только с введением КПК стали прививать против паротита систематически по схеме Национального календаря профилактических прививок.

Паротитная инфекция - высококонтагиозная острая вирусная инфекция, характеризующаяся поражением железистых органов (чаще слюнных желез, реже поджелудочной железы, яичек, яичников), а также ЦНС (менингит, менингоэнцефалит). Несмотря на то, что паротитная инфекция в большинстве случаев имеет благоприятный исход, при поражении центральной нервной системы развивается вирусный серозный менингит. У подростков и взрослых, поражение половых желез при паротитной инфекции может привести к бесплодию, которое может развиваться даже в случаях отсутствия видимых поражений половых желез.

Анализ многолетней динамики заболеваемости паротитной инфекцией показал периодичность роста болезни с интервалом 2-3 года. Подъем заболеваемости паротитной инфекцией в 2018-2019гг был обусловлен вакцин-

ассоциированным паротитом, так как для профилактики контактных по кори использовали КПК вакцину из-за отсутствия краснушно-коревой вакцины в Кыргызстане. С появлением

коронавирусной инфекции, как и все другие предыдущие управляемые инфекции, не стали регистрировать паротитную инфекцию, т.к. население страны было в режиме изоляции (рис. 4).

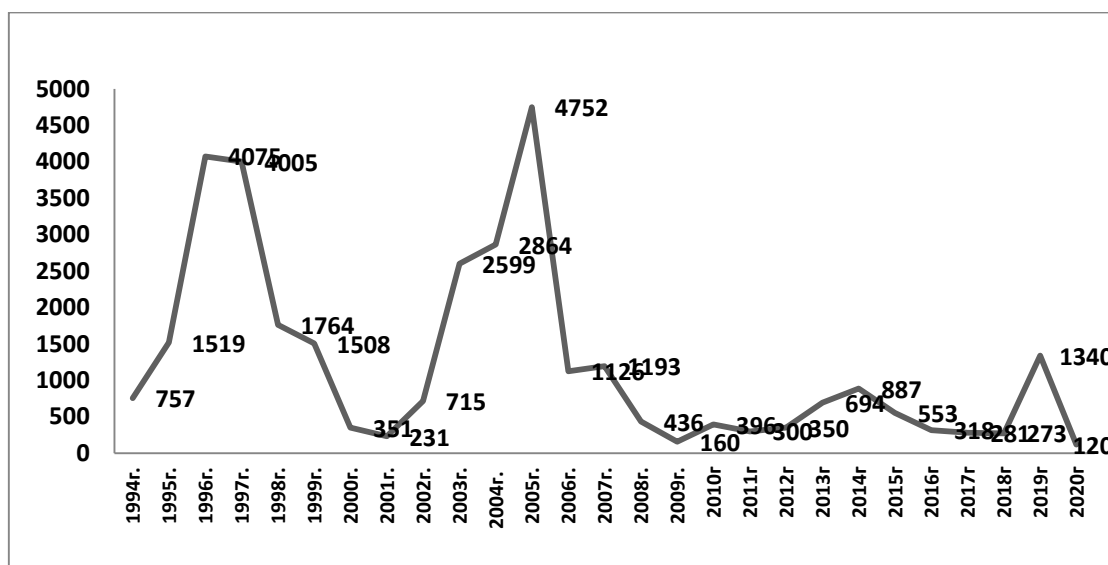


Рис. 4. Динамика заболеваемости паротитной инфекцией в КР 1994-2020 гг. (ДГСЭН).

При изучении эпидемиологического анамнеза (данные РКИБ) контакт с больным паротитной инфекцией был выявлен у всех госпитализированных пациентов. В основном это были школьники, студенты и военнослужащие. Паротитной инфекцией в большинстве (75,6%) случаев болели пациенты в возрасте 16-28 лет, реже (24,4%) от 6 до 15 лет. Следует отметить, что 73,3% пациентов были не привиты против паротитной инфекции. Сочетанное поражение околоушной и поджелудочной желез встречалось чаще (60%-40%), не зависимо от пола; поражение половых желез (35,0%) и нервной системы (4,4%). Заболевание протекало в среднетяжелой и тяжелой форме. Исход был благоприятный.

Несмотря на то, что имеется вакцина против дифтерии, которая направлена, в

основном, на токсин, ликвидировать дифтерию невозможно из-за отсутствия вакцины против возбудителя. Поэтому эта, так называемая «забытая инфекция», будет поднимать голову там, где низкий охват вакцинацией, недостаточные возможности ранней клинико-лабораторной диагностики дифтерии и своевременной изоляции больных. К сожалению, эта детская инфекция стала «взрослой», так как болеют взрослые люди, которые должны прививаться через каждые 10 лет, однако они остаются не привитыми.

Дифтерия – острое, инфекционное заболевание, характеризующееся местным фибринозным воспалением, преимущественно слизистых оболочек, симптомами интоксикации и специфическими осложнениями. Дифтерией болеют как привитые, так и непривитые от этого заболевания люди, независимо от возраста.

Однако у привитых людей не развиваются тяжелые токсические формы и осложнения болезни, так как после вакцинации формируется антитоксический иммунитет. Перенесенная болезнь не способствует выработке стойкого иммунитета, поэтому

перед выпиской пациенты получали АДС-М анатоксин.

Анализ многолетней заболеваемости дифтерией (рис. 5) показал, что последняя вспышка этого заболевания зарегистрирована в 1994-1998 годах.

