

**Научный медицинский журнал**

Журнал зарегистрирован в Министерстве юстиции КР, регистрационное свидетельство №002564

Включен в список журналов ВАК КР, рекомендованных для публикации материалов докторских и кандидатских диссертаций в области медицины. Индексируется Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) с 2012г.

Главный редактор – **Зурдинов Ашир Али Зурдинович**, д.м.н., профессор, член-корреспондент НАН КР, заслуженный деятель науки

Зам. главного редактора – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, д.м.н., профессор, Лауреат Госпремии КР в области науки и новых технологий, зав. каф. госпитальной терапии. e-mail: brimkulov@list.ru

Ученый секретарь – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, к.м.н., доцент каф. акушерства и гинекологии, Лауреат Премии Правительства КР в области науки и новых технологий. e-mail: nauka555@mail.ru

**Редакционная коллегия:**

**Алдашев А.А.** – академик, вице - президент НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. фундаментальных дисциплин  
**Джумабеков С.А.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор каф.травматологии, ортопедии и ЭХ  
**Кудаяров Д.К.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. госпитальной педиатрии  
**Мамытов М.М.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. нейрохирургии

**Мамакеев М. М.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор  
**Мурзалиев А.М.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. каф. неврологии  
**Нанаева М.Т.** – почетный академик НАН КР, д.м.н., профессор  
**Раимжанов А.Р.** – академик НАН КР, д.м.н., профессор, зав. курсом гематологии

**Редакционный Совет:**

**Адамбеков Д.А.** – д.м.н., проф., чл.корр. НАН КР, зав. каф. микробиологии  
**Акынбеков К.У.** – д.м.н., проф., зав. каф. общественного здравоохранения  
**Алымкулов Р.Д.** – д.м.н., проф. кафедры клин. реабилитологии и физиотерапии  
**Арнольдас Юргутис** - профессор, зав. каф. общественного здравоохранения Клайпедского Университета (Литва)  
**Аскеров А.А.** – к.м.н., и.о. проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №2  
**Бейшенбиева Г.Дж.** - д.м.н., и. о. проф., зав. каф. «Сестринское дело»  
**Давлеталиева Н.Э.** - д.м.н., доц., начальник управления учебно-организационной и методической работы  
**Даваасурэн О. С.** - д.м.н., проф., Президент Ассоциации Монгольской паллиативной медицины, Монгольский государственный университет медицинских наук (Монголия)  
**Кадырова Р.М.** – д.м.н., проф., зав. каф. детских инфекционных заболеваний  
**Калиев Р.Р.** - д.м.н., проф., зав. каф. терапии общей практики с курсом семейной медицины  
**Карашева Н.Т.** – к.п.н., зав.каф.физики, математики и информ.технологий  
**Катаев В.А.** - д.фарм. наук, проф., проректор ГБОУ ВПО, Башкирский государственный медицинский университет Минздрава России  
**Кононец И.Е.** - д.м.н., проф., зав. каф. фундаментальной и клинической физиологии

**Куттубаева К.Б.** - д.м.н., проф.,зав. каф. терапевтической стоматологии  
**Куттубаев О.Т.** - д.м.н., проф.каф.фундамен.дисциплин  
**Мингазова Э.Н.** – д.м.н., профессор кафедры, Казанский государственный медицинский университет (Россия)  
**Миррахимов Э.М.** - д.м.н., профессор зав.каф. факультетской терапии  
**Молдобаева М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. пропедевтики внутренних болезней  
**Мураталиева А.Ж.** - к.ф.н., доц., зав.каф. фармакогнозии  
**Мусаев А.И.** - д.м.н., профессор, зав.каф. хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
**Мусуралиев М.С.** - д.м.н., проф., зав. каф. акушерства и гинекологии №1  
**Оморов Р.А.** – д.м.н., проф.,чл. корр. НАН КР, зав. каф. факультетской хирургии  
**Сатылганов И.Ж.** - д.м.н., проф., проректор по доклиническому обучению и воспитательной работе и гос. языку, зав.кафедрой патанатомии  
**Сопуев А.А.** - д.м.н., проф., зав.каф. госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии  
**Тилекеева У.М.** - д.м.н., проф., и.о. зав. каф. базисной и клинической фармакологии  
**Усупбаев А.Ч.** - д.м.н., проф., зав. каф. урологии и андрологии до и последипломного образования  
**Чонбашева Ч.К.** - д.м.н., проф. каф. госпитальной терапии, профпатологии с курсом гематологии  
**Шекера О.Г.** - д.м.н., проф., директор института семейной медицины Национальной медакадемии последипломного образования П.Л.Шупика (Украина)

**Учредитель**

Адрес редакции журнала:  
г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.  
Телефон: (312) 54 94 60, Тираж 200 экз.

© Кыргызская государственная медицинская академия

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

**Илимий медициналык журнал**

Журнал КР Юстиция министирлигинде каттоодон өткөн, каттоо күбөлүгү №002564.

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

Башкы редактор – **Зурдинов Ашир Али Зурдинович**, м.и.д., профессор, КР УИАнын мүчө-корреспонденти, илимге эмгек сиңирген ишмер

Башкы редактордун орун басары – **Бримкулов Нурлан Нургазиевич**, м.и.д., профессор, КР илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты, госпиталдык терапия кафедрасынын башчысы. e-mail: brimkulov@list.ru

Окумуштуу катчы – **Исакова Жылдыз Казыбаевна**, м.и.к., акушерчилик жана гинекология кафедрасынын доценти, КР Өкмөтүнүн илим жана жаңы технологиялар боюнча мамлекеттик сыйлыгынын лауреаты. e-mail: nauka555@mail.ru

**Редакциялык жамаат:**

**Алдашев А.А.** – академик, КР УИАнын вице - президенти, м.и.д., профессор, фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын башчысы

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

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

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

**Мамытов М.М.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, нейрохирургия кафедрасынын башчысы

**Мурзалиев А.М.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, неврология кафедрасынын башчысы

**Нанаева М.Т.** – КР УИАнын ардактуу академиги, м.и.д., профессор

**Раимжанов А.Р.** – КР УИАнын академиги, м.и.д., профессор, гематология курсунун башчысы

**Редакциялык Кеңеш:**

**Адамбеков Д.А.** – КР УИАнын мүчө-корреспонденти, м.и.д., профессор, микробиология кафедрасынын башчысы

**Акынбеков К.У.** – м.и.д., профессор, коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы

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

**Арнольдас Юргутис** – м.и.д., профессор, Клайпеда университетинин коомдун саламаттыгын сактоо кафедрасынын башчысы

**Аскеров А.А.** – м.и.д., профессор м.а., №2 акушерчилик жана гинекология кафедрасынын башчысы

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

**Давлеталиева Н.Э.** - м.и.д., доцент, окуу-уюштуруу жана усулдук иштер башкармалыгынын жетекчиси

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

**Кадырова Р.М.** – м.и.д., профессор, балдардын инфекциялык оорулары кафедрасынын башчысы

**Калиев Р.Р.** - д.м.и.д., профессор, жалпы практикадагы терапия үй-бүлөлүк медицина курсу менен кафедрасынын башчысы

**Карашева Н.Т.** – п.и.к., физика, математика жана информ. технология кафедрасынын башчысы

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

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

**Куттубаев О.Т.** - м.и.д., фундаменталдык дисциплиналар кафедрасынын профессор

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

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

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

**Молдобаева М.С.** - м.и.д., профессор, ички оорулардын пропедевтикасы кафедрасынын башчысы

**Мураталиева А.Ж.** - ф.и.к., доц., фармакогнозия кафедрасынын башчысы

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

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

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

**Сатылганов И.Ж.** - м.и.д., профессор, клиникага чейинки окутуу, тарбия иштери жана мамлекеттик тил боюнча проректор, патанатомия кафедрасынын башчысы

**Сопуев А.А.** - м.и.д., профессор, госпиталдык хирургия оперативдүү хирургия курсу менен кафедрасынын башчысы

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

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

**Чонбашева Ч.К.** - м.и.д., госпиталдык терапия, профпатология гематология курсу менен кафедрасы

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

**Негиздөөчү**

© Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Журналдын редакциясынын дарегі:  
Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92, КММА.  
Телефону: (312) 54 94 60. Тираж 200 нуска.

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

**Scientific Medical Journal**

The journal is registered at the Ministry of justice, registered certificate - №002564, 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.

Editor in chief – **Zuridinov Ashyraly Zurdinovich**, dr.med.sci, professor, corresponding number of NAS KR, Honoured Scientist

Deputy Editor in Chief – **Brimkulov Nurlan Nurgasievich**, dr.med.sci, professor. Laureate of state prize in the field of science and new technologies, the head of hospital therapy department. e-mail: brimkulov@list.ru

Learned Secretary – **Isakova Zhyldyz Kazybaevna**, cand.med sci. State Prize Laureate in the field of science and new technologies. e-mail: nauka555@mail.ru

**Editorial Board:**

**Aldashev A. A.** – academician, vice –president of NAS KR, dr.med.sci, professor, the head of fundamental disciplines.

**Djumabekov S. A.** – academician of NAS. KR, dr.med. sci, prof. the department of traumatology, orthopedy and E.S.

**Kudayarov D. K.** – academician NAS KR, dr. med. sci. the head of neurosurgery department.

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

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

**Murzaliev A. M.** – academician NAS KR., dr. med. sci. professor, the head of neurology department

**Nanaeva M. T.** – Honorary academician of NAS KR, dr.med. sci. professor

**Raimzhanov A. R.** - academician of NAS KR, dr.med.sci professor, the head of hematology course

**Editorial Council:**

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

**Akynbekov K.U.** - dr.med.sci., prof., the head of public health department

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

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

**Askero A.A.** - dr.med. sci, deputy prof., the head of obstetrics and gynecology department №2

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

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

**Davletalieva N.E.** - dr. med.sci., associate prof., the head of administration of educational – organizational and methodical work

**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)

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

**Kaliev R.R.** - dr.med.sci., prof., the head of therapy of general practice department with family medicine course.

**Karasheva N.T.** - cand.ped.sci., the head of the department of physics, mathematics and information technologies.

**Kataev V.A.** – dr. pharm. sci., prof., vice –rector of scientific and innovating work of State Budget educational institution of Higher professional education, Bashkir state Medical University of Russia Public Health. (Russia)

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

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

**Kuttubaev O.T.** - dr.med.sci., prof., the department of fundamental disciplines

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

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

**Moldobaeva M.S.** – dr.med.sci, the head internal diseases propedeutics

**Muratalieva A.Zh.** – cand. pharm sci., associate prof, the head of pharmacognosy department

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

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

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

**Satylganov I.Z.** – dr.med.sci., prof., vice –rector in preclinical and training and educational work and state language, the head of pathological anatomy

**Sopuev A.A.** - dr.med.sci., prof., the head of hospital surgery department with operative surgery course

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

**Tilekeeva U.M.** - dr.med.sci., prof., the head of fundamental and clinical pharmacology

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

**Founder**

© Kyrgyz State Medical Academy

Editorial postal address

Bishkek, Akhunbaev str.92 KSMA

Phone: (312) 54 94 60. Circulation 200 copies.

The authors are responsible for the content and authenticity of materials. The editorial board is not responsible for the content of advertising materials.

## РЕДАКЦИОННАЯ СТАТЬЯ

|                     |    |
|---------------------|----|
| Бримкулов Н.Н. .... | 10 |
|---------------------|----|

## ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

|                                                                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М. Клинико-эпидемиологическая характеристика рожистого воспаления по материалам РКИБ..... | 12 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Кельдибекова Т.А., Зурдинов А.З., Сабирова Т.С. Состояние и прогноз развития фармацевтического рынка антибактериальных препаратов в Кыргызской Республике..... | 16 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                        |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Тиллабаева А.О. Актуальные проблемы социальной адаптации и реабилитации инвалидов..... | 20 |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф. Оценка эффективности обучающей программы в условиях поликлиники на приверженность к лечению больных артериальной гипертензией..... | 23 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ВОПРОСЫ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН

|                                                                                                                                                                |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Гайворонская Ю.Б. Особенности организации соединительно-тканых и гладкомышечных волокон в капсуле трахеобронхиальных лимфатических узлов у взрослых людей..... | 26 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Козьмина Ю.В., Джаналиев Б.Р., Джолдубаев С.Д., Козьмин М.Г. Морфологическая характеристика казеозной пневмонии..... | 29 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                             |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Кононец И.Е., Калыкеева А.А. Оценка вегетативной реактивности студентов колледжа, обучающихся по разным специальностям..... | 33 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ВОПРОСЫ ВНУТРЕННЕЙ МЕДИЦИНЫ

|                                                                                                                                         |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н. Хроническая дуоденальная непроходимость, диагностика и лечение..... | 36 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                             |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Керимкулова А.С., Арапова Р.К., Лунегова О.С., Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М. Ассоциация субклинического атеросклероза сонных артерий с инсулинорезистентностью у этнических кыргызов..... | 40 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Саркина А.К., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А., Абдыбаева М., Таалайбекова А.Т. Антибиотикочувствительность возбудителей кишечных инфекций у взрослых..... | 45 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## ВОПРОСЫ АКУШЕРСТВА И ПЕДИАТРИИ

|                                                                                                                                                                              |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ашыралиева Д.О., Умуралиева А.М., Абдыкеримова Т.А. Ашыралиева Ж.Ш. Микробиологическая диагностика бактериемий новорожденных детей с признаками внутриутробной инфекции..... | 50 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Бабаджанов Н.Дж., Бейшеева М.Т., Закирова Р.А. Врожденные пороки развития: факторы влияющие на их формирование и методы их профилактики..... | 52 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Бактыбек кызы Н., Мамбетова М.К., Береговой А., Юрчук А. Особенности клинического течения генерализованных форм менингококковой инфекции у детей..... | 55 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                             |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Баялиева М.М., Хатамов М.З., Зулпукарова Н., Мамбетова А.И., Кадырова Р.М. Клинико - эпидемиологические особенности внутрибольничных пневмоний у детей..... | 58 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М. Клинические особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста..... | 62 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                          |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Боконбаева С.Дж., Какеева А.А., Нуржанова С.Т., Бектурсунов Т.М., Алджанбаева И.Ш., Джакшылыкова А.А. Факторы риска развития неонатальных пневмоний..... | 66 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. Эффективность комплексной небулайзерной терапии при бронхообструктивном синдроме у детей..... | 70 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж. Нервно-психическое развитие и патология нервной системы у детей, родившихся доношенными с недостаточностью питания, в катамнезе..... | 72 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

|                                                                                                                                                                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.</b> Особенности течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистоцией.....                                                               | 76  |
| <b>Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А., Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.</b> Актуальные вопросы коклюша у детей на современном этапе генеза.....                                                                 | 80  |
| <b>ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ</b>                                                                                                                                                                                           |     |
| <b>Абасканова П.Д., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М.</b> Клинико-рентгенологическая оценка эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести ультрафонофорезом «Антоксида»..... | 83  |
| <b>Чолокова Г.С., Калбаев А.А.</b> Применение европейских индикаторов стоматологического здоровья детей Бишкека.....                                                                                                  | 87  |
| <b>ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ</b>                                                                                                                                                                                               |     |
| <b>Алымкулов М.Ч.</b> Результаты лапароскопических холецистэктомий у больных различных возрастных групп.....                                                                                                          | 91  |
| <b>Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.</b> Хирургическое лечение острого медиастинита.....                                                                                                               | 95  |
| <b>Белеков Ж.О., Джаниев У.Х.</b> Результаты хирургического лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков.....                                                                                             | 98  |
| <b>Джаниев У.Х.</b> Тактика лечения при интраоперационных травмах желчных протоков.....                                                                                                                               | 101 |
| <b>Оморов Т.Б.</b> Сравнительная оценка течения послеоперационного периода у больных острым холециститом в условиях высокогорья и низкогогорья.....                                                                   | 104 |
| <b>ВОПРОСЫ ТРАВМАТОЛОГИИ</b>                                                                                                                                                                                          |     |
| <b>Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Жунусов Б.Ж.</b> Преимущества функционального остеосинтеза переломов диафиза и перелома-вывихов акромиального конца ключицы.....                                                  | 107 |
| <b>Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж., Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К.</b> Усовершенствованный метод остеоперфорации при хроническом остеомиелите у больных сахарным диабетом.....                          | 110 |
| <b>ВОПРОСЫ УРОЛОГИИ</b>                                                                                                                                                                                               |     |
| <b>Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.</b> Коралловидный нефролитиаз.....                                                                                                                                                   | 113 |
| <b>Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Авазов Б.А., Беркулов Д.А., Сексенбаев С.Р.</b> Новый метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза.....                                                           | 115 |
| <b>Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.У.</b> Оптимизация хирургического лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы.....                                                                           | 118 |
| <b>Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.</b> Эректильная дисфункция при компенсированной стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы.....                                                           | 121 |

РЕДАКЦИЯЛЫК СТАТЪЯ

|                    |    |
|--------------------|----|
| Бримкулов Н.Н..... | 10 |
|--------------------|----|

САЛАМАТТЫК САКТООНУ УЮШТУРУУ МАСЕЛЕЛЕРИ

|                                                                                                                                                                                                        |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М. Республикалык жугуштуу клиникалык ооруканасынын материалдары боюнча тилме сыяктуу боюнча клиникалык эпидемиологиялык мүнөздөмөсү..... | 12 |
| Кельдибекова Т.А., Зурдинов А.З., Сабирова Т.С. Кыргыз Республикасындагы бактерияга каршы дары каражаттарынын фармацевтикалык рыногунун абалы жана анын өнүгүү болжолу.....                            | 16 |
| Тиллабаева А.О. Майыптарды реабилитациялоо жана социалдык ыңгайлашуунун актуалдык маселелери.....                                                                                                      | 20 |
| Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф. Артериялык гипертензия менен ооруган бейтаптарды дарылоо боюнча окуу программасынын бейтапкана шартында баалоо.....                                                     | 23 |

НЕГИЗГИ САБАКТАРП МАСЕЛЕЛЕРИ

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Гайворонская Ю.Б. Адамдардын кекиртект жана бронх лимфа-бездеринин капсуласындагы катмарларындагы ткан-талчаларынын жана булчуң-талчаларынын каатнаштыгы..... | 26 |
| Козьмина Ю.В., Джаналиев Б.Р., Джолдубаев С.Д., Козьмин М.Г. Казеоз пневмониясынын морфологиялык мүнөздөмөсү.....                                             | 29 |
| Кононец И.Е., Калыкеева А.А. Колледждин түрдүү адистиктеринде окуган студент кыздарынын вегетативдик реактивдүүлүгүн баалоо.....                              | 33 |

ИЧКИ МЕДИЦИНА МАСЕЛЕЛЕРИ

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н. Өнөкөт он эки элилик өтпөстүк, аныктоо жана дарылоо.....                                                        | 36 |
| Керимкулова А.С., Арапова Р.К., Лунегова О.С., Бекташева Э.Э., Миррахимов Э.М. Уйку артерияларынын субклиникалык атеросклерозу инсулинтуруктуулук менен байланышы.....              | 40 |
| Саркина А.К., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А., Абдыбачаева М., Таалайбекова А.Т. Чоң кишилердин бактериялык жугуштуу ичеги ооруларын козгогучтардын антибиотикке сезгичтиги..... | 45 |

АКУШЕРЛИК ЖАНА ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

|                                                                                                                                                                                                                                                   |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ашыралиева Д.О., Умуралиева А.М., Абдыкеримова Т.А. Ашыралиева Ж.Ш. Ымыркайлардык инфекциясын микробиологиялык тастыктоо.....                                                                                                                     | 50 |
| Бабаджанов Н.Дж., Бейшеева М.Т., Закирова Р.А. Тубаса жетилүүнүн кемтиктери: алардын пайда болуусунун жагдайлары жана алдын алуу жолдору.....                                                                                                     | 52 |
| Бактыбек кызы Н., Мамбетова М.К., Береговой А., Юрчук А. Балдардагы менингококк чакырган дартынын клиникалык өзгөчүлүктөрү.....                                                                                                                   | 55 |
| Баялиева М.М., Хатамов М.З., Зулпукарова Н., Мамбетова А.И., Кадырова Р.М. Жаш балдардын бейтапканада жаткан жугуштуу өпкөнүн сезгенишинин клиникалык жана эпидемиологиялык өзгөчүлүктөрү.....                                                    | 58 |
| Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М. Үч жашка чейинки балдардын курч мезгилдеги обструктивдүү бронхиттин клиникасынын өзгөчүлүктөрү.....                                                                                                             | 62 |
| Боконбаева С.Дж., Какеева А.А., Нуржанова С.Т., Бектурсунов Т.М., Алжанбаева И.Ш., Джакшылыкова А.А. Неонаталдык пневмониянын өнүгүшүндөгү кооптуу факторлор.....                                                                                 | 66 |
| Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. Балдарда бронхообструктивдүү синдромунда комплекстүү небулайзердик терапиянын эффективдүүлүгү.....                                                                                                                    | 70 |
| Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В., Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж. Тамактануунун жетишсиздиги жана өз убагында төрөлгөн балдардын нерв-психикалык өсүүсү жана нерв системасынын бузулушу кийинки байкоолордун жыйынтыгында ..... | 72 |

|                                                                                                                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.</b> Цефало-пельвикалык дистоциясы бар төрөөчү аялдардын кош бойлуулугунун жана төрөгүнүн жүрүшүнүн өзгөчөлүгү.....                                   | 76  |
| <b>Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А., Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.</b> Азыркы убактагы көк жөтөлдүн актуалдуулугу.....                                                                      | 80  |
| <b>СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>                                                                                                                                                                         |     |
| <b>Абасканова П.Д., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М.</b> Орточо даражадагы өнөкөт жайылган пародонтитти «Антоксид» каражатын ультрафонофорез жүргүзүп натыйжасын клиника-рентген аркылуу баа берүү..... | 83  |
| <b>Чолокова Г.С., Калбаев А.А.</b> Бишкек шаарында жашаган балдардын стоматологиялык ден-соолугун европалык индикаторлорду колдонуу менен изилдөө.....                                                 | 87  |
| <b>ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>                                                                                                                                                                             |     |
| <b>Алымкулов М.Ч.</b> Ар түрдүү курактагы оорулуулардын лапароскопиялык холецистэктомиясынын жыйынтыктары.....                                                                                         | 91  |
| <b>Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.</b> Курч медиастинитти хирургиялык дарылоо.....                                                                                                    | 95  |
| <b>Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.</b> Боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн тырыктуу структураларын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктары.....                                                                     | 98  |
| <b>Джапиев У.Х.</b> Өт түтүктөрүнүн операция учурунда пайда болгон травмаларын дарылоо тактикасы.....                                                                                                  | 101 |
| <b>Оморов Т.Б.</b> Тоолуу жана шаар шартында жашаган бейтаптардын өткүр холецистит оорусунун операциядан кийинки мөөнөтүнүн салыштырмасы.....                                                          | 104 |
| <b>ТРАМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>                                                                                                                                                                         |     |
| <b>Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Жунусов Б.Ж.</b> Акыректин диафизинин сынуусунда жана акромиалдык бөлүгүнүн сынып-чыгып кетүүсүндөгү функционалдык остеосинтезинин артыкчылыктары .....            | 107 |
| <b>Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж., Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К.</b> Кант диабети менен ооруган бейтаптардын өнөкөт остеомиелитинде остеоперфорациянын жакшыртылган методдору.....     | 110 |
| <b>УРОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ</b>                                                                                                                                                                             |     |
| <b>Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.</b> Маржан нефролитиазы.....                                                                                                                                          | 113 |
| <b>Оморов Р.А., Осмоналиев Б.К., Аvasов Б.А., Беркулов Д.А., Сексенбаев С.Р.</b> Жоон ичегинин өнөкөт стаз оорусун жаңы хирургиялык метод менен дарылоо.....                                           | 115 |
| <b>Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.У.</b> Простата безинин залалсыз гиперплазиясынын хирургиялык дарылоосунун оптимизациясы.....                                                                 | 118 |
| <b>Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.</b> Простата безинин залалсыз гиперплазиясынын компенсация башкычындагы эректилдик дисфункциясы.....                                                       | 121 |