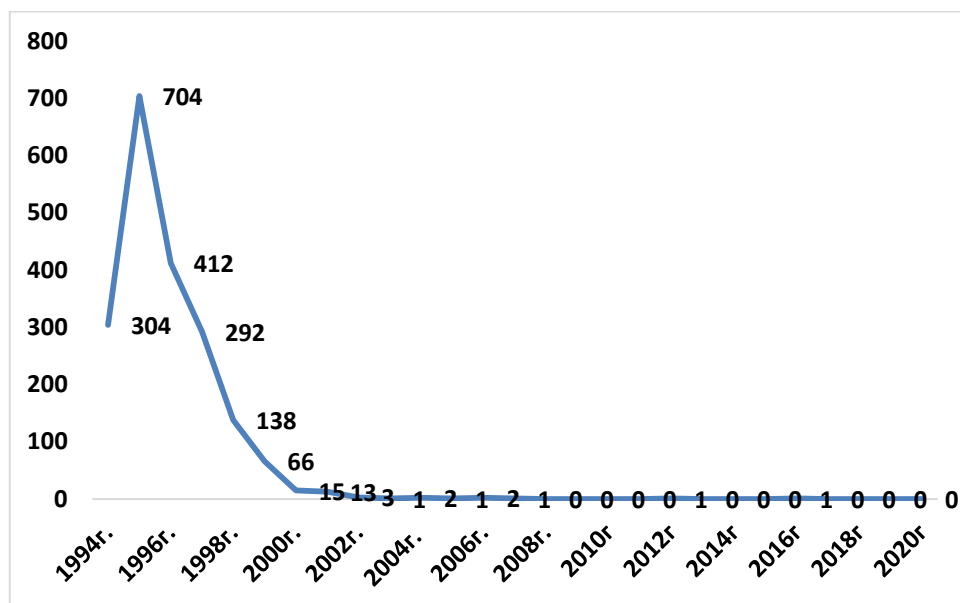


Рис. 5. Динамика заболеваемости дифтерии в КР с 1994 по 2020 гг. (данные ДГСЭН).

Наибольший пик заболеваемости в годы эпидемии отмечен в осенне-зимнем периоде, хотя первые случаи дифтерии стали регистрироваться в июле 1994 г. среди солдат весеннего призыва. При изучении эпидемиологического анамнеза контакт с больными дифтерией, ангиной и носителями дифтерийной палочки был установлен только в 34,4% случаев.

Возрастная структура пациентов дифтерией варьировала с преобладанием пациентов в возрасте от 15 до 39 лет, что свидетельствует о необходимости ревакцинации данной возрастной категории, так как поствакцинальный иммунитет, приобретённый в детстве, постепенно угасает. Следует отметить, что в 24,0% случаев развивалась тяжелая токсическая форма болезни,

характеризующаяся распространенным фибринозным налетом на слизистой ротоглотки, отеком подкожной клетчатки шеи и осложнениями, опасными для жизни. Эти больные нуждались в специфической терапии противодифтерийной сывороткой, дозы которой мы вынуждены были адаптировать, чтобы спасти жизнь больных с токсической формой. Нетоксические формы дифтерии ротоглотки трудно было отличить от ангин без лабораторного подтверждения. Больные с тяжелыми осложнениями со стороны сердца и нейропатией нуждались в длительной реабилитации, которую мы не могли обеспечить в специализированных клиниках. Важным профилактическим мероприятием в

период последней эпидемии было введение антибиотикопрофилактики лицам, бывшим в близком контакте с больным. Наблюдение большого количества больных с дифтерией позволило адаптировать не только серотерапию, но также сроки антибактериальной терапии, в зависимости от формы болезни, проводился катамнез больных с токсической формой болезни для выработки дальнейшей тактики наблюдения по месту жительства.

Выводы:

1. Несмотря на Национальный календарь прививок, проведение дополнительных национальных дней иммунизации, управляемые инфекции остаются слабоуправляемыми: укорачиваются периоды между эпидемическим подъемом, снижается иммунная прослойка населения.

Литература

1. Алмасбекова М.А., Кадырова Р.М., Халупко Е.А. Сравнительный анализ комплексного лечения тяжелых форм коклюша у детей раннего возраста. *Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева*. 2020. 121-124.
2. Антипова А.Ю. Вирус краснухи и его тератогенное действие. *Клиника, диагностика, профилактика синдрома врожденной краснухи. Инфекция и иммунитет*. 2011;1(3):231-242.
3. Бичурина М.А., Лаврентьева И.Н., Железнова Н.В. Заболеваемость краснухой на северо-западе России на

2. Некоторые управляемые инфекции, в частности коклюш, регистрируются чаще в стационарах и у детей раннего возраста с тяжелыми формами болезни. Создается впечатление, что коклюш протекает на одном уровне, без подъема и спада, на протяжении длительного периода и лечиться под маской других респираторных заболеваний.

3. Несистематическая иммунизация взрослого населения против дифтерии в период усиления антипрививочного настроения, на фоне постковидных осложнений, является угрозой новой эпидемии дифтерии.

4. Пандемия коронавирусной инфекции способствовала искусственному снижению заболеваемости всех управляемых инфекций.

5. Необходима взаимосвязь клиницистов и эпидемиологов при коррекции Национального календаря профилактических прививок.

- этапе элиминации инфекции. *Инфекция и иммунитет*. 2014;4(3):249-256.
4. Заседателева С.Г. Вспышка паротитной инфекции в г. Бишкек. *Современные технологии диагностики, лечения, профилактики инфекционных и паразитарных болезней*. Бишкек; 2019:102-103.
 5. Поздняков А.А., Чернявская О.П. Проявление эпидемического процесса кори и краснухи на современном этапе. *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. 2018;17(5)45-53.

6. *Протокол Заседание штаба Министерства Здравоохранения по локализации и предотвращению дальнейшего распространения случаев кори в республике от 02.12.2019г., г. Бишкек.*
7. *Кадырова Р.М. Дифтерия, диагностика, клиника, оптимизация лечебно-профилактических мероприятий. [Дисс. на соиск. ученой степени док. мед. наук]. Бишкек; 2002.*
8. *Кадырова Р.М., Методы лечения различных форм дифтерийной инфекции в педиатрии. сб.науч.тр. Бишкек, 2002:24-31.*
9. *Максимова Н.М., Якимова Т.Н., Маркина С.С. Дифтерия в России в 21 веке. Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2017;5 (96):4-15.*
10. *Казмирчук В.Е., Ковальчук Л.В., Мальцев Д.В. Клиническая иммунология и аллергология с возрастными особенностями. Учебник, 2-е изд., переработ. и доп. Киев: ВСИ Медицина; 2012. 520 с.*
11. *Соловьев М.Ю., Ковалев Е.В., Ненадская С.А. Об актуальных вопросах иммунопрофилактики инфекционных болезней. Главный врач, 2015;4(46):6-9.*
12. *Топтыгина А.П., Семикина Е.Л., Алешкин В.А. Регуляция иммунного ответа у детей, привитых против кори, краснухи и эпидемического паротита. Иммунология. 2012;33(4):177-180.*
13. *Мамаджанова Г.С., Формирование специфического иммунитета к вирусам кори и краснухи у здоровых детей / Здравоохранение Таджикистана. 2014;2 (321):68-72.*
14. *Николаева И.В., Шайхиева Г.С. Коклюш на современном этапе. Вестник современной клинической медицины. 2016;9(2):25-28.*
15. *Чечетова С.В., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М. Проблемы диагностики кори и краснухи в Кыргызстане на современном этапе. Бюллетень науки и практики. 2019;5.*
16. *Ниязалиева М.С., Тойгомбаева В.С., Асыкбекова Б.Ш. Современная эпидемиологическая ситуация вакциноуправляемых инфекций среди жителей г. Бишкек. Вестник Авиценны, 2016;1: 85-90.*

ФОРМИРОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Г.С. Замалетдинова, А.А. Байжигитова

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор-д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),
кафедра иностранных и латинского языков
г. Бишкек, Кыргызская Республика

inyaz.k@mail.ru

Резюме. Языковая компетенция является неотъемлемым элементом подготовки медицинских специалистов. Владение иностранным языком является необходимым условием для успешной профессиональной деятельности врача. Интеграция образования и науки в мировое пространство ставит перед современным специалистом задачу свободного владения английским языком.

Ключевые слова: компетенция, интегрированное обучение, профессиональная компетентность.

МЕДИЦИНАЛЫК СТУДЕНТТЕРДИН КЕСИПТИК-КОММУНИКАТИВДИК КОМПЕТЕНТТҮҮЛҮКТҮ КАЛЫПТАНДЫРУУ

Г.С. Замалетдинова, А.А. Байжигитова

И.К. Ахунбаев атн. Кыргыз Мамлекеттик Медициналык Академиясы,
Чет тилдер жана латын тили кафедрасы
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Тилдик компетенттүүлүк медициналык адистерди даярдоонун ажырагыс элементи болуп саналат. Чет тилин билүү дарыгердин кесиптик ишин ийгиликтүү жүргүзүү үчүн зарыл шарт болуп саналат. Билим берүү менен илимди дүйнөлүк мейкиндикке интеграциялоо Заманбап адиске англис тилин эркин билүү милдетин коет.

Негизги сөздөр: компетенттүүлүк, интеграцияланган окутуу, кесиптик компетенттүүлүк.

FORMATION OF PROFESSIONAL AND COMMUNICATIVE COMPETENCE
MEDICAL STUDENTS

G.S. Zamaletdinova, A.A. Baizhigitova

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy,

Department of Foreign and Latin languages

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. Language competence is an integral element of the medical specialists training. Knowledge of a foreign language is a prerequisite for the successful professional activity of a doctor. The integration of education and science into the global space poses the task of a modern specialist of fluency in English.

Key words: competence, integrated learning, professional competence.

Проблема формирования основ профессионально-коммуникативной компетенции студентов является основной проблемой модернизации учебного процесса в современном высшем учебном заведении медицинского профиля.

Научно-технический прогресс ставит задачу подготовки медицинского специалиста, способного жить и работать в современной глобализирующейся среде, усваивая и применяя передовой опыт в своей практике.

Современная парадигма высшего образования выдвигает потребность конкретного освоения профессиональных знаний студентами в форме профессионально-коммуникативных компетенций.

Компетенции определяются педагогической наукой как совокупности знаний, умений и навыков, способность выполнять определенную деятельность на базе этих приобретенных знаний, умений и навыков (М.А. Аكوпова, Н.В. Баграмова, М.К. Колкова).

Современные стандарты подготовки специалиста высшей школы ставят целью

профессионально-ориентированное обучение будущих врачей основам иноязычной компетенции, овладение, в первую очередь, письменными формами общения на иностранном языке как средством информационной деятельности и самообразования [1].

Исходя из целей вузовской программы, поставлены следующие задачи: 1) формирование языковых и речевых навыков, позволяющих использовать иностранный язык для получения профессионально значимой информации, используя разные виды чтения; 2) формирование языковых и речевых навыков, позволяющих участвовать в письменном и устном профессиональном общении на иностранном языке [1].

Цель программы определяет результат обучения студентов - овладение студентами компетенциями, позволяющими оперировать профессиональным медицинским тезаурусом в профессиональной иноязычной коммуникативной среде [2].

Согласно устоявшимся европейским методическим подходам к обучению,

формирование коммуникативной компетенции в ее целостности содержит такие составляющие, как: 1) лингвистическая компетенция (овладение языковыми знаниями и фонетическими, лексическими и грамматическими навыками); 2) социолингвистическая компетенция (умение использовать адекватные языковые единицы в конкретных ситуациях общения с речевыми партнерами); 3) социокультурная компетенция (знание социального контекста, в котором функционирует язык, умение вести диалог культур); 4) дискурсивная компетенция (умение строить связные высказывания и воспринимать их как связный дискурс); 5) стратегическая компетенция (способность владеть различными вербальными и невербальными стратегиями для построения коммуникации, иногда при нехватке языковых средств); 6) социальная компетенция (способность вступать в коммуникацию с другими ее участниками, способность проявлять зрелые социальные навыки, такие как эмпатия, толерантность и т.п.) [3: 10].

В русле современного методического подхода к обучению специалистов на основе компетенций, Т.А. Гладилина разработала модель профессионально-коммуникативной компетенции, которая включает компетентностную, личностно-деятельностную, системную и культурологическую составляющие [2]. В блок самих компетенций она включает следующие компоненты: профессионально-терминологическую (собственно лингвистическую); коммуникативную (роли «врач-пациент», «врач-врач»); учебно-познавательную;

лично-ориентированную. Эта модель «сборки необходимых компетенций» была сформирована Т.А. Гладилиной на основе опыта преподавания латинского языка студентам-иностранцам медицинских специальностей.