# CONTENTS

## EDITORIAL

|                     |    |
|---------------------|----|
| Brimkulov N.N. .... | 10 |
|---------------------|----|

## QUESTIONS ON ORGANIZATION OF HEALTH CARE

|                                                                                                                                                                                                      |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Djumagulova A.Sh., Fesenko N.V., Djangazieva A.A., Sholpanbay u M. Clinical and epidemiological characteristics of erysipelas on the materials Republican Clinical Infectious Diseases Hospital..... | 12 |
| Keldibekova T.A., Zurdinov A.Z., Sabirova T.S. Status and forecast of development of antibacterial drugs market in the Kyrgyz Republic.....                                                          | 16 |
| Tillabaeva A.O. Current problems resettlement and rehabilitation of disabled persons.....                                                                                                            | 20 |
| Yarmukhamedova D.Z., Yusupov O.F. Effect of program «School of hypertonic» on the compliance in the patients with essential hypertension.....                                                        | 23 |

## QUESTIONS ON FUNDAMENTAL DISCIPLINES

|                                                                                                                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gayvoronskay Y.B. Specialty of organization the connetive and muscular fibers in the capsule of the tracheobronchial lymphatic nodes in humans of adult age..... | 26 |
| Kozmina U.V., Djanaliev B.R., Djoldubaev S.D., Kozmin M.G. Morphological characteristic of caseous pneu-monia.....                                               | 29 |
| Kononets I.E., Kalykeeva A.A. Estimation of vegetative reactance of students of the college trained on different specialities.....                               | 33 |

## QUESTIONS ON INTERNAL DISCIPLINES

|                                                                                                                                                                                              |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Abdullaev D.S., Toigonbaev A.T., Altynbekova A.A., Toktosopiev Ch.N. Chronic duodinal obstuction, diagnosis and tratment.....                                                                | 36 |
| Kerimkulova A.S., Arapova R.K., Lunegova O.S., Bektasheva E.E., Mirrakhimov E.M. Association of subclinical carotid atherosclerosis with insulin resistance in group of ethnic Kyrgyzes..... | 40 |
| Sarkina A.K., Djumagulova A.Sh., Djangazieva A.A., AbdybachaevaM., Taalaibekova A.T. Antimicrobial resistance of pathogens of intestinal infections in adults.....                           | 45 |

## QUESTIONS ON OBSTETRICS AND PEDIATRICS

|                                                                                                                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ashyralieva D.O., Umuralieva A.M., Abdykarimova T.A., Ashyralieva J. Sh. Microbiological diagnosis of bacteremia of newborns with signs of intrauterine infection.....                                                               | 50 |
| Babadjanov N.J., Beysheeva M.T., Zakirova R.A. Congenital malformations: influenced factors to the formation and their prevention.....                                                                                               | 52 |
| Bactybek kyzy N., Mambetova M.K., Beregovoy A., Yurchuk A. Clinical features of generalized forms of meningococcal infection in children.....                                                                                        | 55 |
| Bayalieva M.M., Hatamov M.Z., Zulpukarova N., Mambetova A.I., Kadyrova R.M. Clinical and epidemiological features of nosocomial pneumonia in children.....                                                                           | 58 |
| Bokonbaeva S. Dj., Apsamatova N. M. Clinical features of a current it is bronchial obstruction at children of early age.....                                                                                                         | 62 |
| Bokonbaeva S. D., Kakeeva A.A., Nurzhanova S.T., Bektursunov T.M., Aldjanbaeva I.Sh., Dzhakshylikova A.A. Risk factors for neonatal pneumonia.....                                                                                   | 66 |
| KarimovaN.I., ShamsievF.M. Effective integrated inhalation therapy in bronchial obstruction in children.....                                                                                                                         | 70 |
| Nurmatova N.M., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V., Moldogazieva A.S., Bolotbekova A.Z. Psychological development and pathology of nervous system in children who were born as full-term with nutrient deficiency, in catamnesis..... | 72 |
| Omurkulova G.S., Imankulova Ch.B., Isakova J.K. The peculiarities of the present pregnancy and delivery in women whose labors were complicated with cephalo-pelvic dystocia.....                                                     | 76 |

## CONTENTS

---

|                                                                                                                                                                                                                                             |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Yurchuk A.A., Chechetova S.V., Karamurzaeva G.A., Chinieva D.K., Zhuravleva O. Y.</b> Topical issues of pertussis in children at the present stage.....                                                                                  | 80  |
| <b>QUESTIONS ON STOMATOLOGY</b>                                                                                                                                                                                                             |     |
| <b>Abaskanova P.D., Alymkulov R.D., Saralinova G.M.</b> Clinical-röntgenological review of effective curement of chronic generalized paradontitis in middle fase of development curement with the help of ultraphonophorez «Antoksida»..... | 83  |
| <b>Cholokova G.S., Kalbaev A.A.</b> Bishkek child's stomatological health european indicators.....                                                                                                                                          | 87  |
| <b>QUESTIONS ON SURGERY</b>                                                                                                                                                                                                                 |     |
| <b>Alymkulov M.Ch.</b> The results of laparoscopic cholecystectomy in patients of different age groups.....                                                                                                                                 | 91  |
| <b>Ashinaliev A.A., Stepanchuk I.V., Beishenaliev A.S.</b> Surgical trestment of acute mediastinites.....                                                                                                                                   | 95  |
| <b>Belekov J.O., Djapiev U.H.</b> The results of surgical treatment of cicatricial strictures of the extrahepatic bile ducts.....                                                                                                           | 98  |
| <b>Djapiev U.H.</b> The tactics of treatment for intraoperative injuries of the bile ducts.....                                                                                                                                             | 101 |
| <b>Omorov T.B.</b> Comparative evaluation of postoperative course in patients with acute cholecystitis in the highlands and lowlands.....                                                                                                   | 104 |
| <b>QUESTIONS ON TRAUMATOLOGY</b>                                                                                                                                                                                                            |     |
| <b>Djumabekov S. A., Anarkulov B.S., Junusov B. J.</b> Benefits functional osteosynthesis of shaft fractures and fracture-dislocatsions of the acromial of the clavicle.....                                                                | 107 |
| <b>Mamyshev A.J., Абдурахманов N.S., Djumabaev A.J., Sujunbaev R.T., Muratov K.K.</b> Improved methods of osteoperforation at chronic osteomyelitis in patients with diabetes.....                                                          | 110 |
| <b>QUESTIONS ON UROLOGY</b>                                                                                                                                                                                                                 |     |
| <b>Makhmudov A. M., Mambetov J. S.</b> Coral nephrolithiasis.....                                                                                                                                                                           | 113 |
| <b>Omorov R.A., Osmonaliev B.K., Avasov B.A., Berkulov D.A., Seksenbaev S.R.</b> The new method of surgical treatment of a chronic colonic stasis.....                                                                                      | 115 |
| <b>Omorov D.Zh., Mambetov J.S., Uraimov B.U.</b> Optimization of surgical treatment of benign prostatic hyperplasia.....                                                                                                                    | 118 |
| <b>Uraimov B. R., Mambetov Zh. S., Omorov D. R.</b> Erectile Dysfunction in the initial stage of benign prostatic hyperplasia.....                                                                                                          | 121 |



**Борис Яковлевич Эльберт**

Уважаемые коллеги, дорогие читатели нашего журнала,

Второй номер журнала «Вестник КГМА имени И.К. Ахунбаева» за 2016 год выходит к открытию Дней науки КГМА – 2016, которые традиционно проходят уже пятый раз и посвящаются в этом году 125-летию со дня рождения первого ректора КГМА, выдающегося ученого, одного из основоположников советской, белорусской, и кыргызской микробиологии, профессора Бориса Яковлевича Эльберта (1891-1963).

Его имя многие годы замалчивалось в связи с невольным участием в секретных программах разработки бактериологического оружия в СССР в 30-е годы прошлого века. После окончания секретных работ, Б.Я. Эльберт не был расстрелян, как большинство других участников этого проекта, а был выслан в Киргизию. Здесь его выдающиеся организаторские способности проявились не только в организации за короткий срок в 1939 году Киргизского государственного медицинского института. Он также был организатором и первым директором Киргизского санитарно-бактериологического института (1938-1945гг), одним из организаторов журнала «Советское здравоохранение Киргизии» (1938г), организатором и первым заведующим кафедрой микробиологии КГМИ (1940 год), инициатором и первым председателем Правления научного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов Киргизской ССР (1941-1945). В прошлом номере журнала была опубликована

статья о Борисе Яковлевиче Эльберте, а на Днях науки КГМА – 2016 состоится доклад о его жизни и деятельности.

Следует отметить, что проведение Дней науки предоставляет уникальную возможность для обмена мнениями, наряду с презентациями студентов и молодых ученых прозвучат доклады ведущих ученых страны. Будут проведены: учная конференция студентов, симпозиумы молодых ученых, пленарные заседания, Школы для практических врачей, Круглый стол по подготовке научных публикаций и другие мероприятия. Важно подчеркнуть, что в прошлые годы в рамках Дней науки проводились также мероприятия, связанные с деятельностью Международного движения «Врачи за предотвращение ядерной войны», посвященные 70-летию Победы в Великой Отечественной войне и другие, имеющие важную воспитательную роль. За 5 лет выступали с докладами и лекциями не только ведущие ученые Кыргызстана, а также ведущие специалисты и эксперты из Турции, Японии, США, Швейцарии, России, Украины, Белоруссии, Казахстана, Узбекистана, Таджикистана, Литвы.

Молодежь представила в этом году более 200 докладов и нас очень радует, что количество докладов молодых ученых с каждым годом возрастает (см. таблицу). В данном номере журнала представлен ряд материалов презентаций молодых ученых, включая исследования в области акушерства и педиатрии, хирургии, травматологии и урологии.

Все полнотекстовые статьи нашего журнала

Таблица.

|                        | Студенческие<br>доклады | Доклады<br>молодых ученых | Всего докладов |
|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------|
| 2012 г.                | 44                      | 29                        | 73             |
| 2013 г.                | 46                      | 41                        | 87             |
| 2014 г.                | 96                      | 105                       | 201            |
| 2015 г.                | 92                      | 62                        | 154            |
| Представлено в 2016 г. | 94                      | 117                       | 211            |
| Всего                  | 372                     | 354                       | 726            |

размещаются в открытом доступе в Российской электронной библиотеке ([www.elibrary.ru](http://www.elibrary.ru)), и индексируются в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ). На 1 апреля 2016 года в РИНЦ размещено 813 публикаций сотрудников КГМА, которые цитировались 108 раз. При этом индекс Хирша КГМА составил 5. Мы надеемся, что в дальнейшем уровень публикационной активности сотрудников КГМА будет возрастать, отражая

повышение научного уровня их статей.

Желаем нашим авторам плодотворного участия в Днях науки, новых открытий и творческих успехов!

**Заместитель главного редактора,  
проректор КГМА имени И.К.Ахунбаева по  
клиническому обучению и научной работе,  
д.м.н. Бримкулов Н.Н.**

**КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РОЖИСТОГО  
ВОСПАЛЕНИЯ ПО МАТЕРИАЛАМ РКИБ**

**Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Проведен анализ 80 историй болезни с рожистым воспалением у взрослых для изучения выраженности и продолжительности клинических проявлений в зависимости от патоморфологической формы болезни и объема поражения тканей воспалительным процессом. Определен уровень эндогенной интоксикации при различных клинических формах рожистого воспаления и проведен сравнительный анализ эффективности антибактериальной терапии в зависимости от формы заболевания.

**Ключевые слова:** рожистое воспаление, клинические формы, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), антибактериальная терапия.

**РЕСПУБЛИКАЛЫК ЖУГУШТУУ КЛИНИКАЛЫК ООРУКАНАСЫНЫН  
МАТЕРИАЛДАРЫ БОЮНЧА ТИЛМЕ СЫЯКТУУ БОЮНЧА КЛИНИКАЛЫК  
ЭПИДЕМИОЛОГИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ**

**Джумагулова А.Ш., Фесенко Н.В., Джангазиева А.А., Шолпанбай у М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Чоң кишилердин ар кандай жаш курактагыларынын ичинен 80 оору баяны анализденди. Клиникасынын закон ченемдүү кызуу мезгили жана клиникалык белгилеринин узактыгы – оорунун патоморфологиялык түрү жана жабыркоонун көлөмү боюнча окулду. Тилме сыяктуу оорунун ар кандай клиникалык түрлөрүндө эндогендүү интоксикациянын деңгээли аныкталды. Оорунун түрүнө жараша антибактериалдык дарылоонун натыйжалуулугу боюнча салыштырмалуу анализ көрсөтүлдү.

**Негизги сөздөр:** тилме сыяктуу оору, клиникалык түрлөрү, интоксикациянын лейкоцитардык индекси, антибактериалдык дарылоо.

**CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ERYSIPELAS ON THE  
MATERIALS REPUBLICAN CLINICAL INFECTIOUS DISEASES HOSPITAL**

**Djumagulova A.Sh., Fesenko N.V., Djangazieva A.A., Sholpanbay u M.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The analysis of 80 clinical records of adults in different age groups is carried out. The study of clinical manifestations depending on the pathomorphological form of disease and volume of inflammatory process. Level of endogenous intoxication in different clinical forms of erysipelas is determined. The comparative analysis of efficiency of antibacterial therapy depending of different clinical forms .

**Keywords:** erysipelas, clinical forms, leukocyte index of intoxication (LII), antibacterial therapy.

Заболеваемость рожистым воспалением остается стабильной на протяжении последних десятилетий и встречается с частотой 1,4 - 2,2 на 10 тыс. человек взрослого населения. Занимает четвертое место по распространенности среди инфекционной патологии, уступая ОРВИ, ОКИ и вирусному гепатиту. Заболевание не зависит от региональных и социальных особенностей, уровня жизни, но наиболее часто встречается у женщин и преимущественно в старших возрастных группах. Рожистое воспаление, по-прежнему, характеризуется склонностью к развитию частых и упорных рецидивов от 20 до 45%, с развитием тяжелых осложнений, приводящих к летальным исходам или инвалидизации. Летальность от осложнений, вызванных рожистым воспалением (сепсис, гангрена, пневмония) достигает 5%. [3,5,9]

Рожистое воспаление возникает при совокупности ряда предрасполагающих факторов. Существует целый ряд исследований, в которых выделяются такие факторы как: сахарный диабет, нарушение лимфо- и кровообращения, трофики, сидячая работа, нарушение целостности кожи или слизистых оболочек, микотическое поражение стоп и др. Однако, на сегодняшний день нет единого мнения о том, какие состояния расценивать как факторы риска развития рожистого воспаления, и какие из этих факторов являются ведущими [6,8].

В настоящее время клиническими и эпидемио-

логическими наблюдениями многих авторов отмечено изменение клинической симптоматики и течения рожистого воспаления. Наблюдается тенденция резкого увеличения числа пациентов с геморрагическими и деструктивными формами рожистого воспаления (около 19% случаев заболеваний осложняется гнойно-некротическими процессами) с замедленной репарацией [4,7]. Неуклонное увеличение числа рецидивирующих и осложненных форм рожи обусловлено учащением случаев антибиотикорезистентности флоры, повышением удельного количества больных старших возрастных групп, а также пациентов с явлениями сопутствующих венозного и лимфатического стаза, при снижении местных и общих иммунологических процессов. Главным направлением в лечении рожистого воспаления является антибактериальная терапия, что основывается на этиологической роли гемолитического стрептококка. Сегодня в арсенале практикующих врачей находится немалое количество современных антибактериальных препаратов в различных комбинациях и способах применения. Однако даже строгое следование стандартной схемы лечения рожистого воспаления не приводят к снижению частоты осложнений и неблагоприятных исходов, не предотвращают развития рецидивов заболевания [1,2,4]. Поэтому изучение этиопатогенетических аспектов данного заболевания, а также выбор наиболее эффективной тактики лечения и

профилактики рожистого воспаления остаются весьма актуальными.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение эпидемиологических и клинических особенностей течения рожистого воспаления для повышения эффективности комплексного лечения и профилактики рецидивов.

## Материалы и методы исследования.

По отчетным данным Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) за исследуемый период 2010-2014 г. на стационарном лечении находилось с диагнозом рожистое воспаление 260 больных. Провед анализ историй болезни 80 больных взрослой возрастной группы, проходивших лечение в РКИБ 2010-2014 гг. с данной нозологической формой. Для постановки диагноза были использованы эпидемиологические, общеклинические методы исследования, был оценен уровень эндогенной интоксикации, с расчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) методом Кальф-Калиффа. Нормальные показатели ЛИИ колеблются до 1-3 усл.ед. А также проведена статистическая обработка данных в программе MS. Excel.

## Результаты и их обсуждение.

Рожистое воспаление составляет в среднем 1,5% от госпитализированных взрослых больных с инфекционной патологией в РКИБ. За период 2010-2014 гг. пролечено 260 больных с рожистым воспалением, и имеет стабильный уровень, составляя от 48 до 60 случаев в год.

Выборочная совокупность представлена 80 пациентами, возраст которых колебался от 18 до 90 лет и в среднем составлял  $52,7 \pm 0,31$  лет. Наибольший процент обследованных составил возрастную группу 40 до 60 лет -  $36,3\% \pm 7,6$  и старше 60 лет -  $35\% \pm 9,2$ . Рожистое воспаление более часто встречается у женщин, чем у мужчин. Среди наблюдавшихся больных достоверно больше женщин 51 человек ( $63,8\% \pm 6,7$ ), чем мужчин 29 ( $36,2\% \pm 8,9$ ) ( $p < 0,02$ ).

Заболеваемость регистрируется в течение всего года, но наибольший подъем отмечен в летне-осенний период (июль – октябрь) - 41,4%.

Рожистое воспаление возникает при совокупности ряда предрасполагающих факторов. Из сопутствующих заболеваний наиболее часто встречались лимфопенозная недостаточность (12,5%) заболевания желудочно-кишечного тракта - (11,2%), сахарный диабет - у (7,5%), гипертоническая болезнь – у (7,5%), анемии - (6,2%), заболевания мочеполовой системы – (6,2%), экзема (2,5%),

микоз стоп (1,2%). Также способствовали развитию заболевания такие факторы, как инфицированные раны и ссадины - (16,2%), микротравмы - (17,5%), переохлаждение - (3,7%), поражение ротоглотки - (1,2%), трофические язвы - (1,2%). Наиболее часто у больных с рожистым воспалением процесс локализовался в области нижних конечностей – 45 случаев (56,2%); на лице – 24 случая (30%), верхних конечностях – 11 случаев (13,7%). В зависимости от сегментарной локализации на ногах воспалительный процесс локализовался в области голени у 38 (84,4%) больных, на бедре - у 1 (2,2%), на стопе - у 6 (13,3%).

По клиническим проявлениям преобладала эритематозная форма - 42 (52,5%) больных, эритематозно-буллезная составляла - 32(40%), эритематозно-геморрагическая - 4 (5%) и буллезно-геморрагическая форма диагностирована в 2 (2,5%) случаях. Следует отметить, что в ходе проведения работы не было ни одного случая некротической формы рожистого воспаления.

По течению заболевания первичное рожистое воспаление встречалось в 67 (83,7%) случаях и рецидивирующее - в 11 (13,7%). Повторная форма выявлена в 2 (2,5%) случаях. Рецидивирующей формой рожистого воспаления считали возникновение воспаления в том же самом месте по истечении двух лет после перенесенной первичной формы. К повторной форме относили воспаление другой локализации или на пролеченном месте по прошествии свыше двух лет после перенесенной первичной формы. (Рис. 1).

На основании анализа больных по клиническим формам и течению, выявлено, что при первичной роже преобладают эритематозные (35%) и эритематозно-буллезные (37,5%), а при рецидивирующих, в основном эритематозные формы (8,7%). Степень тяжести заболевания определялась с учетом длительности и выраженности интоксикации, обширности поражения, наличия сопутствующих заболеваний. Преобладали среднетяжелые формы заболевания - у 58 (72,5%) больных, тогда как тяжелое течение отмечено у 22 больных (27,5%), обусловленные эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формами.