Естественно, что при апробации подобной модели в иных педагогических условиях - условиях преподавания иностранного языка студентам медицинских специальностей могут появиться свои как специфические теоретические подходы, так и технологические приемы формирования профессионально-коммуникативных компетенций студентов.

В связи с новой компетентностной программой подготовки специалистов перед преподавателями вузов встает задача определения номенклатуры необходимых компетенций; необходимо определить их необходимый объем (часто в условиях критически недостаточного количества часов, выделенных на практические занятия), определить место общих и профессиональных компетенций и их соотношение, разработать практические средства их формирования.

Формирование основ профессиональной компетенции у студентов предполагает теоретически владение определенным уровнем иностранного языка, по крайней мере, желательно на уровне Intermediate, но на практике, значительная часть учебной группы обладает только начальным уровнем знания иностранного языка.

При максимально сокращенной программе изучения иностранного языка в вузе, в течение одного года с одним занятием в неделю, задача построения адекватной модели и разработки

соответствующей образовательной технологии является очень сложной для преподавателя с точки зрения ее реального осуществления.

Среди конкретных методических подходов к обучению иноязычной лексике можно порекомендовать в качестве опорных сознательно-сопоставительный и интенсивный.

Преподавателю приходится применять на уроках иностранного языка для студентов-медиков интенсивный метод в качестве методического подхода к обучению иноязычной лексике, связанный с введением большого объема новых лексических единиц (необходимость изучения нескольких тысяч новых слов при обширной программе вуза для студентов, имеющих начальные знания иностранного языка). Но другое основное качество интенсивного метода обучения предполагает многократное предъявление лексических единиц с использованием переводных и беспереводных методов, что предполагает достаточное количество аудиторных занятий с преподавателем на начальном этапе освоения языка.

Современная тенденция вузовского образования значительного сокращения часов практических занятий в группе с преподавателем, к сожалению, не всегда учитывает реалии педагогического процесса. Увеличение часов на самостоятельно изучение языка вводится лишь, после достижения студентами достаточного уровня владения иностранным языком, когда у студента при достаточной практики выработается навык самостоятельного самообразования: нахождения материала по специальности на иностранном языке, навык перевода с

использованием современных технических средств, и после того как в результате практических занятий с преподавателем будет сформирована любовь к языку и устойчивая мотивация к его изучению.

Современная система преподавания языка предполагает введение большего количества самостоятельной работы студентов при консультативной поддержке преподавателя как основной технологический инструмент формирования профессионально-коммуникативной компетенции.

Предполагается, что самостоятельная работа студентов призвана пробудить у студента творческие способности, усилить мотивацию к овладению иностранным языком для профессиональных целей, сформировать психологическую готовность к самостоятельному решению задач и самостоятельному достижению результатов. Самостоятельная работа включает подготовку переводов, аннотаций, рефератов, сообщений, докладов, терминологических словарей и др.

Самостоятельная работа с литературой, написание рефератов, подготовка сообщений и др. формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать на практике естественно-научные, медико-биологические и клинические науки в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Различные виды учебной работы в процессе изучения иностранного языка, включая самостоятельную работу студента, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно

оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций.

Проблема формирования профессионально-коммуникативной компетенции акцентирует важность освоения профессионально-терминологической и коммуникативной компетенций как двух важных и неразделимых ее компонентов.

Успешность формирования профессионально-терминологической компетенции у студентов связана с освоением основной медицинской терминологии, включающей основные языковые (речевые) структуры; функционально-стилевые и жанровые варианты профессиональной речи в ситуации профессиональной коммуникации.

Освоение терминологической системы студентами играет ключевую роль в формировании профессиональной компетентности, т.к. основные понятия медицинского знания заключены в научных терминах.

Здесь встает проблема системного подхода на основе системно-терминологического принципа изучения медицинской терминологии на занятиях иностранного языка для студентов-медиков.

Только системный подход к изучению медицинской терминологии позволит решить задачу формирования профессиональной компетенции в программе подготовки специалиста медицинского профиля, требующей знания лексического минимума в объеме 4000

учебных лексических единиц общего и терминологического характера и умения использовать не менее 900 терминологических единиц и терминологических элементов.

Коммуникативная компетенция предполагает овладение профессиональными умениями и навыками в измерении «человек-человек», которым необходимо учить студентов-медиков с самых первых дней обучения в вузе и на протяжении всего педагогического процесса.

Основными компонентами содержания обучения иностранному языку в медицинском вузе при такой компетентностной парадигме будут являться: 1) языковой и речевой материал по медицинской терминологии, 2) профессионально-ориентированные тексты, 3) темы и ситуации, связанные с профессиональной коммуникацией в сфере медицины, 4) социокультурные знания, навыки и умения, 5) невербальные средства общения.

Заключение. Современная компетентностная модель подготовки специалиста медицинского профиля является многокомпонентной и сложной, требует от преподавателя внимания и работы не только в области подготовки грамотного специалиста, владеющего иностранным языком, но и в области подготовки профессионала, владеющего этикетом делового общения, навыками культуры общения, имеющего достаточную мотивацию к самообразованию в сфере коммуникативной культуры.

Литература

1. Программа по специальности 060101 «Лечебное дело». URL: www.edu.ru
2. Гладиллина Т.А. Модель формирования основ профессионально-коммуникативной компетентности иностранных студентов-медиков. URL: <http://www.scientific-notes.ru/pdf/019-027.pdf>
3. Бабинская П.К. Практический курс методики преподавания иностранных языков/ П.К. Бабинская, Т.П. Леонтьева, И.М. Андреасян. 4 изд. Минск: ТетраСистемс, 2006. 288 с.

РЕЧЕВАЯ ЭТИКА ВРАЧА

Г.Б. Кульбаева

Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.)
г. Бишкек, Кыргызская Республика

kgkulbaeva@gmail.com

Резюме. То, как беседует врач с пациентом, является показателем не только образования, но и его уровня воспитания, его душевной щедрости и доброты. Чуткое и внимательное отношение к пациенту – это показатель милосердия. Для того, чтобы правильно поставить диагноз и назначить лечение, врачу необходимо соблюдать речевой этикет, т.е. знать словесные формы учтивости и вежливости. Какие это формы? Как и в каких ситуациях их использовать? Что может привести к непониманию и вызвать недоверие пациента при общении с врачом? Эти и другие вопросы будут рассмотрены в предлагаемой статье.

Ключевые слова: речевой этикет, ненормативная лексика, аббревиатуры, контакт, речевые формулы, эвфемизмы, дисфемизмы.

ВРАЧТЫН КЕП ЭТИКАСЫ

Г.Б. Кульбаева

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.)
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Врачтын пациент менен болгон баарлашуусу анын билиминин гана эмес, тарбия деңгээлинин, рухий берешендигинин жана боорукерлигинин көрсөткүчү болуп эсептелет. Пациентке карата болгон камкор жана ыкыластуу мамиле – бул ырайымдуулуктун көрсөткүчү. Диагнозду жана дарылоону туура коюп, дайындоо үчүн врач кеп этикетин сактоо менен, б.а. сылыктык жана адептүүлүктүн оозеки формаларын билиши зарыл. Ал кайсы формалар? Кайсы жана кандай жагдайларда аларды колдонуу керек? Врач менен мамиледеги түшүнбөстүккө жана ага карата пациенттин ишенбөөчүлүгүнө эмнелер алып келиши мүмкүн? Бул жана башка суроолор сунушталып жаткан макалада каралат.

Негизги сөздөр: кеп этикети, нормативдүү эмес лексика, аббревиатуралар, контакт, кеп формулалар, эвфемизмдер, дисфемизмдер.

SPEECH ETIQUETTE OF A DOCTOR

G.B. Kulbaeva

Kyrgyz state medical academy named after I.K. Akhunbaev

(rector – Doctor of Medicine, Prof. Kudaibergenova I.O.)

Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume. The way a doctor communicates with a patient demonstrates not only his education, but also his level of breeding, inner generosity and kindness. Sensitive and attentive attitude to the patient indicates mercy. A doctor needs to follow speech etiquette, i.e. know word forms of courtesy and politeness. What are these forms? How and in what conditions they should be used? What can lead to misunderstandings and cause mistrust of a patient when communicating with a doctor? These and other questions are going to be discussed in this article.

Key words: speech etiquette, strong language, abbreviations, contact, speech formulae, euphemisms, dispheisms.

Нельзя представить профессию врача вне общения. Слово «врач» (на древнерусском языке «врати») означает «говорить». А это значит, что врач должен не только лечить, но и уметь разговаривать со своим пациентом.

Врач или медсестра, которые «спотыкаются» на каждом слове, употребляют ненормативную лексику, вызывают у больного неприязнь и могут привести к ухудшению его состояния. Так в своей книге «Модели речевого поведения в профессиональном общении» Харченко пишет: *«Слово может убить и слово же может спасти»* [1].

По словам Матвеевой [2], «главными показателями коммуникативной культуры врача является в первую очередь эмпатия (понимание отношения собеседника к тому, о чем он рассказывает, к самой ситуации общения, понимание чувств другого, сообщение о собственных чувствах; внимательное

наблюдение за невербальными реакциями). Основная задача — продемонстрировать пациенту, что он находится в центре внимания врача».

В наше время произошли изменения врачебного профессионального языка, которые связаны с развитием медицинского жаргона, сленга, использованием аббревиатур, профессионального просторечья.

Представьте себе состояние больного, когда ему предлагает врач сдать на РАК. Безусловно, аббревиатуры экономят время, их можно использовать в разговоре с коллегами, но для пациента это сокращенное словосочетание может стать шоком, хотя оно обозначает всего лишь *«развёрнутый анализ крови»*. Или «словесные перлы» молодых врачей: *кровануло* (открылось кровотечение); *сделать жоппо* (внутримышечный укол); *лыжник* (о человеке на костылях); *НЛО* — человек в коме (неподвижно лежащий объект); *снять череп* (сделать

рентгенографию черепа); *утконос* (о человеке, санитаре, студент-практиканте, родственнике, выносящим судно из-под больного). Примеры можно перечислять до бесконечности.

Подобные слова звучат иронично и даже цинично. Вот почему вопросы правильного речевого общения должны рассматриваться на занятиях «Русский язык и культура речи» в медицинской аудитории.

Речевой этикет рассматривался многими учеными (Безродной Г.И., Ширяевым Е.Н., Формановской Н.И., Кокеновой З.К. и т.д.) Предлагались различные трактовки термину «этикет». Мы дали своё понятие об этикете. **Речевой этикет – это правила вежливого контакта говорящих в определённых ситуациях.** Общеизвестными являются ситуации *приветствие, благодарность, просьба, обращение* и т.д., выраженные с помощью определённых языковых формул [3].

Одна из основ речевого этикета – это уважение к людям, т.е. относиться к людям и говорить с ними так, как бы ты хотел, чтобы относились к тебе и разговаривали с тобой.

Общение должно начинаться с установления контакта между врачом и пациентом, с приветствия, с первого слова, произнесенного врачом. Доверительная интонация, с какой произносится это слово, приветливое выражение лица и глаз необходимы для того, чтобы пациент почувствовал уважение к себе. Обязательным приветствием является слово «Здравствуйте», которое нельзя

произносить как «Здрасьте». Есть ещё слова приветствия: «Доброе утро» до 12 часов, «Добрый день» до 17⁰⁰ часов и «Добрый вечер» до полуночи. При разговоре с пожилыми людьми желательно присоединять к приветствию имя и отчество собеседника [4].

Обращаться надо на Вы, исключив слово *больной*.

В русском языке есть два местоимения ТЫ и ВЫ, которые могут восприниматься как форма 2 лица единственного числа.

Согласно этикету местоимение ВЫ следует употреблять: 1) при обращении к незнакомому человеку; 2) к человеку старшему по возрасту; 3) при официальной обстановке общения; 4) при обращении к начальству, при собеседовании.