Клиническая картина рожистого воспаления складывается из симптомов интоксикации, выраженности местных проявлений и болевого синдрома. Оценивая результаты клинического обследования, была выявлена

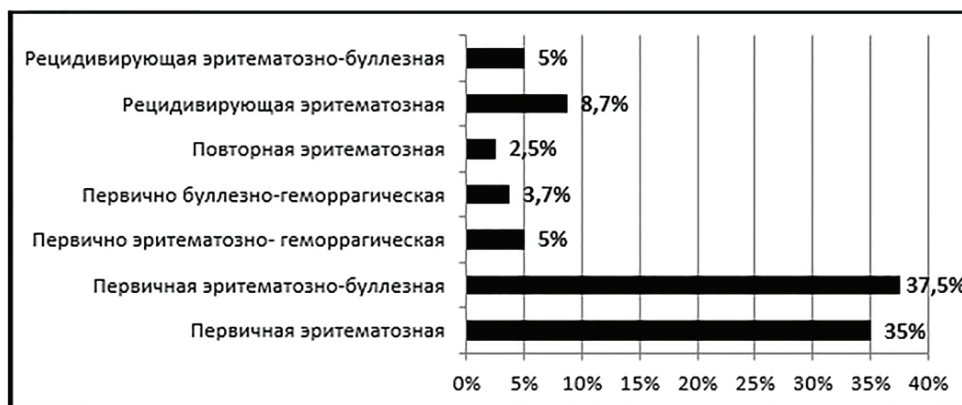


Рис 1. Распределение больных по клиническим формам и течению

**Таблица 1.**  
**Средняя продолжительность клинических симптомов и длительности койко-дней**  
**в зависимости от формы и течения болезни.**

| Формы                                              | Средняя длительность интоксикации |          | Средняя длительность местных проявлений |           | Средняя длительность болевого синдрома |          | Среднее пребывание в стационаре |           |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------------|-----------|----------------------------------------|----------|---------------------------------|-----------|
|                                                    | M±m                               | ДИ       | M±m                                     | ДИ        | M±m                                    | ДИ       | M±m                             | ДИ        |
| Первичная эритематозная форма (n=28)               | 7,93±0,26                         | 7,4-8,4  | 11,71±0,23                              | 11,3-12,2 | 8,00±0,14                              | 7,7-8,3  | 8,07±0,09                       | 7,9-8,2   |
| Первичная эритематозно-буллезная форма (n=30)      | 7,53±0,09                         | 7,4-7,7  | 13,16±0,17                              | 12,8-13,5 | 8,0±0,11                               | 7,3-7,7  | 10,59±0,19                      | 10,2-11,0 |
| Первичная эритематозно-геморрагическая форма (n=4) | 10,0±2,35                         | 5,4-14,6 | 16,0±0,41                               | 15,2-16,8 | 8,0±1,68                               | 4,7-1,3  | 12,75±1,25                      | 10,3-15,2 |
| Первичная буллезно-геморрагическая форма (n=3)     | 12,0±2,0                          | 8,1-15,9 | 22,5±5,50                               | 11,7-33,3 | 15±4,0                                 | 7,2-2,8  | 14±2,0                          | 10,1-17,9 |
| Повторная эритематозная (n=2)                      | 6,5±2,5                           | 1,6-11,4 | 11±0                                    |           | 5                                      |          | 7,5±0,50                        | 6,5-8,5   |
| Рецидивирующая эритематозная (n=7)                 | 7,57±0,71                         | 6,2-9,0  | 12,43±0,09                              | 12,2-12,6 | 8,29±0,36                              | 7,6-9,0  | 8,57±0,24                       | 8,1-9,0   |
| Рецидивирующая эритематозно-буллезная форма (n=4)  | 7,75±1,7                          | 5,1-10,4 | 16,25±1,14                              | 14,0-18,5 | 8,75±1,84                              | 5,1-12,4 | 11,25±1,1                       | 9,1-13,4  |

закономерность выраженности и продолжительности клинических проявлений в зависимости от патоморфологической формы болезни и объема поражения тканей воспалительным процессом.

Из таблицы 1 видно, что у пациентов максимальная продолжительность интоксикационного синдрома была выявлена при буллезно-геморрагической форме рожи и составила 12±2,0 суток. Местные признаки острого воспаления купировались сравнительно медленно при эритематозно-геморрагической и буллезно-геморрагической формах – 16±0,41, и 22±5,50 суток соответственно, а также наиболее длительно сохранялся отечный и болевой синдром при данных формах. Среднее пребывание в стационаре при данных формах колебалось от 12,75±1,25 до 14±2,0 дней.

По изменениям в лейкоцитарной формуле, была оценена динамика ЛИИ, который при бактериальных инфекциях указывает на уровень эндогенной интоксикации. По нему можно судить о выраженности воспалительного процесса и эффективности проводимой терапии.

В исследуемых группах отмечается значительное повышение ЛИИ, причем высокие показатели наблюдались при эритематозно-буллезных (12,2 усл. ед.) и эритематозных (9,9 усл. ед.) формах, не зависимо от давности возникновения воспалительного процесса. Несколько ниже ЛИИ при присоединении геморрагического компонента (буллезно - геморрагическая и эритематозно-геморрагическая формы) – 8,2 усл. ед, хотя полученные результаты указывают на тяжелую степень эндогенной интоксикации и активацию процессов распада.

При поступлении в стационар всем больным выполнялся стандартный объем лечебных мероприятий:

антибактериальные препараты; антигистаминные; противовоспалительные (нестероидные и стероидные); дезинтоксикационные средства. Местное лечение рожистого воспаления проводилось лишь при наличии обширных буллезных элементов, некрозов и гнойных осложнений.

Как при первичной роже (в 65,7%), так и при рецидивирующих формах (53,8%) в большинстве случаев использовалась монотерапия (пенициллин, цефтриаксон, цефотаксим). Но с учетом характера местных проявлений, тяжести течения заболевания и наличия осложнений использовались также комбинированные схемы антибактериальной терапии с фторхинолонами. Анализ эффективности различных схем антибактериальной терапии проводилась с учетом срока пребывания больных в стационаре.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре при монотерапии пенициллином или цефалоспоридами, при эритематозных формах оказалась достоверно ниже 7,3±0,11 дней, чем при комбинированной (пенициллина со фторхинолоном или цефалоспоридами) - 9,0±1,0 дней. (p<0.05). При эритематозно-буллезной форме, среднее пребывание в стационаре на монотерапии составило 8,7±0,14 дней, на комбинированной - 12,5±1,49 дней (p<0,05), при эритематозно-геморрагических и буллезно-геморрагических формах 8,7±2,23 и 10 дней соответственно терапии (p>0.05).

Таким образом, при эритематозных и эритематозно-буллезных формах укорачивается пребывание больных в стационаре при монотерапии. При других клинических формах и сроках патологического процесса, выбор тактики антибактериальной терапии достоверной разницы не имел.

## Выводы:

1. Рожистое воспаление характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, встречающееся среди лиц старшего возраста ( $52,7 \pm 0,31$ ), преимущественно у женщин ( $63,8\% \pm 6,7$ ), с развитием частых рецидивов ( $16,3\%$ ), и проявляющейся в эритематозной ( $35\%$ ) и эритематозно-буллезной ( $37,5\%$ ) формах.

2. Ведущими факторами риска развития рожистого воспаления, являются лимфовенозная недостаточность ( $12,5\%$ ), инфицированные раны и ссадины ( $16,2\%$ ), микротравмы ( $17,5\%$ ). При этом воспалительный процесс чаще локализуется в нижних конечностях ( $56,2\%$ ) в области голени ( $84,4\%$ ).

3. Различные схемы антибактериальной терапии (пенициллин, цефалоспорины, фторхинолоны), обладают достаточной антистрептококковой активностью, однако монотерапия оказалась достаточно эффективной при эритематозной и эритематозно-буллезной формах ( $7,3 \pm 0,11$  и  $8,7 \pm 0,14$  дней), чем при комбинированной терапии ( $p < 0,05$ ).

4. Бициллинопрофилактика и санация очагов хронической инфекции являются составной частью комплексных мероприятий для предупреждения рецидивов, которые должны проводиться в амбулаторных условиях.

## Литература:

1. Глухов А.А., Бражник Е.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления // Жур. «Фундаментальные исследования». - 2014. - №10. - С. 411-414.
2. Иоанниди Е.А., Осипов А.А., Аванесян А.А. Новые подходы к терапии рожи // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - №4. - С. 52-53.
3. Ратникова, Л.И. Лаврентьева Н.Н. Современная клиничко-эпидемиологическая характеристика рожи Н.Н. Лаврентьева // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2007. - № 2. - С. 16-20.
4. Шабловская Т.А. Современные подходы к комплексному лечению гнойно-некротических заболеваний мягких тканей // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2013. - Т.6. - №4(21). - С. 498-517
5. Черкасов В.Л., Еровиченков А.А. Рожа: клиника, диагностика, лечение // ПМЖ. - 1999. - Т.7. - №8. - С. 5-8.
6. Dupuy A. Descriptive epidemiology and knowledge of erysipelas risk factors // Ann. Dermatol. Venereol. - 2001, - 128(3 Pt 2) - P. 312-316
7. Vaillant L., Gironet N. Infectious complications of lymphedema // Rev. Med. Interne - Jun 2002, - 23 Suppl 3. - P. 403- 407.
8. Wojas-Pelc, A. Erysipelas—course of disease, recurrence, complications; a 10 years retrospective study // Przegląd Epidemiol. 2007. - Vol. 61, N 3. - P. 457-464.
9. Celestin R, Brown J, Kihiczak G. Erysipelas: a common potentially dangerous infection // Acta Dermatovenereolog. Alpina, Panonica et Adriatica. 2007. - Vol. 16, N 3. - P. 123-127.

**СОСТОЯНИЕ И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА  
АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

**Кельдибекова Т.А.<sup>1</sup>, Зурдинов А.З.<sup>2</sup>, Сабирова Т.С.<sup>2</sup>**

Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина<sup>1</sup>

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева<sup>2</sup>

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены результаты маркетингового анализа рынка антибактериальных средств в Кыргызской Республике и тенденции его развития на 2015-2020 гг.

**Ключевые слова:** антибактериальные препараты, фармацевтический рынок, маркетинговый анализ, прогноз развития.

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНДАГЫ БАКТЕРИЯГА КАРШЫ ДАРЫ  
КАРАЖАТТАРЫНЫН ФАРМАЦЕВТИКАЛЫК РЫНОГУНУН АБАЛЫ ЖАНА АНЫН  
ӨНҮГҮҮ БОЛЖОЛУ**

**Кельдибекова Т.А.<sup>1</sup>, Зурдинов А.З.<sup>2</sup>, Сабирова Т.С.<sup>2</sup>**

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз - Орус Славян университети<sup>1</sup>

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы<sup>2</sup>

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада Кыргыз Республикасындагы бактерияга каршы дары каражаттарынын фармацевтикалык рыногунун жана анын 2015-2020-жылдарына карата өнүгүү тенденцияларынын маркетинг изилдөөсүнүн жыйынтыктары көрсөтүлгөн.

**Негизги сөздөр:** бактерияга каршы дары каражаттар, фармацевтикалык рыногу, маркетинг изилдөөсү, өнүгүү болжолу.

**STATUS AND FORECAST OF DEVELOPMENT OF ANTIBACTERIAL DRUGS MARKET IN  
THE KYRGYZ REPUBLIC**

**Keldibekova T.A.<sup>1</sup>, Zurdinov A.Z.<sup>2</sup>, Sabirova T.S.<sup>2</sup>**

Kyrgyz – Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin<sup>1</sup>

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy<sup>2</sup>

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents the main results of marketing analysis of the antibacterial drugs market in the Kyrgyz Republic and tendencies of its development for 2015-2020 years.

**Key words:** antibacterial drugs, pharmaceutical market, marketing analysis, forecast of development.

**Введение.**

Фармацевтический рынок является важной отраслью экономики любой развитой страны и считается ключевым звеном национальной безопасности в области здравоохранения и лекарственного обеспечения. Рынок лекарственных средств (ЛС) является одной из высокодоходных и быстроразвивающихся областей экономики Кыргызской Республики (КР).

По данным аналитического агентства IMS Health России и СНГ, в 2012 году объем фармацевтического рынка КР составил 177,1 миллионов долларов [1]. Как показывает практика, увеличение числа генериков на фармацевтическом рынке способствует существенной экономии бюджетных средств государства в области лекарственной политики [2]. На фармацевтическом рынке Кыргызстана, как и ряде других стран Содружества, доля препаратов - генериков составляет около 90% из числа всех зарегистрированных в стране ЛС [3].

Присоединение Кыргызстана к Таможенному союзу и, начиная с 2016 года, интеграция в Евразийский экономический союз, несомненно, отразится на состоянии отечественного фармацевтического рынка в соответствии с тенденциями глобализации в мире. Следовательно, проведение маркетинговых исследований рынка антибактериальных препаратов (АБП) является одним из важнейших методов рационального построения лекарственной политики здравоохранения и фармации, способствует минимизации издержек путем более обоснованного и целенаправленного продвижения

АБП на фармацевтический рынок страны, а также обеспечивает принятие управленческих решений для сдерживания антибиотикорезистентности. Учитывая то, что фармацевтический рынок Кыргызстана является почти полностью импортозависимым, а производство отечественных ЛС, в том числе АБП, в стране практически отсутствует, нами проводился анализ отечественного рынка импорта АБП.

**Цель исследования** – провести маркетинговый анализ и прогноз развития фармацевтического рынка антибактериальных препаратов в Кыргызской Республике.

**Материал и методы исследования.**

При проведении анализа структуры, характера, размера и удельного веса и ёмкости фармацевтического рынка АБП использовались классификационный, маркетинговый и экономический методы. Изучение состояния фармацевтического рынка АБП, ввозимых на территорию КР, проводилось за период с 2007 по 2014 годы, а также определены тенденции развития данного сегмента фармацевтического рынка КР на 2015-2020 годы.

**Объектами исследования** послужили данные Департамента лекарственного обеспечения и медицинской техники МЗ КР (ДЛО и МТ МЗ КР) о регистрации фармацевтической продукции в КР (Государственный Реестр ЛС и изделий медицинского назначения, база данных импорта ЛС в КР за 2007-2014 годы).

Полученные данные обрабатывались общепринятыми статистическими методами программой MicrosoftOfficeExcel, 2013.

## Результаты исследований и их обсуждение.

При анализе базы данных ДЛО и МТ МЗ КР по ввозу АБП в КР с 2007-2014 годы, установлено, что объем АБП, ввезенных на территорию КР, в натуральных величинах в 2007 году составил 13450684 упаковок или около 141,0 млн. сом. в денежном значении, в 2012 году натуральный показатель составил 27926765 упаковок, а денежный – 1,3 млрд. сом. В 2014 году объем ввоза АБП по сравнению с предыдущим годом в натуральном значении увеличился в 1,1 раза и составил 34107859 упаковок. Следует отметить, что в денежном выражении рынок АБП за 2014 год сократился на 13% и составил 1,1 млрд. сом. Темп роста рынка АБП в КР в натуральном значении за исследуемый период с 2007-2014 годы составил 22% в год.

Рост объема фармацевтического рынка АБП КР в натуральном значении можно объяснить устойчивым их спросом у населения КР, в первую очередь, за счет увеличения уровня инфекционных заболеваний в стране, во-вторых, нерациональным назначением врачами АБП в организациях здравоохранения КР, и, в-третьих, безрецептурным отпуском АБП в аптечных организациях, что усугубляет проблему самолечения этой группой ЛС [4, 5].

Сокращение рынка АБП в КР в денежном значении за последние годы связано, скорее всего, с замещением дорогих брендовых ЛС на более дешевые генерические препараты, что привело к изменениям структуры потребления АБС. Кроме того, с 1 января 2013 года в КР был введен налог на добавленную стоимость (НДС) на ЛС, что, возможно, привело к снижению легального оборота ЛС и повышению ввоза контрабандной лекарственной продукции.

Важнейшим показателем при анализе фармацевтического рынка страны является оценка прогнозов его дальнейшего развития. На тенденции развития фармацевтического рынка АБП в КР влияют политическая ситуация в стране, связанная с вхождением Кыргызстана в Таможенный союз и ЕАЭС, экономические показатели развития страны (уровень дохода населения, безработицы, миграции), демографические показатели, увеличение заболеваемости, информированность населения о рациональном применении АБП, уровень квалификации врачей, назначающих АБП, регулирование отпуска АБП в аптечных организациях КР.

В Кыргызстане прогноз развития рынка АБП имеет определенные сложности, поскольку для его проведения существует несколько достаточно жестких ограничений, важнейшими из них являются:

1. отсутствие достоверной информации об импорте АБП в период до 2006 года;
2. отсутствие адекватных механизмов отслеживания реальных объемов оборота АБП;
3. бесконтрольный безрецептурный отпуск АБП аптечными организациями;
4. использование АБП населением страны для самостоятельного лечения;
5. нерациональное назначение АБП врачами.

Так же можно предположить, что на отечественном рынке присутствует некоторое количество неучтенных АБП, ввезенных в страну контрабандным путем. Кроме

того, при прогнозе развития рынка АБП в КР необходимо учитывать и общемировые тенденции динамики производства АБП и динамику роста распространенности инфекционных заболеваний в Кыргызстане.

Для составления прогноза развития рынка АБП в КР нами применялись методы экстраполяции, интерполяции и экспертной оценки. С учетом вышеуказанных факторов нестабильности развития рынка АБП, мы рассмотрели три наиболее вероятных сценария прогноза развития рынка АБП в Кыргызстане.

**Сценарий 1.** *Рост малограмотности и недостаточной информированности населения КР по проблеме рационального использования АБП. Увеличение количества ошибок со стороны врачей при назначении АБП. Сохранение тенденций безрецептурного отпуска АБП аптечными организациями КР.*

Для разработки данного сценария использовался метод экстраполяции. Экстраполяции – метод разработки прогнозов, основанный на методах математической статистики. При использовании этого метода в качестве базы прогнозирования используется прошлый опыт, который пролонгируется на будущее. Было сделано предположение, что система развивается эволюционно в достаточно стабильных условиях. Чем крупнее система, а рынок АБП в КР можно назвать крупным, тем более вероятно сохранение ее параметров без изменения.

Необходимо отметить, что ограничением прогнозирования рынка АБП в КР на основе регрессионного уравнения, служит условие стабильности или, по крайней мере, малой изменчивости других факторов и условий изучаемого процесса, не связанных с ними. Если резко изменится «внешняя среда» протекающего процесса, прежнее уравнение регрессии результативного признака потеряет свое значение.

Прогноз рынка антибиотиков с использованием метода экстраполяции основан на уравнении регрессии, имеющий очень хорошие характеристики: высокий R-квадрат (0,93), невысокая стандартная ошибка – 2,52, значимая t-статистика – 6,5 (табл.1).

Данную оценку можно использовать как индикатор желательности получения определенной величины прогнозируемого параметра. Она говорит о том, что при тех же условиях внешней среды, структуре и силе действия исходных факторов величина спроса к определенному моменту времени достигнет определенной величины.

График прогноза в этом случае выглядит следующим образом (рис. 1):

По данному сценарию развития отечественный фармацевтический рынок АБП в натуральном значении к 2020 году может достигнуть отметки в 66,2 миллионов упаковок АБП или 2,1 млрд. сом в денежном эквиваленте. Среднегодовой темп прироста емкости рынка в натуральном выражении за прогнозируемый период составит 10,7%.

Учитывая тот факт, что в 2016 году планируется завершить формирование общего фармацевтического рынка стран-участниц ЕАЭС, можно предположить, что такой рост объема ввоза АБП на территорию Кыргызстана будет обусловлен, прежде всего, увеличением ввоза генерических АБП, в основном российского и белорусского

Таблица 1.

Регрессионная статистика и дисперсионный анализ

|                                 |         |              |               |          |              |              |             |               |
|---------------------------------|---------|--------------|---------------|----------|--------------|--------------|-------------|---------------|
| Вывод итогов                    |         |              |               |          |              |              |             |               |
| <b>Регрессионная статистика</b> |         |              |               |          |              |              |             |               |
| Множественный R                 | 0,96625 |              |               |          |              |              |             |               |
| R-квадрат                       | 0,93364 |              |               |          |              |              |             |               |
| Нормированный R-квадрат         | 0,91153 |              |               |          |              |              |             |               |
| Стандартная ошибка              | 2,52259 |              |               |          |              |              |             |               |
| Наблюдения                      | 5       |              |               |          |              |              |             |               |
| <b>Дисперсионный анализ</b>     |         |              |               |          |              |              |             |               |
|                                 | df      | SS           | MS            | F        | Значимость F |              |             |               |
| Регрессия                       | 1       | 268,6051     | 268,6051      | 42,2105  | 0,007404346  |              |             |               |
| Остаток                         | 3       | 19,09039     | 6,363462      |          |              |              |             |               |
| Итого                           | 4       | 287,6955     |               |          |              |              |             |               |
|                                 |         | Коэфф ициент | Станд. ошибка | t-стат   | P-Знач       | Нижние 95%   | Верхние 95% | Верхние 95,0% |
| Y-пересечение                   |         | -10402,9     | 1604,999      | -6,48156 | 0,00745      | -15510,72941 | -5295,08    | -15510,73     |
| Переменная X 1                  |         | 5,18271      | 0,797713      | 6,496963 | 0,0074       | 2,644033585  | 7,721392    | 2,644034      |

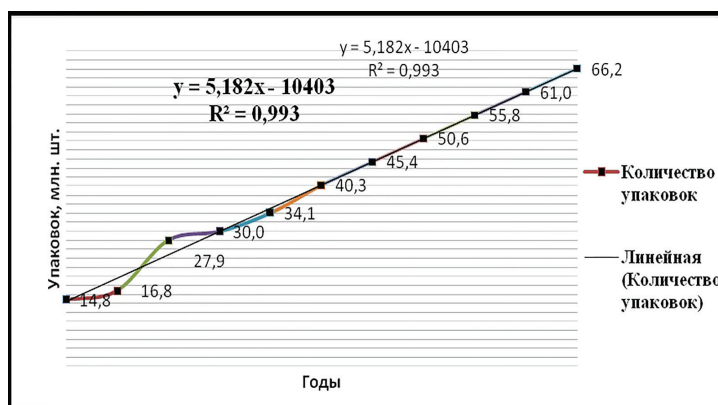


Рис. 1. Фармацевтический рынок АБП в КР в натуральном выражении за 2010-2014 гг., прогноз на 2015-2020 гг. (сценарий 1)

происхождения.

**Сценарий 2. Широкое информирование населения о рациональном применении АБП. Упорядочение рецептурного отпуска АБП аптечными организациями КР. Повышение квалификации врачей в области рациональной антибиотикотерапии.**

Для расчета прогноза развития фармацевтического рынка АБП в КР на 2015-2020 годы были использованы два метода.

1) Метод экспертных оценок

Анализ рынка АБП показал возможность того, что в 2015 году продолжится незначительный рост потребления АБП в КР, примерно, до 35 млн. упаковок. Далее, с ужесточением контроля соблюдения правил отпуска ЛС со стороны ДЛО и МТ и МЗ КР и последовательного проведения обучения медицинских работников рациональной антибиотикотерапии, может последовать снижение потребления АБП в 2020 году до уровня чуть выше объемов 2012 года.

Вступление Кыргызстана в ЕАЭС и неизбежное введение новых таможенных пошлин на ЛС также будут способствовать сокращению ёмкости рынка АБП, что составит в натуральном значении 28 млн. упаковок АБП или 888,8 млн. сомов в стоимостном выражении. По этому сценарию среднегодовой темп прироста емкости рынка в натуральном выражении за прогнозируемый период будет отрицательным и составит -1,4%.

2) Метод линейной интерполяции

Для расчета промежуточных значений объема рынка АБП на прогнозируемый период 2015 – 2020 годы нами использовался метод линейной интерполяции, который представляет собой способ вычисления промежуточного значения функции по нескольким уже известным ее значениям (в нашем случае это известные прогнозные данные) (формула 1).

Формула 1.

$$y = f(x_0) + \frac{f(x_1) - f(x_0)}{x_1 - x_0} (x - x_0)$$

где:  $y$  – зависимая переменная (в нашем случае количество упаковок);

$x$  – влияющая переменная (годы) – с индексом 0 – предыдущий год (или начальный), с индексом 1 последующий (или конечный год), без индекса – текущий (определяемый) год;

$f(x)$  – функция/

Данный сценарий рассчитан на основе предположения о постепенности процесса улучшения ситуации с потреблением АБП в КР (рис. 2).