Ты – при разговоре с хорошо знакомым человеком, в неофициальной обстановке, к младшему по положению, возрасту.

В вузах по уставу мы должны обращаться и к студентам, и к преподавателям на ВЫ.

Прощаться можно тоже по-разному. «До свидания» + словесные обороты типа «Удачи Вам», «Всего хорошего», «Всего доброго», «Не болейте» и т.д.

Врачи и медсёстры часто используют высказывания, в категоричной форме, которые влекут за собой **отказ пациента** от контакта. Например: «*Приём окончен*», «*Без карточки не приму*», «*Очередь не занимать – больше не принимаю*», «*Сидите, ждите, Вас пригласят*», «*Это не по моей части*», «*Я ничем не могу помочь*», «*Вам в другой кабинет, читайте лучше*» и т.д. Их можно заменить фразами типа: «*Пожалуйста, возьмите карточку в регистратуре*»,

«Осталось 20 минут до окончания работы», «Не волнуйтесь. Вас пригласят», «Простите, Вам к хирургу, а я терапевт» [5].

Чтобы установить контакт с

- Боль *иррадирует* в плечо?
- Боль *локализуется* в руке?
- Боли *приступообразные*?
- Вам плохо? Опишите *симптомы* болезни.
- Какова *консистенция* откашливаемой мокроты?

пациентом, врач должен объяснять всё просто, используя общеупотребительные слова, подбирая, где возможно, русские синонимы к иноязычным словам и медицинским терминам. Сравните:

- Боль *отдаёт* в плечо?
- Покажите, где *болит* рука?
- Боли *постоянные* или *то схватят, то отпустят*?
- Вам плохо? Вас *тошнит*, голова *болит*, *слабость* есть?
- Вы откашливаете *жидкую* или *вязкую* мокроту?

Для того, чтобы успокоить больного или минимизировать проблемы, существуют специальные речевые формы в соответствии с ситуацией общения:

Не волнуйтесь, ничего страшного, не беспокойтесь, всё будет хорошо, Вы сильный человек, медицина шагнула далеко вперёд, не преувеличивайте беды,

по этим данным ничего трагического нет, чего-то такого, что требует незамедлительных действий, нет.

При беседе с пациентом врач должен избегать фраз, которые вызывают различные эмоции [6]. Замените их синонимичными фразами.

Неприятие – Почему Вы требуете к себе особого внимания?	Приятие <i>Ваши желания естественны, но нельзя не учитывать обстоятельства.</i>
Уязвляют чувство собственного достоинства <i>Не Вы врач, а я, поэтому не указывайте, что и как мне делать – я свою работу знаю.</i>	Укрепляют чувство собственного достоинства <i>Иван Петрович, будьте терпеливы, доверьтесь моему опыту.</i>
Фразы, вызывающие у пациента пессимизм <i>Если вы не будете соблюдать постельный режим, вы никогда не поправитесь и т.д.</i>	Оптимизм <i>Надо выдержать постельный режим, я верю, вы это сможете сделать и тогда быстро поправитесь.</i>

Очень часто при внешнем осмотре пациента, врач использует предложения и фразы побудительного характера, выраженные **глаголами** повелительного наклонения, единственного числа:

одевайся, раздевайся, сначала сядь, открой рот, одежду сложи там и т.д. Эти категоричные формы можно смягчить, заменив косвенными побудительными конструкциями,

которые являются показателем вежливости:

Вы можете теперь одеваться. Можете присесть. Можете сложить одежду на стул. Откройте, пожалуйста, рот и т.д.

Этикетные формулы, подчёркивающие уважение к пациенту, создаются при помощи словосочетаний: *будьте любезны, я Вас попрошу, не могли бы, пожалуйста* и т.д. Например:

Будьте любезны, разденьтесь до пояса, я Вас осмотрю. Прошу Вас, оденьтесь и лягте, я посмотрю живот. Подышите, пожалуйста. А теперь постарайтесь не дышать [6].

Положительными являются высказывания, построенные по следующим моделям:

Слово «давайте» + глагол в первом лице множественного числа. Например, *давайте послушаем Вас; давайте вместе подумаем, что может быть причиной ваших болезней; давайте просто поговорим.*

Глагол в повелительном наклонении + слова *пожалуйста, больше, если.*

Больше не болейте. Берегите себя. Если что – обращайтесь. Не беспокойтесь, всё в порядке. Пожалуйста, никогда не отчаивайтесь.

Снять категоричность высказываний можно и при помощи вводных слов: *по моему мнению, по всей вероятности, пожалуй, как мне кажется*, а также используя глаголы в сослагательном наклонении (*я бы не стал спешить, я бы взял отпуск, я бы порекомендовал этот препарат, я бы посоветовал принимать витамины*). Излишнюю категоричность, выраженную структурой личных

предложений, можно заменить неопределенно-личными, которые сглаживают эту категоричность говорящего: *я рекомендую Вам пройти обследование = Вам рекомендуется обследование.* Очень важно знать фразы и слова сочувствия, особенно, если пациенты – дети [7].

Я знаю, что больно. Потерпи, миленький, потерпи. Умница. Молодец. Хорошо потерпел. Большие не буду. Всё. Всё хорошо.

Здесь важны особая интонация и темп речи.

Ещё один из аспектов этической речи, о котором должны знать будущие врачи – это использование эвфемизмов. Под эвфемизмом понимается «слово или выражение, служащее в определённых условиях для замены обозначений, представляющиеся говорящему, нежелательными, не вполне вежливыми, слишком резкими» [8]. Например:

— *Доктор, что у меня?*

— *Доброкачественное образование.*

— *И что делать?*

— *Нужно изъять.*

Слово «опухоль» заменено на словосочетание с расплывчатой семантикой «доброкачественное образование», а лексема «удалить», вызывающая негативные эмоции, заменена нейтральным словом «изъять».