**Сценарий 3. Закрепление текущего положения и факторов, влияющих на объем фармацевтического рынка АБП в КР с сохранением тенденции роста числа инфекционных заболеваний стране.**

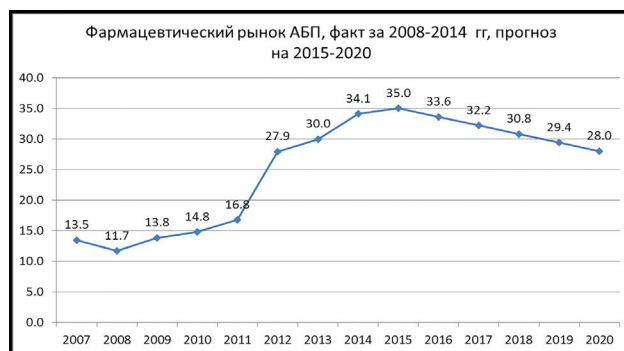


Рис. 2. Фармацевтический рынок АБП в КР в натуральном выражении за 2010-2014 гг., прогноз на 2015-2020 гг. (сценарий 2)

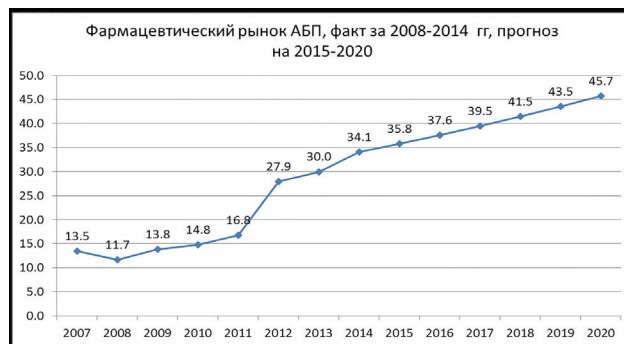


Рис. 3. Фармацевтический рынок АБП в КР в натуральном выражении за 2010-2014 гг., прогноз на 2015-2020 гг. (сценарий 3)

Для расчета данного сценария применены следующие методы.

1) Экспертная оценка, которая базируется на том, что согласно статистике, средний темп роста инфекционных заболеваний в Кыргызстане за последние 4 года составлял примерно 5%. Данный сценарий предполагает, что количество случаев заболеваний будет расти прежними темпами. Соответственно, будет расти количество потребляемых АБП, как в ОЗ, так и населением КР в качестве самостоятельного лечения (рис. 3).

2) Экстраполяция, предполагающая расчет количества упаковок АБП в каждом прогнозируемом году, исходя из пятипроцентного роста, рассчитывалась по формуле 2.

**Формула 2.**

$$y_{t+1} = y_t \times r$$

где:  $y_{t+1}$  – определяемая величина в году, следующем после последней известной (в нашем случае количество упаковок);

$y_t$  – известная величина (в нашем случае количество упаковок);

$r$  – коэффициент (в нашем случае 1,05, что равно 5-процентному росту).

Как видно из рисунка 3, по данному сценарию тенденция роста объема импортируемых поставок АБП в КР сохранится, и в 2020 году может достигнуть 45,7 млн. упаковок или в стоимостном значении 1,45 млрд. сом. Согласно расчетам, среднегодовой темп прироста емкости рынка в натуральном выражении за прогнозируемый период составит 5%.

На основании полученных результатов исследования, можно сделать следующие выводы.

1. За исследуемый период с 2007-2010 годы

фармацевтический рынок АБП в КР показывает высокие темпы роста (22% в год), что связано с увеличением потребления АБС при инфекционных заболеваниях, широким применением АБС в ОЗ КР, бесконтрольным использованием АБП населением страны для самолечения.

2. Прогнозирование развития рынка антибактериальных препаратов в Кыргызстане является сложным и трудным процессом из-за недостаточного количества информации и ненадлежащего контроля со стороны государства за этим сегментом рынка ЛС.

3. По нашим прогнозам существующая тенденция роста объема импортируемых поставок АБП в КР сохранится, и в 2020 году может достигнуть отметки в 45,7 млн. упаковок или в стоимостном значении 1,45 млрд. сом. В ближайшие 5 лет рынок АБП в КР в натуральном выражении будет увеличиваться в основном из-за повышения ввоза генерических АБС.

#### Литература:

1. Демидов, Н. Обзор фармацевтических рынков стран СНГ и Грузии по итогам 2012 г. - IMS Health Russia and CIS. – 2012. – 24 с.
2. Хосева, Е.Н. Экономические преимущества и слабые стороны генериков в системе лекарственного обеспечения населения в России и за рубежом. [Текст] / Е.Н. Хосева, Т.Е. Морозова // Качественная клиническая практика. – 2013. - №2. – С. 63-68.
3. Зурдинов, А.З. Генерические препараты в Кыргызстане: проблемы и перспективы [Текст] / А.З. Зурдинов, Г.А. Кулушева, А.А. Зурдинова и др. // Биомедицина. – 2010. - №4. – С. 90-92.
4. Кельдибекова, Т.А. Оценка потребления антибактериальных препаратов в организациях здравоохранения Кыргызской Республики [Текст] / Т.А. Кельдибекова // Центрально-Азиатский медицинский журнал им. Миррахимова. – 2014. – Том XX. - №1. – С. 21-24.
5. Кельдибекова, Т.А. Маркетинговое исследование предпочтений потребителей антибактериальных препаратов в Кыргызской Республике [Текст] / Т.А. Кельдибекова, А.З. Зурдинов, Т.С. Сабирова // Сб. науч. ст. по итогам междунар. научно-практ. конференции 30-31 октября 2014 года. – 2014. – С. 57-60.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ И  
РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Тиллабаева А.О.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** В данной статье проведен обзор литературы по проблемам социальной адаптации и реабилитации инвалидов в современном обществе. Были подробно изучены более 25 литературных источников, опубликованных за последние несколько лет, анализ которых позволил собрать данные по основным направлениям комплексной реабилитации инвалидов, их социально-психологическим особенностям, отношении здорового общества к проблемам инвалидов, адаптации их к образовательным, профессионально-трудовым, культурным, правовым, социально-бытовым сторонам современного общества.

**Ключевые слова:** инвалиды, реабилитация инвалидов, социальная адаптация, тип адаптации.

CURRENT PROBLEMS RESETTLEMENT AND REHABILITATION OF  
DISABLED PERSONS

Tillabaeva A.O.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** This article reviewed the literature on the problems of social adaptation and rehabilitation of disabled people in today's society. Have been extensively studied for more than 25 literature published over the past few years, the analysis of which allowed us to collect data on the main areas of comprehensive rehabilitation, socio-psychological characteristics, against a healthy society to the problems of disabled people, their adaptation to the educational, vocational and employment, cultural, legal, social and everyday aspects of contemporary society.

**Keywords:** people with disabilities, rehabilitation of disabled people, social adaptation, the type of adaptation.

Проблема социально-психологической адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобретает дополнительную важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к людям, которые являются инвалидами. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории граждан к основам жизнедеятельности общества остаётся практически неизученным, а именно он решающим образом определяет всю эффективность тех коррекционных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами [1,2,8]

Проблемы реабилитации инвалидов исходят из правовых, экономических, производственных, коммуникативных, психологических особенностей взаимодействия инвалидов с окружающей действительностью [4,10,12]. Самые серьезные аспекты проблемы инвалидности связаны с возникновением многочисленных социальных барьеров, не позволяющих инвалидам и лицам с хроническими заболеваниями, а также многодетным семьям, пожилым людям, детям-сиротам, детям с нарушениями социального поведения активно включиться в жизнь общества [1,3,7,8,9].

Учитывая многоаспектность проблемы инвалидности и роль социальных факторов в ее возникновении, ведущим направлением социальной политики в отношении инвалидов определена реабилитация. Она заключается в восстановлении способностей человека к бытовой, общественной и профессиональной деятельности на уровне, соответствующем его физическому, психологическому и социальному потенциалу, а также воздействию на его микро- и макросоциальное положение [1,5,11].

Реабилитация – это процесс, направленный на достижение и поддержание инвалидом оптимального физического, интеллектуального, психологического и

социального функциональных уровней, обеспечивающих ему возможность изменить жизнь в сторону более высокого уровня независимости [7,8,13]. Таким образом, главным является создание системы комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями [22,26]. В основе комплексной реабилитации лежит создание механизма, т. е. правовой базы, социальных методик, финансово-материального обеспечения, наличие соответствующих структур по включению инвалида во все типы комплексной реабилитации: медицинской, социальной, профессиональной [17,20,23].

Решение проблем инвалида при ограничении социально-биологических способностей человека относится к категории сложных комплексных проблем [25,27]. Прежде всего потому, что объектом воздействия является человек с физическими и психофизиологическими особенностями, и, во-вторых, изменение или компенсация этих характеристик, реализуется сложными системами, включающими, в свою очередь, внутренние структуры, функции и процессы. Одним из выходов может быть разработка теории и методов комплексной реабилитации инвалида и социальной работы с данной категорией населения [14,16].

*Комплексная реабилитация* – это системное понятие, имеющее научные основы и способы практической реализации, которое включает взаимосвязанные элементы концептуального плана и частные технологии социальной работы при решении конкретных вопросов [7,11,20].

В настоящее время большое значение приобретает разработка эффективных технологий, методик и форм социализации человека с ограниченными возможностями на всех этапах его развития. В основе эффективной реализации таких социальных технологий должна быть концепция активной деятельной и творческой модели личности как главного условия успешной реабилитации, успешной социальной работы с инвалидом [18,21].

Комплексная реабилитация инвалидов – сложная многокомпонентная система, в которой равнозначны медицинские, социальные, психологические и профессиональные аспекты. Реабилитационная система в комплексе включает многообразные структуры, реализующие процессы, которые имеют целью предоставить инвалидам возможность достичь оптимального физического, интеллектуального, социального и психического уровня деятельности, поддерживать и тем самым изменить жизнь и расширить рамки их независимости [11,25,27]. Таким образом, процесс комплексной реабилитации включает широкий спектр мер и деятельности как активизирующих человека, имеющего инвалидность, так и изменяющих общество с тем, чтобы создать условия для инвалидов [5,14,15].

Ставя задачу по интеграции граждан с ограниченными возможностями в социальное общество через эффективный реабилитационный процесс, необходимо иметь в виду, что данная цель будет достигнута через эффективную реализацию различных составляющих реабилитации: медицинской, профессиональной, психологической, социокультурной [13,17,].

Однако необходимо признать, что полная интеграция инвалидов в обычную социально-культурную жизнь недостижима. Во многих случаях нет технических, медицинских, социальных и других средств, которые компенсировали бы полностью первичные физические дефекты (глухота, слепота, умственная отсталость, нарушения опорно-двигательного аппарата). Поэтому специфика социальных связей и отношений инвалидов в обществе будет оставаться, и «оптимально» процессы сегрегации и интеграции инвалидов будут решаться системой реабилитации, эффективностью социальной работы с инвалидами, их социально-психологическими установками, исполнением законов и т.д. [18,19].

Анализ социально-психологических особенностей инвалидов позволили выделить четыре основных типа адаптации их к обществу:

1. Активно-позитивный тип. Характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.

2. Пассивно-позитивный тип. Характеризуется наличием у молодых инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опека близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.

3. Пассивно-негативный тип. У молодых людей присутствует неудовлетворённость своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Все это сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц.

4. Активно-негативный тип. Присутствующие здесь

психологический дискомфорт и неудовлетворенность собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.

Наиболее актуальными задачами социальной политики в отношении инвалидов являются обеспечение им равных со всеми другими гражданами возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в их жизнедеятельности, создание благоприятных условий, позволяющих инвалидам вести полноценный образ жизни [20,23,25].

Иными словами, перед обществом стоит проблема интеграции инвалидов в социокультурную систему региона.

В целом можно выделить следующие основные направления комплексной реабилитации инвалидов:

1. *Просветительское* – это направление целью которого является устранение недостатков существующего отношения общества к инвалидам и инвалидов к обществу, изменение нравов, политики, быта, ментальности в данной сфере межличностных и социальных отношений.

2. *Организация досуга* – это направление, целью которого является организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов путем содержательного наполнения свободного времени инвалидов и членов их семей.

3. *Коррекционное* – это направление, целью которого является полное или частичное устранение, или компенсация ограничений жизнедеятельности и развития личности по состоянию здоровья, а также вследствие педагогических и воспитательных упущений. При этом следует выделить:

1) коррекционно-воспитательное воздействие, включающее в себя привитие социальных норм, под которыми подразумеваются установленные обществом правила и устойчивые формы социального взаимодействия людей на уровне макро- и микроколлективов;

2) коррекционно-развивающее воздействие, ориентированное на всестороннее, целостное развитие личности, что подразумевает активное освоение богатств культуры и саморазвитие творческой личности;

3) коррекционно-образовательное, оно ориентировано на повышение образованности индивида.

4. *Познавательное воздействие*, ориентированное на приобретение инвалидами знаний, понятий о реальных явлениях, осознание окружающего их мира, связи с окружающими людьми, использование знаний в практической деятельности с целью преобразования мира.

5. *Эмоционально-эстетическое воздействие*, ориентированное на эстетическое освоение человеком мира, сущности и творчества по законам красоты [6,13,18]. Эмоциональная составляющая позволяет получать удовольствие, что существенно изменяет образ жизни человека. Однако основная проблема состоит в том, что процесс социальной реабилитации является двусторонним и встречным процессом. Здоровое общество обязано идти навстречу инвалидам. Оно развивает и адаптирует их образовательную, профессионально-трудовую, культурную, правовую, социально-бытовую и другие

стороны бытия [12,15,22].

Перед международным сообществом всё острее встают глобальные проблемы социально-экономического и экологического характера. Во многих регионах Земли ухудшается качество жизни, увеличивается заболеваемость, сокращается средняя продолжительность жизни, растёт число людей, получивших статус инвалидов. Возникает необходимость по-новому рассмотреть ключевые вопросы массового оздоровления трудоспособного населения и людей с ограниченными возможностями [20,22].

Анализ зарубежного и отечественного опыта показывает большую значимость процесса реабилитации, как для самих инвалидов, так и для общества в целом. Комплексная реабилитация – один из способов приобщения людей с инвалидностью к активной жизни общества, эффективный способ изменить позицию общества по отношению к инвалидам [26,27]. В связи с этим особую актуальность приобретают меры по совершенствованию существующих и созданию новых эффективных средств, методов реабилитации и профилактики, повышающих резервные возможности организма человека, а также изучение влияния данных методов на организм и психику человека. Концепция комплексной реабилитации включает и профилактику, и лечение, и приспособление к жизни и труду после болезни, и личностный подход к больному человеку [19,24].

Таким образом, проведенный анализ литературных данных показал, что на сегодняшний день процесс комплексной реабилитации включает широкий спектр мер и деятельности как активизирующих человека, имеющего инвалидность, так и изменяющих общество с тем, чтобы создать условия для инвалидов, которые особо нуждаются в чётко спланированной и научно-обоснованной системе социально-педагогических и психологических мер. Вместе с тем проводимые меры должны быть направлены на формирование у инвалидов самостоятельности суждений и действий, навыков труда и культуры поведения, достойного духовно-нравственного облика, умения жить в обществе.

## Литература:

1. Харабет В.В., Кохан С.Т., Патеюк А.В. Реабилитация, социализация и интеграция инвалидов в общество: учебное пособие / под. ред. В.В. Харабета. – Мариуполь. – 304 с.
2. Васильева Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности / Н. В. Васильева // Социологический сборник. – Вып. 7. – М.: Социум, 2000. – 115 с.
3. Коробов М. В. Проблемы профессиональной реабилитации инвалидов на современном этапе / Рос. нац. конгресс «Человек и его здоровье»: Тезисы докладов. – СПб., -1999. С. 7071.
4. Карасаева Л. А. Организационные аспекты функциональной модели профессиональной реабилитации инвалидов после ампутаций верхних и нижних конечностей. / Рос. нац. конгресс «Человек и его здоровье»: Тезисы докл., – СПб., 2005. С. 199.
5. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы: Учеб. пособие. М.: Академия, 2011. 208 с.
6. Руденко А.М., Самыгин С.И. Социальная реабилитация: Учеб. пособие. Ростов-на-Дону: Наука-Спектр; М.: Дашков и К, 2011. 320 с.

7. Семенов А.А. Социальная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста на примере СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Красногвардейского района» // Материалы научно-практ. конф. молодых ученых с международным участием «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2012. С. 89–93.
8. Сидоров В. Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения. М.: СТИ МГУС, 2010. 210 с.2/
9. Е.И. Холостова, проф. А.С. Сорвина. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие/ отв. ред. проф..М.: ИНФРА-М, 2010. 427 с.
10. Гришина Л. П., Курдаков И. Л., Лунев В. П. // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации. – М., 2006. – С. 21-27
11. Кузьмишин Л. Е., Лецкая О. А., Баньковская М. П., Писарев К. О. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. — 2005. — № 4. — С. 27-30.
12. Лунев В. П. // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации. — М., 2006. — С. 31—34.
13. Мюллер Н. В., Карасаева Л. А. // Проблемы управления здравоохранением - 2007. - № 1 (32). - С. 56-60
14. Дементьева Н. Б., Старовойтова Л. И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учеб. пособие. М.: Академия, 2010. 272 с.
15. Нестерова Г.Ф., Астэр И.В. Технология и методика социальной работы: Учеб. пособие. М.: Академия, 2011. 208 с.
16. Руденко А.М., Самыгин С.И. Социальная реабилитация: Учеб. пособие. Ростов-на-Дону: Наука-Спектр; М.: Дашков и К, 2011. 320 с.
17. Семенов А.А. Социальная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста на примере СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Красногвардейского района» // Материалы научно-практ. конф. молодых ученых с междунар. участием «Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности». Улан-Удэ: Изд-во ВСГУТУ, 2012. С. 89–93.
18. Сидоров В. Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения. М.: СТИ МГУС, 2010. 210 с.
19. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие/ отв. ред. проф. Е.И. Холостова, проф. А.С. Сорвина. М.: ИНФРА-М, 2010. 427 с.
20. Гришина Л. П., Курдаков И. Л., Лунев В. П. // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации. – М., 2006. – С. 21-27
21. Конвенция о правах инвалидов. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 24.01.2007 г., № 61/106.
22. Кузьмишин Л. Е., Лецкая О. А., Баньковская М. П., Писарев К. О. // Мед.-соц. эксперт, и реабил. — 2005. — № 4. — С. 27-30.
23. Лунев В. П. // Актуальные вопросы медико-социальной экспертизы и реабилитации. — М., 2006. — С. 31—34.
24. Мюллер Н. В., Карасаева Л. А. // Пробл. управл. здравоохран. - 2007. - № 1 (32). - С. 56-60.
25. Пузин С. Н., Лаврова Д. И., Чикинова Л. Н. и др. // Мед.-соц. эксперт, и реабил. — 2005. — № 4. — С. 3—5.
26. Свинцов А. А. И МСЭ и реабилитация в педиатрии: Труды 1-й межрегиональн. науч.-практ. конф. — СПб., 2001. — С. 92.
27. Старобина Е. М. // Социальная и профессиональная реабилитация инвалидов как фактор их интеграции в общество: Материалы научно -практической конференции — СПб., 2006. — С. 12-18.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОБУЧАЮЩЕЙ ПРОГРАММЫ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНИЕЙ****Ярмухамедова Д.З., Юсупов О.Ф.**

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** Оценка эффективности проведения образовательной программы «школа-гипертоника» на приверженность к лечению больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией в условиях поликлиники. Всем больным наряду с выявлением факторов риска, проводили физикальное исследование, измеряли офисное АД, оценивали показатели приверженности к лечению больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией по тесту Мориска-Грина, организовано образовательная программа «школа-гипертоника» в условиях поликлиники. Внедрение системы обучения пациентов с артериальной гипертензией повышает эффективность лечения за счет увеличения числа пациентов, привлеченных к ответственному контролю заболевания, повышает уровень информированности и навыков самоконтроля заболевания, улучшает комплаентность и качество жизни. Анализ результатов работы «Школы гипертоника» для больных ГБ продемонстрировал ее высокую эффективность в плане повышения уровня знаний больных, что сопровождалось увеличением доли больных, получающих регулярную антигипертензивную терапию и производящих самоконтроль АД.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, приверженность, обучение больных.

**EFFECT OF PROGRAM «SCHOOL OF HYPERTONIC» ON THE COMPLIANCE IN THE PATIENTS WITH ESSENTIAL HYPERTENSION****Yarmukhamedova D.Z., Yusupov O.F.**

Tashkent medical academy

Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** Estimation of efficiency of realization of the educational program of “School of hypertonic” on adherence to treatment of patients with mild and moderate arterial high blood pressure in the conditions of polyclinic. All patients, along with the identification of risk factors, physical examination was performed, blood pressure was measured by an office, with measurements of adherence to treatment of the Morisc-Green, organized educational program “School of hypertonic” in the city polyclinic. Implementation of the system of training of hypertensive patients improves the treatment of hypertension by increasing the number of patients involved in the responsible control of the disease increases the awareness and skills of self-control disease, improve quality of life and compliance. Analysis of the results of the “School of hypertonic” for hypertensive patients demonstrated its high efficiency in terms of raising the level of knowledge of patients, which was accompanied by an increase in the proportion of patients receiving antihypertensive therapy and regular self-monitoring of blood pressure producing.

**Key words:** hypertension, patients education.

Приверженность к лечению (комплаентность) – это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача [5]. В узком смысле под комплаентностью в лечении артериальной гипертензии (АГ) понимают корректный прием антигипертензивных препаратов (не менее 80% должного). Прием некорректной дозы рекомендованных препаратов или их прием в некорректное время, пропуски в приеме и/или отказ от лечения представляют собой различные формы нарушения приверженности. Как правило, наиболее частым вариантом недостаточной комплаентности является прием недостаточных доз лекарств и пропуски в течение 2–3 дней [5]. Связь между успехом в лечении АГ и приверженностью больного к терапии не вызывает сомнения [6]. Проведение обучающих профилактических программ показало их возможность и реальную ценность для успешного контроля АГ как на индивидуальном, так и на популяционном уровне, особенно в плане снижения смертности от мозгового инсульта. Участие в образовательной программе улучшает знание пациентов о болезни, комплаенс к медикаментозной терапии, приверженность к немедикаментозным методам лечения, являются основой самоконтроля и улучшения качества жизни. Снижение приверженности лечению всегда оказывает негативное влияние на долгосрочный прогноз больных. Многочисленные опросы, проводимые среди больных ГБ, демонстрируют незнание пациентами

нормальных цифр АД, плохое владение навыками самоконтроля, непонимание опасности повышенного АД и необходимости постоянной терапии заболевания [8, 9]. Одним из путей решения этой проблемы является обучение больных основам самоконтроля заболевания в “Школах пациента”. На сегодняшний день применение обучающих программ для пациентов с ГБ уже становится стандартом в лечении этой категории больных. Имеющийся мировой опыт демонстрирует высокую эффективность обучения больных ГБ по структурированным программам по сравнению с традиционным подходом [1].