Для создания доверительной атмосферы, для успешного лечения, вполне уместны эвфемизмы типа: *недомогать* вместо *болеть*; *его не стало* вместо *умер*; *человек с ограниченными возможностями* вместо *инвалид*; *незрячий* вместо *слепой*; *нетрезвый* вместо *пьяный*; *слабослышащий* вместо

глухой. В некоторых случаях в качестве эвфемизмов используют иноязычные слова и термины: *канцер* (рак), *педикулёз* (вшивость), *алопеция* (облысение).

Вместе с эвфемизмами студенты часто используют в своей речи дисфемизмы – грубые, непристойные выражения: *скончался* (дал дуба, склеил ласты, окочурился и т.д.); о человеке: *курица*, *свинья*, *козёл*, *змея*, *дебил* и пр. На это надо обращать особое внимание всегда и

везде.

И в заключении хочется отметить, что благодаря этикету людям удавалось находить выходы из трудных положений, предотвращать разногласия и ссоры. А поскольку взаимоотношения врача и пациента многогранны, успех в лечении возможен при соблюдении доверительных человеческих отношений и научных достижений.

Литература

1. Харченко Е. Модели речевого поведения в профессиональном общении. Челябинск: Из-во ЮУрГУ. 2003; 123.
2. Матвеева Т. Этический аспект речевого общения «врач-пациент» как ключевая тема курса «Культура речи врача». Москва: Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова; 2022. 6.
3. Красивова А. Деловой русский язык: учебно-практическое пособие. Москва: Из-во МФА; 2001. 80.
4. Формановская Н. Русский речевой этикет. Москва: Рус. яз.; 2002. 159.
5. Безродная Г. Формирование профессионально-нравственной культуры будущего врача [автореф. дис. канд. пед. наук]. Москва; 1990.
6. Барсуков М. Медицинский дискурс: стратегия и тактика речевого поведения врача. [дис. на соиск. ученой степени к.ф.н.]. Саратов; 2007.
7. Русский язык: энциклопедия. Москва: Из-во «Советская Энциклопедия»; 1979. 402.
8. Сеничкина Е. Словарь эвфемизмов русского языка. Москва: Флинта: Наука; 2008. 464.

КАФЕДРЕ «ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ» ИСПОЛНИЛОСЬ 50 ЛЕТ!

У истоков кафедры «Детских инфекционных болезней» были заслуженные и признанные коллегами ученые, которые одновременно с лечебной работой на базе инфекционной больницы г. Фрунзе совмещали педагогическую деятельность. Первым заведующим курсом по детским инфекционным болезням была **доцент Манькина И.П.**

Большую роль в организации самостоятельной кафедры, подготовке клинической базы для проведения учебного процесса, подборе кадров сыграл **доцент Ш.И. Эркинбаев**, а в **1971 году организована самостоятельная кафедра детских инфекционных заболеваний**, и возглавила её **профессор Златковская Н.М.**, которая до этого работала в одном из ведущих НИИ г.Москвы. Под её руководством усиленно началась подготовка научно-педагогических кадров нашего ВУЗа, защитили кандидатские диссертации: Тургунбаев О.Т., Клеймёнова И.С., Липкин Б.Н., Осмоналиева Г.Т., Тобокалова С.Т.

В 1984 – 1993 годы заведовал кафедрой доцент Пеннер Я.Д., который работал со дня основания кафедры, одновременно был деканом педиатрического факультета. Под его руководством защитили кандидатскую диссертацию А.А. Туратбекова, Е.П. Алексеева.

С 1993 года по 2016 год заведовала кафедрой д.м.н., профессор Кадырова

Р.М., которая работает на кафедре с 1977г по настоящее время. Под её руководством защитили докторскую диссертацию (Джолбунова З.К.) и кандидатские диссертации (Суранбаева Г.С., Терехова Е.Ю., Чечетова С.В., Мамбетова М.К., Нарматова Э.Б., Халупко Е.А., Бугубаева М., Баялиева М.М., Балабасова А.М., Шайымбетов А.Т., Надирбекова Р.А.).

С 2016 года кафедрой заведует д.м.н., профессор Джолбунова З.К., под ее руководством ведется научная работа над кандидатскими и докторской диссертациями.

За 50 лет на кафедре подготовлены сотни педиатров, десятки клинических ординаторов и врачей-интернов по специальности детские инфекционные болезни, которые успешно работают в различных уголках нашей страны и за ее пределами. Подготовлено более 30 методических рекомендаций для студентов и врачей по актуальным проблемам инфекционных заболеваний у детей. Научные исследования подтверждены внедрениями в практическое здравоохранение, рациональными предложениями и патентами по диагностике и лечению.

Сотрудникам кафедры оказывается лечебная и консультативная помощь лечебно-профилактическим учреждениям г.Бишкек и районам Республики. Ежегодно проводятся практические конференции в РКИБ г.Бишкек, лекции для врачей районов

ЮБИЛЕИ И ПАМЯТНЫЕ ДАТЫ

Республики и клинических ординаторов, участвуют в ликвидации эпидемических вспышек. Сотрудники кафедры и клинические ординаторы принимают

активное участие в работе по ликвидации пандемии COVID-19 в стране февраля 2020г. по настоящее время.



Сотрудники кафедры в 2016 г.



Сотрудники кафедры в 2022 г.



Работа в «красной зоне» (2021 г.).

Сохраняя традиции и опыт, заложенный нашими учителями и сотрудниками в течение **50 лет**, кафедра детских инфекционных болезней является научно-методическим и

лечебно-консультативным центром по проблеме диагностики, лечению и профилактике инфекционных заболеваний у детей, внедрении новых научных разработок в лечебные учреждения.

ВКЛАД СУЛАЙМАНА ИМАНБАЕВА В РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.С. Иманбаев, С.С. Иманбаева

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

imanbaeva@gmail.com



Сулайман Иманбаевич Иманбаев родился 18 февраля 1932 году в селе Талды-Суу Иссык-Кульской области. В 1949 году, окончив среднюю школу с медалью, поступил в Кыргызский медицинский институт, который закончил с «отличием» в 1955 году.