Кроме того, применение обучающих программ имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение, способствует лучшей социальной адаптации пациентов с хронической патологией, что ведет к уменьшению прямых и косвенных затрат на лечение [3]. В современном мире развитие образовательных программ идет по пути создания новых форм обучения, включая компьютерные образовательные сети, которые уже продемонстрировали свою эффективность, особенно у больных СД [2]. Одним из самых простых тестов оценки приверженности к лечению является тест Мориски–Грина [7]. Борьба за улучшение комплаентности – одна из важнейших задач врача, занимающегося лечением АГ. Многие причины недостаточной приверженности могут быть устранены при соответствующем подходе к больному. С целью реального улучшения прогноза больных нам следует существенно улучшить приверженность к терапии

не только пациентов, но и врачей [3]. Цель исследования.

Оценка эффективности проведения образовательной программы «школа-гипертоника» на приверженность к лечению больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией в условиях поликлиники.

#### **Материал и методы.**

Обследовано 286 больных с ЭАГ I- II степени (по классификации ВОЗ-МОАГ 1999г.). Средний возраст больных составил  $55 \pm 4,2$  года. Длительность заболевания составила от 6 до 10 лет. Всем включенным в исследование больным было проведено комплексное обследование, включающее оценку клинического состояния, измерение «офисного» АД, частоты сердечных сокращений (ЧСС), ЭКГ, определение ряда биохимических показателей крови. Измерение АД проводили трехкратно с двухминутными интервалами, анализировали среднеарифметические значения систолического (САД) и диастолического (ДАД) АД. Для оценки приверженности к лечению применялась тест Мориски–Грина. На момент включения среднее по группе систолическое АД (САД) клиническое (кл.) составило  $155,4 \pm 8,3$  мм рт. ст., диастолическое АД (ДАД) кл.  $96,7 \pm 6,0$  мм рт. ст., ЧСС  $76,4 \pm 7,2$  уд/мин. Критериями исключения были: вторичные формы АГ, острое нарушение мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда в течение последних 6 месяцев, стенокардия II–III ФК, сердечная недостаточность, нарушения ритма сердца, функции печени и почек. Подбор антигипертензивной терапии у больных с АГ I ст. начинали с монотерапии эналаприлом (Энап фирмы КРКА, Словения), при недостижении целевого уровня АД при первом визите больные были переведены на комбинированную терапию – назначалась фиксированная комбинация эналаприла с 12,5 мг гидрохлортиазида (Энап НЛ, фирмы КРКА, Словения) дозу. Больные с АГ II ст. рандомизировались слепым методом в 2 группы, первая – 150 больных у которых антигипертензивная терапия начиналась эналаприлом в дозе 10 мг/сут., а вторая 239 больных которым антигипертензивную терапию начинали препаратом фиксированной комбинации эналаприла с 12,5 мг гидрохлортиазида. Недостижение целевого уровня АД при первом визите яв 25 мг гидрохлортиазида (Энап Н фирмы КРКА, Словения). За критерий эффективности антигипертензивной терапии по АД кл. принимали снижение ДАД кл. на 10% или на 10 мм рт. ст. и САД кл. на 15 мм рт. ст. от исходного уровня. Целевым уровнем АД кл. на фоне терапии считалось достижение АД <140/90 мм рт. ст. 204 больных с АГ (103 с АГ I ст. и 101 с АГ II ст.) участвовали на занятиях «школа-гипертоников», организованной на базе 37 городской семейной поликлиники г.Ташкента. Образовательная программа «школа гипертоников» включала 4 занятий, в которых информируют пациентов с АГ о распространенности, факторах риска АГ, как правильно измерять АД, самоконтроле АД в домашних условиях, методах лечения (немедикаментозных и медикаментозных), возможных осложнениях и об их профилактике. Целью образовательной программы было не только информированность пациента, но и убедить их изменить образ жизни, объяснение цели и планирование длительной медикаментозной терапии.

#### **Результаты исследования и обсуждение.**

Контроль за уровнем АД является ключевым инструментом в достижении основной цели в лечении АГ - снижения риска развития сердечно-сосудистых осложнений и улучшения прогноза. Анализ результатов исследования показал, что у 46% больных выявлено гипертоническая болезнь I степени и у 54% больных II степени. Достижение целевого уровня АД является необходимым условием адекватного лечения АГ. В результате 12 - недельного приема Энап-Н и обучения больных по образовательной программе «школа-гипертоника» средний уровень САД снизился на 23,4 мм рт. ст, средний уровень ДАД – 13,6 мм рт. ст. Целевого уровня достигли у 84% больных. 204 больных – 101 больных с АГ I ст. и 103 больных с АГ II ст. обучались по образовательной программе «школа гипертоников». Контроль исходных знаний пациентов и их изменения после обучения проводили по специально разработанной анкете, которая включала, вопросов касающийся знаний о заболевании в целом, его симптомах, осложнениях, о факторах риска ГВ, о методах лечения АГ. Приверженность к лечению оценивали по тесту Мориски–Грина, который включает 4 вопроса: 1) забывали ли вы когда-либо принять препараты? 2) не относитесь ли вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3) не пропускаете ли вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо и 4) если вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли Вы следующий прием? Комплаентными согласно данному тесту являются больные, набирающие 4 балла, некомплаентными – менее 3. Анкетирование проводили исходно, сразу после цикла занятий и через 6 мес после окончания обучения. При анализе клинической характеристики больных посетивших «школа гипертоников», показатели больных по цифрам АД, по длительности заболевания, по наличию факторов риска достоверно не отличались от исходных показателей больных общей группы. На проведенных 4-х занятиях больным была дана информация об основных понятиях АГ: факторы риска, клиническое течение заболевания, возможные осложнения, гипертонические кризы, немедикаментозные и медикаментозные подходы к лечению, профилактика. Анализ полученных данных по опросникам показал, что результаты исследования среди пациентов которые были отобраны в группу обучения такие показатели как курение, прием алкоголя, наличие ожирения встречались с одинаковой частотой как у больных с АГ I ст, так и II ст.

Результаты исследования показали, что до прохождения обучения в «школе гипертоников» о наличии АГ знали 54,4% больных, о факторах риска АГ были информированы 45,4% больных, у 40,2% больных отмечались гипертонические кризы, находились на приеме АГП 16,2% больных. Соблюдению диеты, принципов здорового образа жизни придерживались лишь 2,6% больных. Анализ регулярности приема антигипертензивных препаратов показало, что регулярное лечение получали лишь 29,4% больных в группе, при этом 19,1% вообще не лечились. Основной причиной нерегулярного лечения было отсутствие у больных представлений о необходимости постоянной терапии при АГ. В целом уровень информированности больных

составил на момент начала обучения 58%. Наименьшие знания были продемонстрированы больными в отношении вопросов лечения АГ. Только 35,6% больных были убеждены в необходимости постоянного лечения, а 34,3% считали необходимым ежедневный контроль АД. Анализ показывает, что после посещения образовательной программы «школа гипертоников» выросла доля больных регулярно принимающих антигипертензивную терапию, за счет снижения доли больных, не принимающих препараты. При этом важным фактором является самоконтроль АД. Результаты анализа через 6 месяца после посещения образовательной программы показали, что число больных регулярно проводящих самоконтроль АД составило 74% против 44% исходного. При этом доля больных не измеряющих АД, снизилась в 2 раза, составляя 7% против 18% исходного. Через 6 месяцев этот показатель составил 68%, что подтверждает о повышении комплайнтности больных.

Таким образом, у больных АГ проведение образовательной программы «школа-гипертоника» повышает их информированность, улучшает комплайнтность и качество жизни. Для успешного лечения АГ необходима достаточная информированность больных о своем заболевании и методах его контроля, что обеспечивается терапевтическим обучением пациентов с АГ.

#### **Литература:**

1. Бакшеев В.И., Колomoец Н.М. Клиническая и экономическая эффективность работы школы больного гипертонической болезнью. *Клиническая медицина*. 2003; 6:59-61.
2. Конради А.О., Полуничева Е.В. Недостаточная приверженность к лечению артериальной гипертензии: причины и пути коррекции. *Артериальная гипертензия*. 2004;10(3):137-143.
3. Конради А.О., Соболева А.В., Максимова Т.А. и др. Обучение больных гипертонической болезнью – бессмысленная трата времени или реальный инструмент в повышении качества контроля заболевания? *Артериал. гипертензия*.
4. Оганов Р.Г. Проблема контроля артериальной гипертензии среди населения // *Кардиология*. - 1994. - № 10. - С 4-7.
5. Hill M, Houston N. Adherence to antihypertensive therapy. Chapter 131: 390-2.
6. Waeber B, Burnier M, Brunner HR. How to improve adherence with prescribed treatment in hypertensive patients? *J Cardiovasc Pharmacol* 2000; 36 (suppl. 3):S23-S26
7. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of self-reported measure of medical adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-73.
8. Kjellgren KI, Svensson S, Ahlner J, Saljo R. Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure. *Scand J Prim Health Care* 1997 Dec; 15 (4):188-92.
9. Gruesser M, Hartmann P, Schlottmann N, Lohmann FW, Sawicki PT, Joergens V. Structured patient education for out-patients with hypertension in general practice: a model project in Germany. *J Hum Hypertens* 1997 Aug; 11 (8):501-6.

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНО-ТКАННЫХ И  
ГЛАДКОМЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В КАПСУЛЕ ТРАХЕОБРОНХИАЛЬНЫХ  
ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У ВЗРОСЛЫХ ЛЮДЕЙ**

**Гайворонская Ю.Б.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Известно, что лимфатические узлы и соединяющие их лимфатические сосуды, являются биологическим фильтром на пути тока лимфы. Конструкция (микроскопическая анатомия) капсулы трахеобронхиальных лимфатических узлов исследована на 24 органокомплексах людей зрелого возраста. В разных слоях капсулы лимфатических узлов, выявлено различное соотношение эластических и коллагеновых волокон. Пространственное распределение мышечных и соединительнотканых волокон у взрослых людей имеет органоспецифический характер, который отражает дренажную функцию лимфатического русла.

**Ключевые слова:** трахеобронхиальные лимфатические узлы, капсула, миоциты, коллагеновые волокна, эластические волокна, взрослые люди.

**АДАМДАРДЫН КЕКИРТЕК ЖАНА БРОНХ ЛИМФА-БЕЗДЕРИНИН  
КАПСУЛАСЫНДАГЫ КАТМАРЛАРЫНДАГЫ ТКАН-ТАЛЧАЛАРЫНЫН ЖАНА  
БУЛЧУҢ-ТАЛЧАЛАРЫНЫН КААТНАШТЫГЫ**

**Гайворонская Ю.Б.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Лимфа бездери жана лимфа-тамырлары биологиялык эльгек экени баарыбызга белгилүү. Кекиртек жана бронхтордун лимфа-бездеринин тышкы капсуласынын түзүлүшү 24 адамдын органо-комплексеринде изилденген. Лимфа-бездеринин капсуласындагы катмарларда коллагендик жана солкулдак-талчаларынын каатнашы ар бир катмарларында ар башка экени белгилүү болду. Мындай түзүлүш лимфа-бездеринин дренаждык функциясын көздөйт.

**Негизги сөздөр:** кекиртек, бронх лимфа-бездери, без капсуласы, миоциттер, коллаген-талчалары, солкулдак-талчалары, адамдардын лимфа-бездери.

**SPECIALTY OF ORGANIZATION THE CONNETIVE AND MUSCULAR FIBERS  
IN THE CAPSULE OF THE TRACHEOBRONCHIAL LYMPHATIC NODES  
IN HUMANS OF ADULT AGE**

**Gayvoronskay Y.B.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** It is known, that lymphatic nodes and their lymphatic vessels, are biological filter on the way of flowing lymph. The construction of the capsule of the tracheobronchial lymphatic nodes are explored on the 24 complex of organs in humans of adult age. In different layers of capsule of the lymphatic nodes, is revealed the different ratio of collagen and elastic fibers. Spacial distribution of the muscular and connective fibers in humans of adult age has organospecific character, which is reflected the drain function of lymphatic system.

**Key words:** tracheobronchial lymphatic nodes, capsule, myocytes, collagen fiber, elastic fiber, humans of adult age.

В развитии и распространении заболеваний органов грудной полости ведущая роль принадлежит ее лимфатическому руслу [3]. Анатомия лимфатических узлов на уровне макро- и микроскопических исследований этих образований, как органов иммунной системы подробно представлено в отечественной и зарубежной литературе [2]. Известно, что лимфатические узлы и соединяющие их лимфатические сосуды, являются биологическим фильтром на пути тока лимфы. Транспорт лимфы представляет собой активный физиологический процесс, значительную роль в котором играет собственная сократительная активность лимфатических сосудов. В литературе имеется значительное количество работ с описанием морфологических параметров структурно-функциональной единицы лимфатической системы – лимфангионов, полученных в результате исследования домашних и лабораторных животных [1, 4]. Детальных исследований микроскопической анатомии лимфатического русла у человека недостаточно, а исследование конструкции лимфатических узлов в трахеобронхиальной области вовсе отсутствуют. Распространение специфических и неспецифических

заболеваний органов грудной полости свидетельствуют о росте этих патологий и являются насущной задачей к изучению фундаментальных основ строения путей продвижения лимфы.

**Материал и методы исследования.**

Конструкция (микроскопическая анатомия) капсулы трахеобронхиальных лимфатических узлов исследована на 24 органокомплексах людей зрелого возраста, умерших от причин не связанных с поражением органов грудной полости. Лимфатические узлы и сосуды выявлялись методом внутритканевой и прямой инъекции массы Герота. Гистологические препараты окрашивались методами по Ван-Гизон, гематоксилин-эозином, по Вейгерту (окуляр 7, объектив 40).

**Результаты исследования и их обсуждение.**

В капсуле исследованных нами лимфатических узлов различают три слоя: внутренний, состоящий из слоя сплошных эндотелиальных клеток; средний – содержащий миоциты и элементы соединительной ткани и наружный – соединительнотканый. Все слои капсулы трахеобронхиальных (ТХБ) лимфатических узлов пронизаны эластическими волокнами, а также коллагеновыми

волокнами различной толщины.

В юношеском возрасте (17-21 год) коллагеновые волокна в 83,3% случаев определялись во всех слоях капсулы и изредка (в 16,4% случаев) они отсутствовали во внутреннем слое капсулы ТХБ узлов. При этом, в 60% случаев тонкие коллагеновые волокна располагались во внутреннем слое капсулы, а в 40% - в среднем и наружном слое. Коллагеновые волокна средней толщины всегда обнаруживались (в 100% случаев) в среднем слое, преобладали в наружном слое (в 66,6% случаев) и реже встречались во внутреннем слое (в 33,4% случаев).

Эластические волокна, также как и коллагеновые волокна располагались во всех слоях капсулы в преобладающем большинстве случаев (в 83,4% случаев), лишь в 16,6% случаев могут отсутствовать во внутреннем слое капсулы. Тонкие эластические волокна в основном (в 83,4% случаев) выявляются в наружном и среднем слоях капсулы и только в 33,3% случаев – во внутреннем слое. На гистологических срезах тонкие эластические волокна имеют спиралевидную ориентацию. Эластические волокна средней толщины в 50% случаев обнаруживаются во всех слоях капсулы. На срезах они изогнутой формы. В трабекулах лимфатических узлов всегда выявляются (в 100% случаев) эластические волокна. В целом,

коллагеновые и эластические волокна (разной толщины) ориентированы продольно по ходу гладкомышечных клеток.

Гладкомышечные клетки (миоциты) располагаются во всех слоях капсулы (в 100% случаев). Ядра миоцитов в основном (в 100% случаев) ориентированы косопродольно, реже – продольно (в 33,3% случаев) и редко - косоперечно (в 16,6% случаев). В юношеском возрасте миоциты образуют мышечные пучки (волокна) по 4-6 клеток в 2-3 слоя, которые в 50% случаев выявляются во всех слоях капсулы узлов и в 50% случаев – только в наружном слое рис.1.

В I-м периоде зрелого возраста (21 – 35 лет) коллагеновые волокна в 87,5% случаев располагались во всех слоях капсулы и в 12,5% случаев не обнаруживались в наружном слое. В 57,2% случаев коллагеновые волокна были представлены тонкими волокнами во внутреннем слое, а в 28,5% случаев – в наружном слое и в 14,3% случаев – в среднем слое. Коллагеновые волокна средней толщины в 87,5% случаев располагались в среднем слое капсулы узла, в 75% случаев – наружном слое и в 50% случаев – во внутреннем слое. Толстые коллагеновые волокна обнаруживались в 12,5% случаев только в среднем и внутреннем слоях капсулы. Эластические

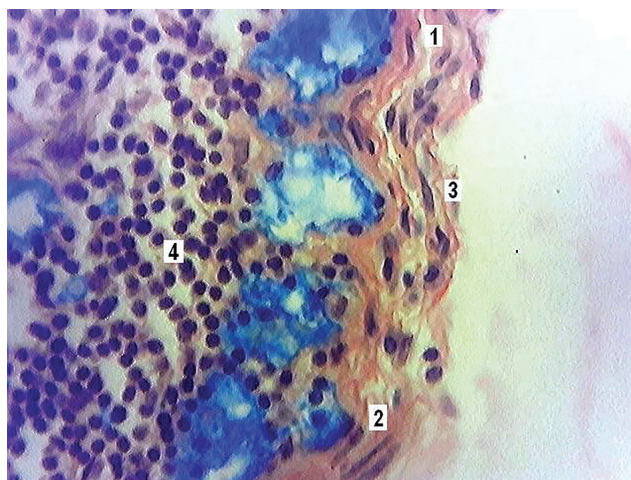


Рис.1. Верхний правый трахеобронхиальный лимфатический узел. Капсула узла (1), миоциты (2), коллагеновые волокна (3), фолликул (4). Женщина 20 л. (юношеский возраст). Срез узла. Окраска по Ван-Гизону. Об.40, ок.7.

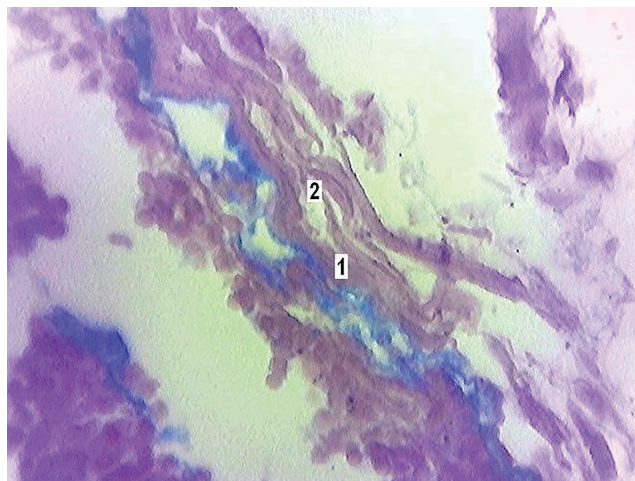


Рис.2. Бифуркационный трахеобронхиальный лимфатический узел. Коллагеновые волокна (1), эластические волокна (2). Мужчина, 33г. (I зрелый возраст). Срез узла. Окраска по Вейгерту. Об.40, ок.7.

волокна пронизывают все слои капсулы узла (в 100% случаев). Тонкие эластические волокна в 75% случаев располагаются в наружном слое и в 37,5% случаев в среднем и внутреннем слоях капсулы. Форма тонких эластических волокон – спиралевидная. Эластические волокна средней толщины преобладают в среднем (в 75% случаев) и внутреннем (в 62,5% случаев) слое капсулы, реже – в наружном слое (в 37,5% случаев). Форма их изогнутая рис.2. Миоциты встречаются во всех слоях капсулы исследованных узлов (в 100% случаев). Ядра миоцитов ориентированы косопродольно (в 100% случаев) и в 50% случаев – продольно. Миоциты сгруппированные в мышечные волокна в 62,5% случаев встречаются во всех слоях капсулы, а в 37,5% случаев присутствуют только в наружном слое.

Во II-м периоде зрелого возраста (36 – 60 лет) распределение коллагеновых и эластических волокон в капсуле ТХБ узлов сохраняет органоспецифичность конструкции. Так, коллагеновые волокна в 80% случаев выявляются во всех слоях капсулы и только в 20% случаев могут отсутствовать в наружном слое. При этом эти волокна были средней толщины во всех слоях капсулы. Эластические волокна также как и коллагеновые волокна в 80% случаев располагались во всех слоях капсулы и только в 20% случаев могут отсутствовать в наружном слое. Тонкие эластические волокна в 20% случаев преобладают в наружном слое и 10% случаев – в среднем слое. Форма волокон спиралевидная. Эластические волокна средней толщины в 90% случаев обнаруживаются в среднем слое, в 60% случаев – в наружном, в 50% случаев – во внутреннем слое. В трабекулах лимфатических узлов в 50% случаев обнаруживаются эластические волокна, в 50% случаев – эластические волокна не обнаружены.

Миоциты встречаются во всех слоях капсулы узлов (в 100% случаев). Ядра миоцитов ориентированы в 90% случаев косопродольно, в 50% случаев – продольно, в 30% случаев – косопоперечно.

#### **Выводы:**

1. Конструкция (микроскопическая анатомия) капсулы трахеобронхиальных лимфатических узлов ориентирована на пассивное (емкостная функция) и активное (пропускная функция) продвижение лимфы, которая представлена миоцитами и соединительнотканными элементами.

2. В разных слоях капсулы лимфатических узлов, выявлено различное соотношение эластических и коллагеновых волокон.

3. Пространственное распределение мышечных и соединительнотканных волокон у взрослых людей имеет органоспецифический характер, который отражает дренажную функцию лимфатического русла.

#### **Литература:**

1. Русских Т.Л. Макромикроскопическое строение нижних трахеобронхиальных лимфатических узлов гамадрилов *Pario Hamadrias*// Архив анатомии, гистологии и эмбриологии.- 1981.- №9.- С.84-88.
2. Сапин М.Р., Юрина Н.А., Этинген Л.Е. Лимфатический узел.- М.: Медицина, 1978.- 266 с.
3. Чиссов В.И., Трахтенберг А.Х., Франк Г.А., и др. Варианты регионарного метастазирования мелкоклеточного рака легкого и выработка медиастинальной лимфаденэктомии// Российский онкологический журнал.- 2003.- №2.- С.4-10.
4. Чумаков В.Ю., Складнева Е.Ю., Медкова А.Е. и др. Конструкция капсулы регионарных лимфатических узлов некоторых органов овец// Вопросы морфологии 21 века.- 2008.- №2.- С. 12-14.

## МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КАЗЕОЗНОЙ ПНЕВМОНИИ

Козьмина Ю.В.<sup>1</sup>, Джаналиев Б.Р.<sup>2</sup>, Джолдубаев С.Д.<sup>3</sup>, Козьмин М.Г.<sup>4</sup>

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева<sup>1</sup>

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина<sup>2</sup>

Ошский государственный университет<sup>3</sup>

Международный университет Кыргызстана<sup>4</sup>

Международная школа медицины

Бишкек, Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** В ходе проведенного исследования на аутопсийном материале установлено, что за период с 1984 по 2008 гг. отмечается рост удельного веса казеозной пневмонии в структуре смертности от туберкулеза легких; казеозная пневмония чаще встречается у мужчин работоспособного возраста; характеризуется частым двусторонним поражением легких и вовлечением в процесс более одной доли; морфологически преобладает экссудативно-некротическая тканевая реакция с частым развитием продуктивного васкулита и тромбоваскулита.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, казеозная пневмония, морфология, аутопсийный материал.

## КАЗЕОЗ ПНЕВМОНИЯСЫНЫН МОРФОЛОГИЯЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Козьмина Ю.В.<sup>1</sup>, Джаналиев Б.Р.<sup>2</sup>, Джолдубаев С.Д.<sup>3</sup>, Козьмин М.Г.<sup>4</sup>

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы<sup>1</sup>

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия славян университети<sup>2</sup>

Ош мамлекеттик университети<sup>3</sup>

Кыргызстандын эл аралык университети<sup>4</sup>

Эл аралык жогорку медициналык мектеби

Бишкек, Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 1984 жылдан 2008 жылга чейинки аутопсиялык материалды изилдөөнүн негизинде төмөнкүлөр тастыкталды: өпкөнүн кургак учугунан өлгөндөрдүн ичинде казеоз пневмониясынын салыштырмалуу салмагы өскөндүгү белгиленүүдө; бул дарт эркектердин ишке жарамдуу жашында көбүрөөк кездешүүдө; өпкөнүн эки тараптуу дарт чалуусу жана процесске бир бөлүктөн артык тартуусу менен мүнөздөлөт; морфологиялык жактан экссудативдик-некротивдик ткандык реакциясы менен продуктивдүү васкулит жана тромбоваскулит басымдуулук кылат.

**Негизги сөздөр:** кургак учук, казеоз пневмониясы, морфологиясы, аутопсиялык материал.

## MORPHOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CASEOUS PNEUMONIA

Kozmina U.V.<sup>1</sup>, Djanaliev B.R.<sup>2</sup>, Djoldubaev S.D.<sup>3</sup>, Kozmin M.G.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

<sup>2</sup>B. N. Eltsin Kyrgyz-Russian Slavic University

<sup>3</sup>Osh State University

<sup>4</sup>International University of Kyrgyzstan

International higher school of medicine

Bishkek, Osh, Kyrgyz Republic

**Resume.** In the course of the study on autopsy material established that during the period from 1984 to 2008 notes an increase in the share of caseous pneumonia in the structure of mortality from tuberculosis of the lungs; caseous pneumonia is more common among men of working age; characterized by frequent bilateral lung involvement and the involvement of more than one lobe; morphologically predominant exudative-necrotic tissue reaction to the frequent development of productive vasculitis and thrombovascular.

**Key words:** tuberculosis of lungs, caseous pneumonia, morphology, autopsy material

Во многих странах туберкулез продолжает оставаться серьезной медико-социальной проблемой [1]. В Кыргызской Республике показатели заболеваемости (100,1 на 100 тыс. населения – 2014 г.) и смертности от туберкулеза (8,9 на 100 тыс. населения – 2014 г.) остаются высокими [2,3].

В последнее время в структуре смертности от туберкулеза легких отмечается нарастание остро прогрессирующих форм, к которым, прежде всего, относится казеозная пневмония (КП) [1,4,5,6,7]. КП – воспалительно-деструктивный процесс в легких с преобладанием экссудативно-некротической тканевой реакции и характеризуется острым прогрессирующим течением, ранним развитием деструкции легких с формированием пневмониогенных каверн. В настоящее время выделяют два патогенетических варианта КП: первичная КП (самостоятельная кли-

нико-анатомическая форма); вторичная КП (прогрессирование других форм легочного туберкулеза) [8,9].

**Цель исследования:** охарактеризовать медико-социальный портрет умерших от казеозной пневмонии и изучить ее морфологическую характеристику.

**Материалы и методы исследования.**

Проведен ретроспективный анализ аутопсийного материала Республиканского патологоанатомического бюро Министерства здравоохранения Кыргызской Республики за 25 лет (с 1984г. по 2008г.). Временной период исследования был разделен на группы по 5 лет. Нами было проанализировано 989 протоколов вскрытия умерших от туберкулеза легких за период с 1984 по 2008 гг.

**Методы исследования:** 1) анализ данных медицинской документации, протоколов патологоанатомического исследования; 2) гистологическое исследование;

3) статистическая обработка данных.

## Результаты исследования.

За период с 1984 по 2008 гг. было зарегистрировано 989 случаев смерти больных от туберкулеза легких и его осложнений, КП отмечена в 82 случаях, что составило 8,3% (табл.1).

За исследуемый период отмечается достоверный рост случаев смерти от КП. Если в период 1984-1988гг. КП диагностирована только в 1 наблюдении (2,6%), то в 2004-2008 гг. она отмечена в 47 случаях (10,5%), что согласуется с данными других авторов [1,5,6].

Среди умерших абсолютно преобладали мужчины (табл.2). Соотношение мужчин и женщин составило 4,9:1. При распределении наблюдений по возрастным периодам оказалось, что наибольшее число больных умерли в возрасте 40-50 лет, т.е. на момент смерти находились в трудоспособном возрасте, средний возраст умерших составил  $44,8 \pm 1,6$  лет.

Из 82 случаев КП 22 (26,3%) умерших относились к социальной категории, обозначаемой в обществе как лица «без определенного места жительства» - «БОМЖ». В местах лишения свободы ранее находились 9 (10,9%) больных. 24 (29,3%) больных злоупотребляли алкоголем (хронический алкоголизм фигурировал в качестве фоново-

го заболевания). Изучение сроков последнего пребывания больных в стационаре показало, что смерть пациентов с КП в 57,3% случаев наступила в первые десять дней госпитализации, в том числе в первые сутки пребывания – в 8,5% случаев. Интересно отметить, что смерть в первые сутки госпитализации наблюдалась только в последние десять лет. Смерть от казеозной пневмонии в срок до месяца последней госпитализации достоверно чаще наступала при двустороннем процессе (31,4%) по сравнению с односторонним процессом (8,3%;  $P=95\%$ ).

Непосредственной причиной смерти в большинстве случаев стало прогрессирование специфического процесса, вместе с этим отмечались и сочетанные смертельные осложнения – легочные и внелегочные. Сочетанными легочными осложнениями явились спонтанный пневмоторакс (в 5 случаях, 6,1%), специфический плеврит (в 37 случаях, 45,1%) с развитием эмпиемы плевры в 4 случаях (4,9%); легочное кровотечение отмечалось только в одном случае. Сочетанными внелегочными осложнениями явились хроническое легочное сердце (в 6 случаях, 7,3%), диссеминированное поражение центральной нервной системы (в 3 случаях, 3,7%) и отек головного мозга (в 9 случаях, 10,9%).

Актуальной является проблема впервые выявлен-

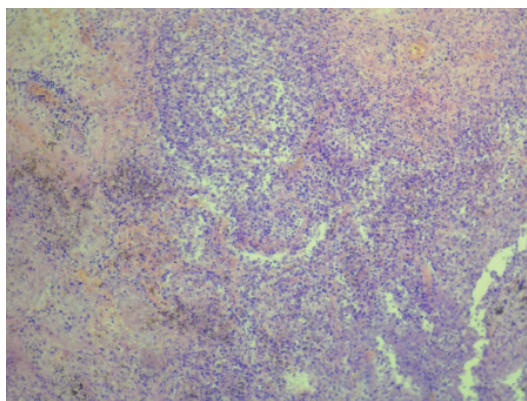
**Таблица 1.**  
**Частота и динамика туберкулеза легких и казеозной пневмонии на аутопсийном материале за период с 1984 по 2008 гг.**

|                               |    | 1984 – 1988 | 1989 – 1993 | 1994 - 1998 | 1999 – 2003 | 2004 - 2008       | Всего |
|-------------------------------|----|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------------|-------|
| Количество вскрытий           |    | 2835        | 4130        | 3587        | 3312        | 2288              | 16152 |
| Умершие от туберкулеза легких | n  | 38          | 40          | 109         | 353         | 449               | 989   |
|                               | %  | 1,34        | 0,968       | 3,039       | 10,66       | 19,42<br>$P=99\%$ | 6,123 |
| Казеозная пневмония           | n  | 1           | 4           | 10          | 20          | 47                | 82    |
|                               | %* | 2,6         | 10,0        | 9,2         | 5,7         | 10,5<br>$P=99\%$  | 8,3   |

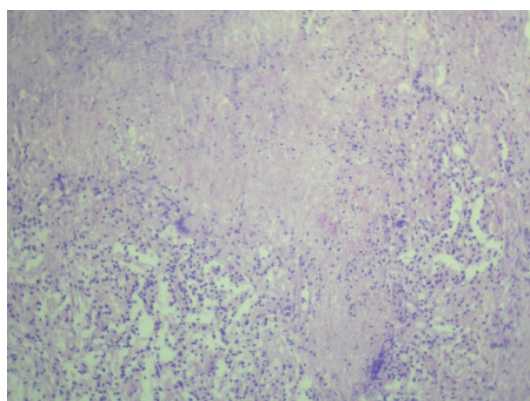
\* % КП от общего числа умерших от туберкулеза легких

**Таблица 2.**  
**Распределение умерших от казеозной пневмонии по полу, возрасту, социальному статусу.**

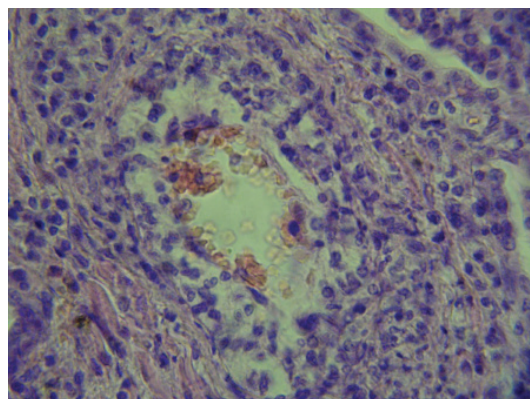
|                     |   |             | 1884 – 1888 | 1989 – 1993 | 1994 - 1998 | 1999 – 2003 | 2004 - 2008 | Всего    |
|---------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------|
| Пол                 | м | п           | 1           | 3           | 10          | 18          | 36          | 68       |
|                     |   | %           | 100         | 75,0        | 100         | 90,0        | 76,6        | 82,6     |
|                     | ж | п           |             | 1           |             | 2           | 11          | 14       |
|                     |   | %           |             | 25,0        |             | 10,0        | 23,4        | 17,1     |
| Возраст             | м | ср. возраст | 46 лет      | 62,7±5,5    | 46,9±4,9    | 44,8±3,7    | 43,6±2,2    | 46±1,7   |
|                     | ж | ср. возраст |             | 39 лет      |             | 36±15,9     | 37,5±3,4    | 37,4±2,9 |
| Бывший в заключении |   | п           |             |             |             | 2           | 7           | 9        |
|                     |   | %           |             |             |             | 10,0        | 14,9        | 10,98    |
| Алкоголизм          |   | п           | 1           |             | 4           | 5           | 14          | 24       |
|                     |   | %           | 100         |             | 40,0        | 25,0        | 29,8        | 29,3     |
| БОМЖ                |   | п           |             |             |             | 2           | 20          | 22       |
|                     |   | %           |             |             |             | 10,0        | 42,6        | 26,8     |
| Итого               |   |             | 1           | 4           | 10          | 20          | 47          | 82       |



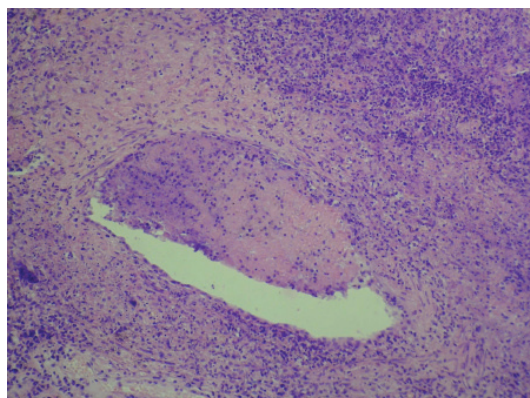
**Рис. 1а. Обширный очаг некроза с вторичной лейкоцитарной инфильтрацией. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х100**



**Рис. 1б. Очаг некроза со слабо выраженной лимфомакрофагальной инфильтрацией с единичными гигантскими клетками. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х100**



**Рис. 2а. Продуктивный васкулит. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.х400**



**Рис. 2б. Васкулит с тромбозом. Окраска гематоксилин-эозином. Ув. х100**

ного туберкулеза на аутопсии, так как прижизненно не выявленный туберкулез является источником распространения инфекции [10,11]. В нашем исследовании отмечен высокий процент впервые выявленной казеозной пневмонии на аутопсии – 51,1%, в то время как в условиях стационара казеозная пневмония установлена в 48,9% случаев. Отмечалось, что достоверно больше случаев установленной на аутопсии казеозной пневмонии было при нахождении больного в стационаре до 30 суток (93,6%), по сравнению с длительностью госпитализации свыше 30 дней (74,3%;  $P=95\%$ ).

Изучение протяженности процесса в легких показало, что в основном (96,4%) отмечено двустороннее поражение, причем у женщин во всех случаях отмечался только двусторонний процесс поражения. Во всех случаях туберкулезные изменения локализовались в верхних долях легких. При исследовании морфологических проявлений отмечено сочетание КП с диссеминацией процесса в остальные отделы легких в 52,4% случаев (43 наблюдения), распад с образованием острой каверны – в 54,9% случаев (45 наблюдений), интраканаликулярное распространение с развитием туберкулеза кишечника в 3 случаях. За период исследования обнаружены некоторые изменения фибропластических процессов, таких как, фиброзные плевральные спайки, рубцы, кальцинаты в паренхиме легких. Так, спаечный процесс плевральных полостей остается на высоком уровне во всех периодах времени (100% в 1984-1988 гг. и 80,9% в 2004-2008 гг.), что может свидетельствовать о перенесенном ранее туберкулезном процессе. Отмечается достоверное снижение рубцовых изменений и кальцинатов в паренхиме легких в последние десять лет по сравнению с первыми пятнадцатью годами – с 46,7% до 4,5% ( $P=99,9\%$ ) и с 40,0% до 1,5% ( $P=99\%$ ) соответственно. Эти данные могут указать на сокращение длительности заболевания, снижение репаративной способности организма [6,12].

Гистологическое исследование показало преобладание экссудативно-некротической тканевой реакции. Определялись очаги казеозного некроза с обширным пропитыванием масс тканевого детрита полиморфно-ядерными лейкоцитами и продуктами их распада (рис. 1а). Очаги некроза были ограничены от окружающей легочной паренхимы скудным валом, представленным лимфоцитами, макрофагами и единичными эпителиоидными и гигантскими клетками (рис. 1б). Перифокально отмечались дисциркуляторные изменения в виде полнокровия сосудов микроциркуляции, пареза и стаза. Характерным признаком КП были васкулиты разной степени выраженности и часто имели картину панваскулита (рис. 2а). В некоторых сосудах определялись тромбы (пристеночные или обтурирующие) (рис. 2б), являющиеся результатом повреждения интимы сосудов и нарушения реологических свойств кро-

ви в очаге воспаления.

## Выводы:

1. За период с 1984 по 2008 гг. отмечается неуклонный рост удельного веса казеозной пневмонии в структуре смертности от туберкулеза легких.
2. Казеозная пневмония чаще встречается у мужчин работоспособного возраста.
3. Казеозная пневмония характеризуется частым (96,4%) двусторонним поражением легких и вовлечением в процесс более одной доли.
4. В настоящее время при казеозной пневмонии преобладает экссудативно-некротическая тканевая реакция с частым развитием продуктивного васкулита и тромбоваскулита.

## Литература:

1. Мамаева И.А., Мусаева А.М., Абушев С.А. и др. Эпидемиологические особенности сочетания сахарного диабета и туберкулеза легких // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*. -2008.- №5.-С.23-25.
2. Демографический ежегодник КР 2010-2014 гг.- Нацстатком КР.-Годовая публикация 2015.-320с. [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.stat.kg>
3. О деятельности организаций здравоохранения в 2010 году и задачах на 2011 год // *Справка МЗ КР*.
4. Лебедева Н.О. Медико-социальные факторы выживаемости впервые выявленных больных казеозной пневмонией // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*.-2007.-№1.-С.27-30.
5. Целищева П.В. Морфологическая характеристика и патоморфоз казеозной пневмонии: Дисс..к.м.н.-Челябинск.-2010.-102с.
6. Кузьмина Н.В., Мусатова Н.В. Течение генерализованного туберкулеза в условиях северного региона // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*.-2008.-№6.-С.22-24.
7. Сидоренко О.А. Рецидивы туберкулеза в период внедрения стратегии ДОТС: Автореф.дисс...к.м.н.-Бишкек.-2011.-25с.
8. Кобелева Г.В., Байбородова Т.И., Молчанова О.М., Казакова Л.М. Танатогенез больных казеозной пневмонией в зависимости от пола // *Проблемы туберкулеза и болезней легких*.-2007.-№9.-С.50-51.
9. Бородулина Е.А., Бородулин Б.Е., Хафизова М.Б., Колганова Е.Н. Анализ смерти пациентов в противотуберкулезном стационаре. – В кн.: *Материалы VII Российского съезда фтизиатров: тезисы докладов* [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://expodata.ru/~expopress/2003/ftiz/ftiz03\\_tez.php](http://expodata.ru/~expopress/2003/ftiz/ftiz03_tez.php)
10. Флигиль Д.М. Патоморфоз и морфологическая характеристика диссеминированного туберкулеза по материалам фтизиатрического центра Москвы (1999 – 2003 гг.): Дисс...к.м.н.-Москва.-2006.-95с.
11. Буйко Р.Г. Патоморфоз туберкулеза в современных условиях // *Первая краевая*.-1999.-№5.-октябрь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.kkb1.krasu.ru/journal/n\\_5.htm#part\\_13](http://www.kkb1.krasu.ru/journal/n_5.htm#part_13), <http://e-vitamed.ru/>
12. Соловьева И.П. Эпидемия туберкулеза в морфологическом освещении // *Архив патологии*.-1998.-№1.-С.30-34.

**ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ РЕАКТИВНОСТИ СТУДЕНТОК КОЛЛЕДЖА, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО РАЗНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

**Кононец И.Е., Калыкеева А.А.**

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

**Резюме.** В объем исследований включались 78 студенток колледжа 15-16 лет, обучающихся по гуманитарным и техническим направлениям. Вегетативная реактивность оценивалась с помощью ортостатической пробы методом кардиоинтервалографии. При исследовании вегетативной реактивности установлено, что обучение в течение года в колледже является большой нагрузкой на адаптивные механизмы студенток гуманитарных специальностей.

**Ключевые слова:** вегетативная регуляция, вегетативная реактивность, вегетативный тонус, кардиоинтервалография, подростки.

**КОЛЛЕДЖДИН ТҮРДҮҮ АДИСТИКТЕРИНДЕ ОКУГАН СТУДЕНТ КЫЗДАРЫНЫН ВЕГЕТАТИВДИК РЕАКТИВДҮҮЛҮГҮН БААЛОО**

**Кононец И.Е., Калыкеева А.А.**

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

**Корутунду.** Колледждин гуманитардык жана техникалык адистиктеринде окуган 15-16 жаштагы 78 студент - кыздары изилденген. Белгиленген студенткалардын вегетативдик реактивдүүлүгү ортостатикалык пробанын жардамы менен кардиоинтервалография (КИГ) методу изилденди. Вегетативдик реактивдүүлүгүн изилдөөнүн натыйжасында, колледжде жыл бою окуусунун негизинде гуманитардык адистиктерде окуган кыздардын адаптивдик механизмдерине абдан чоң жүктөм болоору аныкталды.

**Негизги сөздөр:** вегетативдик жөнгө салуу, вегетативдик реактивдүүлүк, вегетативдик тонус, кардиоинтервалография, өспүрүмдөр.

**ESTIMATION OF VEGETATIVE REACTANCE OF STUDENTS OF THE COLLEGE TRAINED ON DIFFERENT SPECIALITIES**

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

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

**Resume.** The volume of researches joined 78 students of college of 15-16 years trained in humanitarian and technical directions. Vegetative reactance was estimated with the help of ortostas by a method of cardiointervalography. At research of vegetative reactance it is established that training within a year in college is the big loading on adaptive mechanisms of the students trained on humanitarian specialities.

**Keywords:** vegetative regulation, vegetative reactance, a vegetative tone, teenagers.

Актуальность настоящего исследования обусловлена недостаточной изученностью состояния вегетативной реактивности студенток, обучающихся в средних специальных учебных заведениях.

Учёба в колледже относится к интенсивному умственному труду, который сопровождается психо-эмоциональными изменениями в организме, что может способствовать превышению симпатических влияний на сердце и сосуды, в результате которых физиологические нейрогуморальные перестройки переходят в дисфункции. Дисфункции вегетативной нервной системы часто сочетаются с определенными психосоматическими болезнями. При ваготонии чаще диагностируют бронхиальную астму, нейродерматит, аллергические проявления, язвенную болезнь желудка. Люди с симпатикотонией страдают ишемической болезнью сердца, артериальной гипертензией, атеросклерозом и tireotoксикозом [1].

Показатели сердечно-сосудистой системы традиционно используются в целях оценки адаптационных возможностей организма. Инструментально оцениваемая вариабельность сердечного ритма (ВСР) - единственный унифицированный неинвазивный метод оценки качества регуляции, в частности, общей активности регуляторных механизмов, нейрогуморальной регуляции сердца, соотношения между симпатическим и парасимпатическим отделами вегетативной нервной системы [2, 3].

**Целью настоящего исследования** явилось

изучение вегетативной реактивности студенток колледжа гуманитарных и технических специальностей.

**Материалы и методы исследования.**

Под наблюдением находились 78 студенток в возрасте 15-16 лет колледжа при Кыргызском государственном университете им. И.Арабаева.

Вегетативная реактивность изучалась методом кардиоинтервалографии (КИГ) с ортостатической пробой. Регистрация КИГ осуществлялась следующим образом:

1-я запись (исходная) проводилась в положении лёжа в течение 10 мин; 2-я запись регистрировалась в положении стоя в течение 5 мин.

Расчеты основных показателей вариационной кривой включали: амплитуду моды (АМо), индекс напряжения регуляторных систем (ИН) и один из спектральных показателей - индекс вагосимпатического взаимодействия (LF/HF) [4]. Обработка материалов осуществлялась с использованием программы SPSS 16.0.

**Результаты исследования и их обсуждение.**

В таблице 1 представлены показатели КИГ, зарегистрированные в положении лёжа.

У 29 девушек (74%) гуманитарного профиля обучения частота сердечных сокращений (ЧСС) находилась в пределах нормальных значений, а у 10 (26%) отмечалась тахикардия. У девушек, обучающихся по техническим направлениям зарегистрировано: нормальная частота пульса у 85%, брадикардия – у 15% обследованных.

По значениям LF/HF у студенток гуманитарных

Таблица 1.

Динамика показателей кардиоинтервалограммы при проведении ортостатической пробы у студенток 1-курса гуманитарных и технических специальностей в положении лёжа

| Показатели | Гуманитарные специальности | Технические специальности |
|------------|----------------------------|---------------------------|
| ЧСС        | 71 ± 1,5 n=29              | 72 ± 0,6 n=33             |
|            |                            | 60 ± 1,1 n=6              |
|            | 94 ± 1,9 n= 10             |                           |
| LF/HF      | 1,04 ± 0,06 n=14           | 1,04 ± 0,05 n=19          |
|            | 0,48 ± 0,47 n=12           | 0,49 ± 0,04 n=7           |
|            | 2,63 ± 0,29 n=13           | 2,87 ± 0,29 n=13          |
| АМо        | 39,03 ± 1,09 n=21          | 41,72 ± 1,02 n=24         |
|            | 24,1 ± 1,69 n=10           | 27,77 ± 0,83 n=11         |
|            | 62,17 ± 2,78 n=8           | 57,88 ± 2,13 n=4          |
| ИН         | 95,47 ± 11,36 n=16         | 87,08 ± 7,19 n=21         |
|            | 28,64 ± 2,87 n=19          | 29,06 ± 3,23 n=16         |
|            | 236 ± 12,28 n=4            | 254,14 ± 37,36 n= 2       |

Таблица 2.

Динамика показателей кардиоинтервалограммы при проведении ортостатической пробы у студенток 1-курса гуманитарных и технических специальностей в вертикальном положении

| Показатели | Гуманитарные специальности | Технические специальности |
|------------|----------------------------|---------------------------|
| ЧСС        | 72 ± 1,3 n=6               | 70 ± 1,3 n=5              |
|            | 95,5 ± 2,7 n=33            | 89,4 ± 1,5 n=34           |
| LF/HF      | 1,07 ± 0,13 n=5            | 1,19 ± 0,07 n=7           |
|            |                            | 0,58 ± 0,02 n=12          |
|            | 4,05 ± 0,42 n=34*          | 4,62 ± 0,49 n=20*         |
| АМо        | 38,77 ± 1,05 n=21          | 39,05 ± 0,91 n=24         |
|            | 27,06 ± 2,35 n=5           | 25,84 ± 0,80 n=8          |
|            | 63,04 ± 5,83 n=13          | 57 ± 1,69 n=7             |
| ИН         | 104,3 ± 7,29 n=23          | 94,83 ± 6,91 n=25         |
|            | 29,98 ± 5,03 n=8           | 25,75 ± 4,43 n=10         |
|            | 260,23 ± 20,32 n=8         | 339,09 ± 35,42 n=4        |

Примечание: показатель статистически достоверен при сравнении в положении лёжа \* -  $P < 0,05$

специализаций обнаружены эйтония у 36%, ваготония – у 31%, симпатикотония – у 33%. У девушек технического направления эйтония у 48%, ваготония – у 18%, симпатикотония – у 34%.

При расчете показателя амплитуды моды (АМо) выявлены: эйтония у 54% гуманитариев и 62% - технических специальностей, ваготония – у 26% и 28% и симпатикотония у 20% и 10% соответственно.

Индекс напряжения регуляторных систем установил: вегетативное равновесие у 41% гуманитариев и 54% технических специальностей, ваготония – у 49% и 41% и симпатикотония у 10% и 5% респондентов.

При переходе из горизонтального в вертикальное положение у большинства студенток и гуманитарного (85%), и технического (87%) направления обнаружена тахикардия, что отражено в таблице 2.

Индекс вагосимпатического взаимодействия при ортостазе выявил достоверное повышение реактивности

симпатической нервной системы у 87% студенток гуманитарного направления и 51%- технических специальностей.

Показатели АМо установили: симпатикотонию - у 33% гуманитарного и у 18% технического профиля, ваготонии – у 13% и 21% и эйтонию у 54% и 61 % соответственно.

При сравнении значений ИН обнаружено вегетативное равновесие у 58% гуманитариев и у 64% студенток технического профиля обучения, ваготония – у 21% и 26% и симпатикотония у 21% и 10% соответственно.

Полученные данные свидетельствуют о том, что на первом году обучения студентки гуманитарных специальностей более стрессированны, чем девушки технического направления.

Выбранные нами в качестве объекта наблюдения две группы студенток в течение года находились в разных условиях учебных нагрузок в колледже, т.е.

у респондентов гуманитарного профиля была своя особенность прохождения изучаемых предметов. Нагрузка больше направлена на когнитивные процессы, тогда как студентки, осваивающие технические специальности, были больше загружены интеллектуальными процессами, решением технических задач. Особенности адаптации к учебе в колледже студенток сравнимых групп (гуманитарных и технических специальностей), по-видимому, сказываются на величине характеристик вегетативной нервной системы.

Алферова О.П., Осин А.Я. (2012) обследовали подростков в возрасте 15-17 лет, у которых вегетативная регуляция оценивалась по исходному вегетативному тону и вегетативной реактивности методом КИГ с клиноортостатической пробой. В результате проведенных исследований было установлено, что значения амплитуды моды колеблются в пределах  $40,33 \pm 1,22\%$ , что соответствует полученным нами данным. В работе нормальная вегетативная реактивность установлена у 33,89%, гиперсимпатикотоническая – 53,21% и асимпатикотоническая у 12,90% обследованных подростков. При оценке КИГ состояние эйтонии было установлено у 46,8% (почти у 1/2) подростков. Это указывало на сбалансированное состояние регуляции симпатической и парасимпатической ВНС у подростков обоего пола [5].

К. В. Горбылёвой (2012) были исследованы психофизиологические показатели студентов вузов медицинского направления – уроженцев различных горных высот [6]. Нужно отметить, что при сравнении полученных значений АМо у студенток низкогогорья незначительно отличаются от полученных нами показателей. Индекс вагосимпатического взаимодействия имеет более

высокие значения у студенток колледжа, что указывает на преобладание у них симпатических влияний на сердечный ритм. Можно предположить, что более молодой возраст учащихся колледжа, интенсивные умственные нагрузки и стрессы повлияли на состояние их организма.

## Выводы:

1. При проведении ортостатической пробы установлено, что изучаемые характеристики КИГ отражают определенный уровень напряжения механизмов адаптации студенток на первом году обучения в колледже.

2. Полученные результаты свидетельствуют о превалировании активности симпатических механизмов у студенток гуманитарного направления обучения.

## Литература:

1. Вегетативная дисфункция у детей и подростков/под ред. Л.В. Козловой. – М., 2008. –89 с.
2. Михайлов В.М. Вариабельность ритма сердца: опыт практического применения метода. - Иваново, 2002. - 200 с.
3. Richter, D.W. Cardiorespiratory control / D.W. Richter, K.M. Spyer / Central regulation of autonomic functions. -N.Y., 1990. -P. 189.
4. Баевский Р.М., Иванов Г.Г. и др. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем (часть 1). - М., 2002. - 65 с.
5. Алферова О.П., Осин А.Я. Особенности вегетативной регуляции и интегрированных показателей адаптированности сердечно - сосудистой системы у подростков// Современные проблемы науки и образования. - 2012. - № 2. Электронный адрес: [www.science-education.ru].
6. Горбылёва К.В. Вегетативный статус и психофизиологические показатели студентов, проживающих в условиях низко - и среднегорья // Вестник КГМА. - 2012. - №1. – С. 65 - 71.

**ХРОНИЧЕСКАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ,  
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ****Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный хирургический центр

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Анализированы результаты хирургического лечения 300 больных ХДН. В контрольной группе было 215 и в основной 85 больных. При ХДН в компенсированной стадии проводили РСТ. При ХДН в суб- и декомпенсированной стадии создавали ПАДЕС. Для профилактики развития синдрома «порочного круга» при наложении ПАДЕС создавали «заглушку» отводящей петли ДПК из пряди большого сальника на ножке, суживая просвет кишки до полного ее закрытия по разработанной нами методике. Анализ послеоперационных осложнений у больных ХДН показал, что в контрольной группе панкреатит развился у 11 (5,1 %), а в основной группе у 2 (2,3 %) больных, анастомозит встречался в контрольной группе у 10 (4,7 %), в основной у 2 (2,3 %) больных. Гастростаз в контрольной группе имел место у 6 (2,8 %), в основной группе у 1 (1,2 %) больных. Мы считаем, что снижение послеоперационных осложнений является результатом применения операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли по нашей методике.

**Ключевые слова:** хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН), артериомезентеральная компрессия (АМК), двенадцатиперстной кишки (ДПК), желудочно - кишечный тракт (ЖКТ), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР), рентгенодиагностика, беззондовая и зондовая релаксационная дуоденография, фиброгастроэндоскопия (ФГДС), ультразвуковое исследование (УЗИ), поперечная антиперистальтическая дуоденоюностомия (ПАДЕС), рассечение связки Трейтца (РСТ).

**ӨНӨКӨТ ОН ЭКИ ЭЛИЛИК ӨТПӨСТҮК, АНЫКТОО ЖАНА ДАРЫЛОО****Абдуллаев Д.С., Тойгонбаев А.Т., Алтынбекова А.А., Токтосопиев Ч.Н.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Улуттук хирургия борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** 12 эли ичегинин өнөкөт тоскоолдугу менен 300 бейтаптын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы анализденди. Контролдук топто 215 жана негизги топто 85 бейтап болгон. 12 эли ичегинин өнөкөт тоскоолдугунун өтүшпөгөн абалында РСТ операциясы жасалды, өтүшө элек жана өтүшкөн абалында ПАДЕС операциясы жасалды. ПАДЕС жасалууда “порочный круг” синдромун алдына алуу үчүн 12 эли ичегинин аяк тарабын карын майдын парчасы менен бүтөдүк. Операциядан кийинки талдоодо жолуккан өтүшүүлөр: панкреатит контролдук топто 11 (5.1%) бейтапта, негизги топто 2 (2.3%) бейтапта болсо; анастомозит контролдук топто 10 (4.7%) бейтапта, негизги топто 2 (2.3%) бейтапта болгон. Гастростаз контролдук топто 6 (2.8%) бейтапта, негизги топто 1 (1.2%) бейтапта жолуккан. Операциядан кийинки өтүшүүлөрдүн азайганынын себеби, ПАДЕСти биздин ыкма боюнча колдонуу болду деп эсептедик.

**Негизги сөздөр:** өнөкөт 12-эли ичегинин тоскоолдугу, артериомезентерикалык кысуу, он эки эли ичегинин катып калуусу, зонд менен жана зондсуз 12-эли ичегинин изилдөөсү, фиброгастроэндоскопия, Трейтц байланышын кесилиши.

**CHRONIC DUODINAL OBSTRUCTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT****Abdullaev D.S., Toigonbaev A.T., Altynbekova A.A., Toktosopiev Ch.N.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

National surgical center

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** We analyze the results of surgical treatment of 300 patients with chronic duodenal obstruction. In the control group was 215 and the core 85 patients. In chronic duodenal obstruction in the compensated stage of a dissection conducted Treitz ligament. In chronic duodenal obstruction in sub- and decompensated stage created TADES. To prevent the development of the syndrome of «vicious circle» when applied TADES created a «plug» outlet duodenal loop of strands of the greater omentum on the leg, narrowing the lumen of the colon to complete its closing according to our methodology. Analysis of postoperative complications in patients with chronic duodenal obstruction in the control group, pancreatitis occurred in 11 (5.1%) and in the main group in 2 (2.3%), anastomosis met in 10 (4.7%) in the control group, in the main in 2 (2.3%). Gastrostasis in the control group occurred in 6 (2.8%), the main group in 1 (1.2%) patients. We believe that the reduction of postoperative complications is the result of the operation TADES with plug outlet for our method loop.

**Keywords:** chronic duodenal obstruction, arteriomezenterical compression, duodenal reflux, tubeless and tube relaxation duodenography, fibrogastroendoscopy, dissection of Treitz ligament.

**Введение.**

Хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) в литературе упоминают как синдром Wilkie, синдром верхней брыжеечной артерии или синдром артериомезентериальной компрессии (АМК) (14, 25). ХДН является распространенной патологией в структуре всей патологии ЖКТ и наблюдается у 0,09-2,5% больных, а во всей популяции - в пределах 0,013-0,3%, что подтверждено рентгенологически. Наиболее частой причиной ХДН является АМК. В основе АМК лежит сосудистое сдавление

нижней горизонтальной части ДПК между ВБА с одной стороны, аортой и позвоночником с другой. (5, 14,17,22).

**Цель исследования.**

Улучшение результатов диагностики и хирургического лечения хронической дуоденальной непроходимости.

**Методы исследования.**

Наряду с клиническими проявлениями ХДН, используются инструментальные методы исследования как рентгенодиагностика (7,9), эндоскопия, ультразвуковое

исследование, дуоденоманометрия, КТ, МРТ и другие (15,22,24). При АМК, на рентгенограмме определяется сдавление нижней горизонтальной части ДПК в проекции верхней брыжеечной артерии. Оно короткое (1,5-2,5 см) с ровным чётким оральным контуром или линией обрыва эвакуации химуса. В зоне сдавления складки слизистой оболочки продольно перестроены. Мартынов В.Л.(8) и др.(2005) рекомендуют диагностику ХДН проводить комплексно и поэтапно с применением беззондовой и зондовой релаксационной дуоденографии с двойным контрастированием (рис.1.)

ФЭГДС позволяет выявить наличие содержимого в желудке натошак, степень ДГР, зияние привратника, обнаружить эрозии и наличие язв. (4,6). А. Mansberger и J. Hearn (1968) выполнив артериомезентерикографию с одновременным контрастированием ДПК, показали, что в норме угол между ВБА и аортой (АМУ) составляет 45-60°, а у пациентов с признаками АМК нижней горизонтальной части ДПК 10-20°. Расстояние между ВБА и аортой (АМР) на участке пересечения с ДПК составляет в норме 7-20 мм, у пациентов с АМК - 2-3 мм. В настоящее время для диагностики АМК широко используется УЗИ (12, 14)). С помощью УЗИ можно диагностировать АМК путём определения АМУ и АМР. (рис 2) Гидроультразвуковое исследование желудка и ДПК позволяет улучшать

визуализацию желудка и ДПК (рис. 3).

Большинство абдоминальных хирургов считают, что ХДН требует хирургического лечения (21). Все операции при ХДН разделяются на две группы: первая операции сохраняющие пассаж пищи по ДПК, вторая, операции, выключающие из пищеварения ДПК. Операции первой группы направлены на дренирование ДПК путём наложения ДЕС или рассечения спаек и связочного аппарата кишки (18). Я.Д. Витебский (3) рекомендует операцию наложения ПАДЕС. В последние годы стали применяться лапароскопические методы лечения ХДН (1,16). Это лапароскопическое РСТ и лапароскопическая ДЕС (13,19). К операциям с исключением ДПК из зоны пассажа пищи относятся: гастроеюностомия (10), РЖ по Бильрот II, РЖ по Ру (23) и её модификации (20). Также проводятся комбинированные операции на желудке и ДПК, сочетание РЖ с ДЕС (24), двустороннее выключение ДПК с ДЕС (11).

## Материалы исследования.

Приводим результаты лечения 300 больных с ХДН. В контрольной группе из 215 пациентов с ХДН было 161 (74,3 %) мужчин и 54 (25,7 %) женщин. Компенсированная стадия ХДН была у 141(78,8%), субкомпенсированная у 52 (21,2%) и декомпенсированная у 22 (10,2%) больного. В основной клинической группе было 85 пациентов с ХДН,

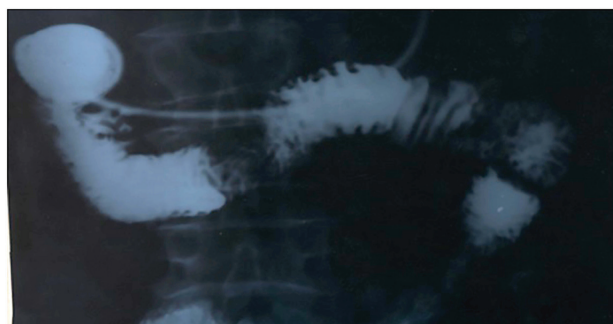


Рис.1. Зондовая дуоденография больного АМК ДПК. Компенсированная стадия



Рис 2. УЗИ доплерограмма, определение АМУ и АМР при ХДН.

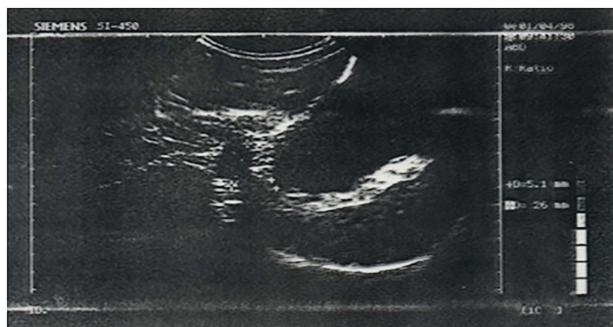


Рис.3. Гидроультразвуковое исследование ДПК при ХДН.

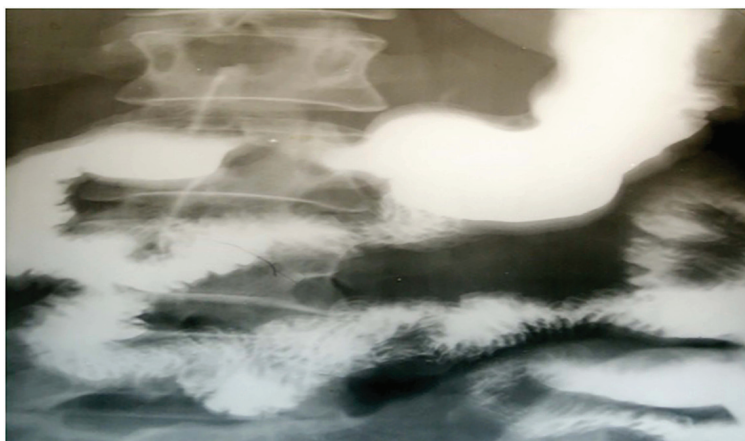


Рис. 4. Рентгенограмма больного после операции ПАДЕС. Имеется выраженный синдром «слепого мешка»

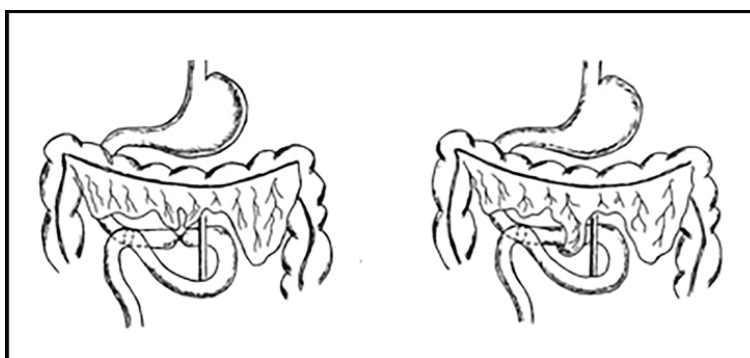


Рис.5. Схема операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли ДПК.



Рис. 6. Рентгенограмма больного с АМК после наложения ДЕС с заглушкой отводящей петли ДПК по нашей методике. Синдром «порочного круга» не определяется.

из них 71 (83,5 %) мужчины и 14 (16,5 %) женщины. В основной клинической группе компенсированная стадия ХДН была у 57 (67%) больных, субкомпенсированная у 21(24,7%) и у 7 (5,9%) декомпенсированная. Всем больным проведено комплексное инструментальное обследование: Из-за малодоступности для основной массы больных КТ и МРТ обследование не проводилось.

#### Обсуждение.

В контрольной и основной группе больных проводилась коррекция ХДН в зависимости от стадии компенсации. При ХДН в компенсированной стадии производили РСТ или дуоденолиз, что было проведено у 53 (24,6%) больных. При ХДН в субкомпенсированной или

декомпенсированной стадии выполняли ПАДЕС, что было произведено у 162 (75,4%) больных.. После наложения ПАДЕС у 27 (12,6%) больных в послеоперационном периоде возникали функциональные нарушения дуоденальной проходимости в виде тяжести в эпигастрии после еды, тошноты, рвоты желчью. Это можно объяснить тем, что после ПАДЕС сохраняется функционирующим кишечное «кольцо» и часть химуса эвакуируется по ДПК, а ретроградное движение его через анастомоз приводит к формированию синдрома «порочного круга» (3). В контрольной группе эти проявления оценивались как панкреатит у 11 (5,1 %), анастомозит у 10 (4,7 %) и гастростаз у 6 (2,8 %) больных.

Для профилактики развития синдрома «порочного круга» нами был разработан метод операции «Способ дуоденоюностомии при АМК». Патент № 832. - Бишкек – 2005. После наложения ПАДЕС создаем «заглушку» отводящей петли ДПК из пряди большого сальника на ножке. Из которого выкраиваем лоскут с питающим сосудом, кончик разделяем на два лоскута и циркулярно окутываем в виде манжетки ДПК отступая на 2-3 см дистальнее ДЕА, суживая просвет кишки до полного ее закрытия. Концы лоскута фиксируем друг к другу. Тем самым исключается развитие синдрома «порочного круга».

В основной группе при ХДН субкомпенсированной или декомпенсированной стадии выполняли ПАДЕС по нашему методу, что было произведено у 67 (78,8%) больных. В компенсированной стадии у 18 (21,2%) больных производили РСТ или дуоденолиз.

Анализ характера послеоперационных осложнений у больных ХДН контрольной и основной групп показал, что явления панкреатита в контрольной группе выявлялись у 11 (5,1 %), а в основной группе у 2 (2,3 %) больных. Клиника анастомозита встречалась в контрольной группе у 10 (4,7 %), в основной у 2 (2,3%). Клиника гастростаза в контрольной группе имела место у 6 (2,8 %) и в основной группе у 1 (1,2 %). Всего функциональные нарушения встречались у 27 (12,6%) больных в контрольной группе и у 5 (5,9%) в основной группе.