Сулайман Иманбаев со школьной скамьи мечтал заниматься научной деятельностью, и после окончания института поступает в аспирантуру и успешно защищает кандидатскую диссертацию. После защиты кандидатской диссертации, Сулайман Иманбаевич проходит воинскую службу в рядах советской армии. С 1960 г. по 1975 г. заведовал отделом здравоохранения, работал

заместителем председателя Фрунзенского горисполкома, с 1975 по 1982 гг. заместителем министра здравоохранения Кыргызской ССР, в 1982 по 1990 гг. директором Кыргызского НИИ онкологии и радиологии, заместителем директора Кыргызского НИИ кардиологии, а с 1990 года по просьбе руководителей учреждений здравоохранения города начальником Главного управления здравоохранения города Бишкек. В марте 1996 по 2005 года являлся Председателем Центральной комиссии по выборам и проведению референдумов КР.

Таковы этапы большого и тернистого пути, пройденного С.И. Иманбаевым за годы

трудовой деятельности. И какой бы пост он не занимал, везде его отличали талант организатора, компетентность и высокое чувство ответственности, честное творческое отношение к делу, интеллигентность и демократичность.

Он один из основных и активных строителей современной системы охраны здоровья населения нашей республики. Под его руководством и при непосредственном участии в 1960 годы XX столетия была создана стройная система медико-санитарного обеспечения населения, заложена основа материально-технической базы здравоохранения республики и особенно столицы нашей родины.

По инициативе и при непосредственном его участии были построены десятки поликлинических, больничных и санаторных учреждений, созданы современные специализированные медицинские центры и службы.

Постоянное внимание Сулейман Иманбаевич Иманбаев уделял подбору и воспитанию кадров, многие из которых стали крупными организаторами здравоохранения, высококвалифицированными специалистами и научными работниками.

За годы работы директором НИИ онкологии и радиологии прилагал много сил и энергии вопросам совершенствования онкологической службы, повышению уровню научно-исследовательских работ. Был создан новый мощный научный потенциал службы, подготовлены десятки докторов и кандидатов наук. По его инициативе и при непосредственном участии в институте организован республиканский популяционный регистр рака, начата исследования по изучению методов

онкологического компонента всеобщей диспансеризации населения.

Сулейман Иманбаевич отличается большой требовательностью к себе. В 1985 году республиканская пресса писала о том, как «директор НИИ онкологии и радиологии С. Иманбаев проводил в своем коллективе анонимный опрос общественного мнения о себе и о своих заместителях, как руководителя и человеке». По итогам опроса он получил наилучшие результаты: 85 процентов участников отметили его высокие человеческие качества и 83 процентов деловые качества руководителя.

Будучи заместителем директора НИИ кардиологии Сулейман Иманбаевич участвовал в изучении региональных особенностей и тенденций смертности населения республики от болезней кровообращения, в разработке по внедрению нового хозяйственного механизма.

Неоценимый вклад внес Сулейман Иманбаев в улучшении здравоохранения республики в период становления Кыргызстана, как независимого государства. Им была инициирована реформы системы здравоохранения, в том числе – первичной медико-санитарной помощи в республике, заложена законодательная и практическая база внедрения страховой медицины, создания многопрофильных поликлиник, последипломной подготовки семейных врачей.

Сулейман Иманбаевич Иманбаев, будучи народным депутатом легендарного Жогорку Кеңеша 1990-1995 гг., в составе Конституционной комиссии и Конституционного совета в 1992-2003гг. принимал активное участие в подготовке и принятии первой Конституции суверенного Кыргызстана и её последующих редакций.

Бесспорен его вклад в создании фундамента законодательной базы демократического Кыргызстана, в формирование условий для успешного проведения реформ в экономике и политике.

Под руководством Сулеймана Иманбаевича Иманбаева подготовлены и приняты Парламентом первые законы суверенного Кыргызстана в области здравоохранения «Об охране здоровья народа», «О медицинском страховании», «Санитарно-эпидемиологическом благополучии», «Об охране труда» и «О пенсионном обеспечении граждан и др.

По инициативе Сулеймана Иманбаевича и под его непосредственным руководством в республике была проведена реформа избирательной системы в соответствии с «Государственной программой совершенствования избирательной системы КР на 1997-2000 гг. и 2001-2005 гг.», составными частями которой стали «Кодекс о выборах», «Концепция организации целостной системы непрерывного образования, просвещения, обучения и повышения квалификации участников избирательного процесса», а также Государственная автоматизированная система «Шайлоо».

Сулейман Иманбаевич успешно совмещал государственную, общественную, практическую и научную работу, является автором более 100 опубликованных научных работ по проблемным вопросам социальной гигиены и организации здравоохранения, в том числе 4-х монографий.

Он известный в республике публицист, он постоянно выступал в СМИ по вопросам

реформирования здравоохранения, избирательной системы, по другим проблемам общественной жизни. Неоднократно выезжал во главе делегации в зарубежные страны, выступал с докладами перед различной аудиторией.

Сулейман Иманбаевич – видный общественный деятель республики. В 1961-1977 гг. избирался членом Фрунзенского горкома партии, депутатом Фрунзенского горсовета 8 созывов и членом его исполкома, членом коллегии мэрии города Бишкек. В 1990 году он был избран народным депутатом Жогорку Кенеша КР, членом его президиума, председателем постоянной комиссии по вопросам охраны здоровья, труда, семьи и социальной защиты населения.

«За большие заслуги в подготовке кадров и организации здравоохранения республики» Ученый совет Кыргызской Государственной Медицинской Академии и Национального центра онкологии присвоили С. Иманбаевичу звание Почетный профессор.

Сулейман Иманбаевич Иманбаевич – Государственный советник 1 класса, Заслуженный врач КР, Отличник здравоохранения СССР, Почетный гражданин города Бишкек и Тюпского района. Награжден орденами: «Манас» 1 степени, «Знак почета», медалью «Данк», «За доблестный труд в ВОВ 1941-1945г.г.», «За трудовую доблесть», «Ветеран труда», юбилейными медалями и Грамотами Верховного Совета КР.

Заслуги Сулеймана Иманбаевича Иманбаевича навсегда останутся в памяти потомков.