Мы считаем это результатом применения операции ПАДЕС с заглушкой отводящей петли по нашей методике.

## Выводы:

1. Для полноценной диагностики и оценки степени тяжести течения у больных ХДН необходимо комплексное использование всех доступных методов инструментального обследования.

2. При хирургическом лечении ХДН в стадии компенсации необходимо производить операции дуоденолиза или РСТ по Стронгу, а при суб- и декомпенсированных стадиях необходимо наложение ПАДЕС с формированием «заглушки» отводящей петли двенадцатиперстной кишки из пряди большого сальника для предупреждения формирования синдрома «слепого мешка».

## Литература:

1. Абдуллаев Д.С. Роль лапароскопии в лечении хронической дуоденальной непроходимости. Материалы I Всероссийской конференции по эндохирургии. - Москва. - 1997. Эндоскопическая хирургия. - 1997. - №1. С. 38.
2. Алиев М.А., Арынов Н.М., Хроническая дуоденальная непроходимость механического генеза. - Алматы. - 1997. - 192 С.
3. Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. - Медицина. - Москва. 1988- 112 С.
4. Ермолов А.С. Особенности диагностики и лечения кровоточащих пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки / А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова, Л.Ф. Тверитнева. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений. - М. - 2002. - С. 5 - 8.
5. Ефимушкина А.С. Результаты хирургического лечения язвенной болезни и ее осложнений в сочетании с артериомезентериальной компрессией двенадцатиперстной кишки // дис. канд. мед. наук. Пермь. - 2011. - 133с.

6. Жерлов Г.К. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне хронической дуоденальной непроходимости / Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, А.В. Помыткин // - Хирургия. - 2003. - №5. - С. 19 - 24.
7. Маркелов О. А. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки (диагностика и лечение) // дис. канд. мед. наук. Иркутск. - 2000. - 178с.
8. Мартынов В.Л. Диагностика хронической дуоденальной непроходимости / В.Л. Мартынов, С.Г. Измайлов, Д.Г. Колчин, А.А. Бодров, В.П. Ильченко, А.Г. Семенов, Д.И. Булдаков // Хирургия. - 2005. - №4. - С. 15 - 19.
9. Репин В. Н. Артериомезентериальная компрессия двенадцатиперстной кишки / В. Н. Репин, М. В. Репин, Н. С. Ефимова // Пермь, 2009. 232
10. Попандопуло К.И. Качество жизни больных осложненной болезнью двенадцатиперстной кишки / К.И. Попандопуло, Н.В. Корочанская, С.А. Оноприева // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2006. - №5. - С. 48.
11. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Соколова С.Н., Афтаев В.Б., Баконина И.В. Выбор метода резекции желудка в условиях хронической дуоденальной непроходимости. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010. Т. 3. № 4. С. 335-338.
12. Avinash Shetty (2006-07-16). «Superior Mesenteric Artery Syndrome». eMedicine . WebMD
13. Brian J. Pottorf, MD<sup>1</sup>; Farah A. Husain, MD<sup>2</sup>; H. Whitton Hollis Jr, MD<sup>1</sup>; Edward Lin, DO, MBA<sup>3</sup>Laparoscopic Management of Duodenal Obstruction Resulting From Superior Mesenteric Artery Syndrome JAMA Surg. 2014;149 (12):1319-1322
14. Fernandez Lopez M.T., Lopez Otero M.J., Bardasco Alonso M.L., Alvarez Vazquez P, Rivero Luis M.T., Garcia Barros G. Wilkie syndrome: Report of a case. Nutr. Hosp. 2011;26:646-9.
15. Lau H. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: a meta-analysis / H. Lau // Surg. Endosc. - 2004. - V.18. - P. 1013 – 1021.
16. Millat B. Surgical treatment of complicated duodenal ulcers controlled trials B. Millat, A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg. - 2000. - T.24. - №3. - P. 299 - 306.
17. Morkevicius M. Systematic review comparing laparoscopic and open repair for perforated peptic ulcer / M. Morkevicius // Br. J. Surg. - 2005. - V.92.- P. 1195– 1207.
18. Morioka Q. Gastric emptying for liquids and solids after distal gastrectomy with Billroth-I reconstruction / Q. Morioka, M. Miyachi, M. Niwa // Hepatogastroenterology. - 2008. - V.55. - №84. - P. 1136 - 1139.
19. Munene G, Knab M, Parag B. Laparoscopic duodenojejunostomy for superior mesenteric artery syndrome. Am. Surg. 2010;76:321–324.
20. Reyes C.D. Laparoscopic vs open gastrectomy: a retrospective review / C.D. Reyes, K.J. Weber, M. Cagner, C.M. Divino // Surg. Endosc. - 2001. - V.15. - №9. - P. 928 - 931.
21. Sarosi G.A. Surgical therapy of peptic ulcers in the 21st century: more common than you think / G.A. Sarosi, K.R. Jaiswal, F.E. Nwariaku // Am.J. Surg. - 2005. - V.190. - №5. - P. 775 - 779.
22. Singal R, Sahu P.K., Goyal S.L., Gupta S, Gupta R, Gupta A, Sekhon M.S., Mukesh Goel M. Superior mesenteric artery syndrome: A case report // North Am. J. Med. Sci. 2010. - Vol. 2 - P. 392-394.
23. Smith B.M. Superior mesenteric artery syndrome: an underrecognized entity in the trauma population/ B.M. Smith, N.J. Zyromski, M.A. Purtill // J. Trauma. - 2008. - V.64.-№3.-P.827-830
24. Superior Mesenteric Artery Syndrome / A. Shetty, I.D. Itill et al.// Wake Forest University School of Medicine. -2003. P. 1-6.
25. Wilkie D.P. Chronic duodenal ileus. Am J. Med Sci. 1927 - Vol. 173. - № 5. -P 643-649.

**АССОЦИАЦИЯ СУБКЛИНИЧЕСКОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ  
С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ЭТНИЧЕСКИХ КЫРГЫЗОВ**

**Керимкулова А.С.<sup>1,2</sup>, Арапова Р.К.<sup>1</sup>, Лунегова О.С.<sup>2</sup>,  
Бекташева Э.Э.<sup>1</sup>, Миррахимов Э.М.<sup>1</sup>**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева<sup>1</sup>  
Национальный Центр кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова<sup>2</sup>  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Цель: изучить ассоциацию толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) экстракраниального отдела сонных артерий с инсулинорезистентностью (ИР) в группе этнических кыргызов.

**Материал и методы:** в исследование включались этнические кыргызы, постоянные жители Кыргызской Республики. Всем пациентам проведено общеклиническое обследование со сбором жалоб, анамнеза и объективного осмотра; измерялись антропометрические параметры (рост, вес, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ)), артериальное давление АД, подсчитывался индекс массы тела. Лабораторные анализы включали определение липидного спектра, сахара (натощак) плазмы крови и инсулина крови. За ИР принимались состояния при значениях индекса НОМА  $\geq 2,77$ . ТИМ сонных артерий исследовалась с помощью линейного сосудистого датчика 7,5 МГц (Phillips-SD 800).

**Результаты:** в исследование включено 144 этнических кыргызов (69 мужчин, 75 женщин) 35 – 73-х (средний возраст  $51,03 \pm 8,2$ ) лет. Все пациенты были распределены на группы по квартилям индекса НОМА:  $<1,26$ ;  $1,26-1,97$ ;  $1,98-3,26$ ;  $\geq 3,27$ . ТИМ увеличивалась с ростом квартиля индекса НОМА ( $p < 0,05$ ). Выявлена корреляция ТИМ с гликемией натощак, триглицеридами, ОТ, ОТ/ОБ и индексом НОМА ( $p < 0,05$ ). Заключение: в группе этнических кыргызов ТИМ экстракраниального отдела сонных артерий ассоциируется с ИР.

**Ключевые слова:** субклинический атеросклероз, сонные артерии, инсулинорезистентность.

**УЙКУ АРТЕРИЯЛАРЫНЫН СУБКЛИНИКАЛЫК АТЕРОСКЛЕРОЗУ  
ИНСУЛИНТУРУКТУУЛУК МЕНЕН БАЙЛАНЫШЫ**

**Керимкулова А.С.<sup>1,2</sup>, Арапова Р.К.<sup>1</sup>, Лунегова О.С.<sup>2</sup>,  
Бекташева Э.Э.<sup>1</sup>, Миррахимов Э.М.<sup>1</sup>**

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы<sup>1</sup>  
М.Миррахимов атындагы Улуттук кардиология жана терапия борбору<sup>2</sup>  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөө максаты: кыргыз этникалык топтогу уйку артерияларынын экстракраниалдык бөлүмүнүн интима-медиа комплексинин калыңдыгынын инсулинтуруктуулук менен байланышын изилдөө.

**Материалдар жана ыкмалар:** изилдөөгө этникалык кыргыздар, Кыргыз Республикасынын туруктуу жашоочулары, киргизилген. Пациенттерге жалпы клиникалык текшерүү: даттануу жыйнамы, анамнез чогултуу жана объективдүү кароо өткөрүлгөн; антропометрикалык параметрлер (бою, салмагы, бел курчоосу (БК), сан курчоосу (СК)); кан басымы өлчөнгөн; дене салмагынын индекси эсептелген. Лаборатордук анализдерге липиддик спектр, кандагы кант (ачкарын), кандагы инсулин көрсөткүчтөрү аныкталган. Инсулинтуруктуулук абалына индекс НОМА  $\geq 2,77$  көрсөткүчү алынган. Уйку артерияларынын интима-медиа комплексинин калыңдыгынын линейлүү кан тамыр датчиги 7,5 МГц (Phillips-SD 800) жардамы менен текшерилген.

**Натыйжасы:** изилдөөгө 144 этникалык кыргыздар алынган (69 эркек, 75 аял) 35-73 жашка чейин (орто курагы  $51,03 \pm 8,2$ ). Бардык пациенттер индекс НОМА квартилине жараша төрт топко бөлүнгөн:  $<1,26$ ;  $1,26-1,97$ ;  $1,98-3,26$ ;  $\geq 3,27$ . Индекс НОМА квартили көбөйүүсү менен интима-медиа комплексинин жоондугу да көбөйгөн ( $p < 0,05$ ). Интима-медиа комплексинин калыңдыгы гликемия, триглицерид, БК, СК, БК/СК, жана индекс НОМА көрсөткүчтөрү менен корреляциясы аныкталган ( $p < 0,05$ ).

**Жыйынтыгы:** изилденген этникалык кыргыздар тобунда уйку артерияларынын экстракраниал бөлүмүнүн интима-медиа комплексинин калыңдыгы инсулинтуруктуулук менен байланышта.

**Негизги сөздөр:** субклиникалык атеросклероз, уйку артериялар, инсулинтуруктуулук.

**ASSOCIATION OF SUBCLINICAL CAROTID ATHEROSCLEROSIS WITH INSULIN  
RESISTANCE IN GROUP OF ETHNIC KYRGYZES**

**Kerimkulova A.S.<sup>1,2</sup>, Arapova R.K.<sup>1</sup>, Lunegova O.S.<sup>2</sup>,  
Bektasheva E.E.<sup>1</sup>, Mirrakhimov E.M.<sup>1</sup>**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical academy<sup>1</sup>  
National Centre of Cardiology and internal medicine named by academician M. Mirrakhimov<sup>2</sup>  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Aim: to assess relationship of intima-media thickness (IMT) of carotid arteries with insulin resistance (IR) in group of ethnic Kyrgyzes. Material and methods: we investigated, therefore, the relationship between IMT and IR in 144 ethnic Kyrgyzes (69 males, 75 females) 36-73 years (average age was  $51,03 \pm 8,2$ ), which permanently inhabit Kyrgyz Republic. We performed clinical investigation, anthropometrical evaluation (weight, height, waist (WC) and hip circumference (HC)), checked blood pressure and calculated body mass index in all participants. Laboratory analysis: fasting plasma glucose, lipid spectrum and insulin were determined. IR was confirmed at Homeostasis model assessment (HOMA)  $\geq 2,77$ . Carotid IMT was scanned by B-mode ultrasound using a 7.5-MHz transducer (Phillips-SD 800).

**Results:** HOMA meanings were divided into quartiles:  $<1,26$ ;  $1,26-1,97$ ;  $1,98-3,26$ ;  $\geq 3,27$ . Patients in the highest HOMA quartile were found to have elevated carotid IMT ( $p < 0,05$ ). We also revealed correlation of carotid IMT with fasting glucose, triglycerides, WC, WC/HC and HOMA ( $p < 0,05$ ).

**Conclusion:** IR was associated with carotid IMT in group of ethnic Kyrgyzes.

**Key words:** subclinical atherosclerosis, carotid arteries, insulin resistance.

## Введение.

Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются одной из ведущих причин повышенной заболеваемости и смертности среди населения многих стран [1]. Факторы, предрасполагающие к развитию ССЗ: абдоминальное ожирение (АО), артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия и нарушение толерантности к глюкозе – в совокупности составляют метаболический синдром (МС) [2]. В исследованиях показано, что МС служит значимым предиктором коронарной болезни сердца, инсульта и сахарного диабета (СД) 2 типа [3-5].

Важным суррогатным маркером ССЗ является толщина комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий, полученная с помощью ультразвуковой неинвазивной диагностики. Увеличение каротидной ТИМ предшествовало развитию кардиоваскулярных осложнений [6-8]. Исследования выявили тесную взаимосвязь ТИМ с такими традиционными факторами риска ССЗ, как возраст, ожирение, курение, АГ, дислипидемия, гиперурикемия, СД 2 типа [8, 9]. При этом особый интерес исследователей вызывает патология углеводного обмена. Так, нарушение толерантности к глюкозе ассоциировалось с повышенным риском ССЗ [10-12]. Исследования показали увеличение ТИМ сонных артерий у больных с СД 2 типа, по сравнению с пациентами без диабета [13, 14]. Исследования ассоциации ТИМ с инсулинорезистентностью (ИР) в кыргызской этнической группе ранее не проводились.

**Цель** исследования: изучение возможной ассоциации ТИМ экстракраниального отдела сонных артерий с ИР в группе этнических кыргызов.

## Материал и методы исследования.

В исследование включались этнические кыргызы, постоянно проживающие на территории Кыргызской Республики, старше 35 лет, обратившиеся в ответ на объявление о предстоящем исследовании. В исследование не включались: пациенты с тяжелыми хроническими заболеваниями печени, почек, дисфункцией щитовидной железы, получающие терапию кортикостероидами, инсулином, беременные и лактирующие женщины. Все пациенты дали письменное информированное согласие на участие в исследовании. Протокол исследования был одобрен этическим комитетом Национального центра кардиологии и терапии им. академика М. Миррахимова.

Пациентам проведено общеклиническое обследование, включавшее сбор жалоб, анамнеза, объективный осмотр с измерением антропометрических параметров (рост, вес, окружность талии (ОТ), бедер (ОБ)), систолического (САД) и диастолического (ДАД) артериального давления. Рассчитывались соотношение ОТ/ОБ, а также индекс массы тела (ИМТ) по формуле:  $ИМТ = \text{вес (кг)} / \text{рост (м)}^2$ . Ожирение устанавливалось при  $ИМТ \geq 30 \text{ кг/м}^2$ . Индекс НОМА рассчитывался по формуле:  $НОМА = \text{инсулин сыворотки крови (}\mu\text{IU/ml)} \times \text{сахар плазмы (ммоль/л)} / 22,5$ . ИР диагностировалась при значениях индекса НОМА  $\geq 2,77$ .

Лабораторные исследования включали анализ сахара (натощак) плазмы крови, липидный спектр (общий холестерин (ОХ), триглицериды (ТГ), холестерин липопротеинов высокой плотности (ЛПВП-ХС)) и инсулин. В результате центрифугирования из образцов

крови отделялась сыворотка, которая замораживалась до  $-20^\circ\text{C}$ . Все биохимические анализы были проведены в *Dir adjoint du département Hommes, Natures, Musée de l'Homme* (Париж, Франция). Холестерин липопротеинов низкой плотности (ЛПНП-ХС) высчитывался по формуле Friedwald W. [15].

**Измерение толщины каротидного комплекса интима-медиа.** Для оценки субклинического атеросклероза и структурных изменений сосудистой стенки измерялась ТИМ экстракраниального отдела правой и левой сонных артерий. Измерение ТИМ проводилось с помощью эхокардиографа Phillips-SD 800 линейным сосудистым датчиком 7,5 МГц в средней трети сосуда, по задней стенке общей сонной артерии в участках, свободных от атером. Значения ТИМ в систолу и диастолу усреднялись. Для расчетов использовался средний показатель ТИМ правой и левой сонных артерий. Измерения параметров сонных артерий оценивали в соответствии с критериями European Carotid Surgery Trialists, 1991 год [16].

Статистический анализ проводился с помощью программы STATISTICA 7.0 (StatSoft Inc., США). Соответствие вида распределения переменных закону нормального распределения анализировалось с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Для сравнения переменных с нормальным распределением использовался t критерий Стьюдента, данные представлены как среднее  $\pm$  стандартное отклонение. Переменные с непараметрическим распределением сравнивались при помощи критерия Манна-Уитни, данные представлены как медиана (25й - 75й квартили). Сравнение групп по бинарному признаку проводилось по критерию  $\chi^2$ . Различия между несколькими несвязанными группами рассчитывались с помощью H-критерия Краскела-Уоллиса. Для изучения связи между переменными применялась ранговая корреляция по Спирмену. Критерием статистической значимости считались значения  $p < 0,05$ .

## Результаты.

В таблице 1 представлена клиническая характеристика включенных в исследование 144 пациентов (69 мужчин, 75 женщин), в возрасте от 36 до 73 (средний возраст  $51,03 \pm 8,2$ ) лет. При этом у 73 (51%) пациентов обнаружена АГ, у 10 (6,9%) – СД 2 типа. По клинико-лабораторным параметрам мужчины и женщины были сопоставимы по возрасту, ИМТ, уровням гликемии, ОХ и ЛПНП-ХС. Тем не менее, у мужчин отмечались более высокие значения АД, ОТ/ОБ, ТГ и ТИМ. У женщин были выше уровни ЛПВП-ХС (табл.1).

По наличию ИР всех пациентов распределили на подгруппы: с ИР (n=44) и без ИР (n=100) (табл. 2). Сравниваемые группы были сопоставимы по возрасту, но разнородны по гендерному составу: у мужчин чаще встречалась ИР ( $p < 0,05$ ). Среди пациентов с ИР отмечались большие значения ИМТ, ОТ/ОБ и чаще встречались АО с АГ. ТИМ была значимо больше у пациентов с ИР (табл.2).

Нами была проанализирована взаимосвязь ТИМ с антропометрическими параметрами и показателями углеводного обмена. Выявлена значимая корреляция ТИМ с уровнем гликемии натощак, ТГ, индексом НОМА, ИР, а также с показателями АО: ОТ и ОТ/ОБ (табл.3). Кроме того, ТИМ значимо коррелировала с ИМТ ( $r = 0,216$ ;

Таблица 1.

Клинические и лабораторные показатели обследованных пациентов

|                                      | Всего (n=144)  | Мужчины (n=69) | Женщины (n=75)              |
|--------------------------------------|----------------|----------------|-----------------------------|
| Возраст, лет                         | 51,03 ± 8,2    | 51,9 ± 8,7     | 50,2 ± 7,7                  |
| Курение, n (%)                       | 26 (18,1)      | 26 (37,7)      | 0 (0)                       |
| ОТ/ОБ                                | 0,9 ± 0,08     | 0,96 ± 0,06    | 0,85 ± 0,07*                |
| ИМТ <sup>#</sup> , кг/м <sup>2</sup> | 28 (25-31)     | 28 (25-30)     | 27 (24-31)                  |
| САД <sup>#</sup> , мм.рт.ст.         | 136 (126-150)  | 140 (129-155)  | 132 (123-143) <sup>ε</sup>  |
| ДАД <sup>#</sup> , мм.рт.ст.         | 89 (81-96)     | 92 (85-100)    | 86 (78-92) <sup>^</sup>     |
| Сахар <sup>#</sup> , ммоль/л         | 5,4 (5,1-5,9)  | 5,4 (5,2-6,3)  | 5,4 (5,1-5,8)               |
| ОХ, ммоль/л                          | 5,2 ± 1,02     | 5,3 ± 0,9      | 5,0 ± 1,07                  |
| ЛПВП-ХС <sup>#</sup> , ммоль/л       | 1,2 (0,9-1,4)  | 1,02 (0,8-1,3) | 1,27 (1,06-1,6)*            |
| ЛПНП-ХС, ммоль/л                     | 3,2 ± 0,9      | 3,4 ± 0,9      | 3,1 ± 0,9                   |
| ТГ <sup>#</sup> , ммоль/л            | 1,2 (0,9-1,7)  | 1,5 (1,1-2,3)  | 1,1 (0,8-1,3)*              |
| Индекс НОМА                          | 9,9 (5,4-16,6) | 5,6 (4,2-8,3)  | 15,4 (10,8-20,5)*           |
| ТИМ <sup>#</sup> , мм                | 0,7 (0,6-0,8)  | 0,74 (0,6-0,8) | 0,69 (0,6-0,7) <sup>^</sup> |

Примечания: здесь и далее в таблицах 2,3: ОТ – окружность талии; ОБ – окружность бедер; ИМТ – индекс массы тела; САД – систолическое артериальное давление; ДАД – диастолическое артериальное давление; ОХ – общий холестерин; ЛПВП-ХС – холестерин липопротеинов высокой плотности; ЛПНП-ХС – холестерин липопротеинов низкой плотности; ТГ – триглицериды; ТИМ – средняя толщина комплекса интима-медиа; <sup>#</sup> – данные представлены как Ме (25%-75%); в сравнении с мужчинами: <sup>ε</sup> – p<0,05; <sup>^</sup> – p<0,01; \* – p<0,0001.

Таблица 2.

Клинические и лабораторные показатели обследованных пациентов в зависимости от инсулинорезистентности

|                                 | ИР нет (n=100)    | ИР есть (n=44)           |
|---------------------------------|-------------------|--------------------------|
| Возраст, лет                    | 50,7 ± 8,04       | 51,7 ± 8,7               |
| ИМТ, кг/м <sup>2</sup>          | 26,9 ± 4,3        | 30,5 ± 4,2 <sup>§</sup>  |
| ОТ/ОБ                           | 0,88 ± 0,07       | 0,96 ± 0,06 <sup>§</sup> |
| Мужчины, n (%) / женщины, n (%) | 42 (42) / 58 (58) | 27 (61,4) / 17 (38,6)*   |
| АО, n (%)                       | 34 (34)           | 33 (75) <sup>§</sup>     |
| АГ, n (%)                       | 43 (43)           | 30 (68,2)**              |
| ТИМ, мм                         | 0,069 ± 0,01      | 0,075 ± 0,01*            |

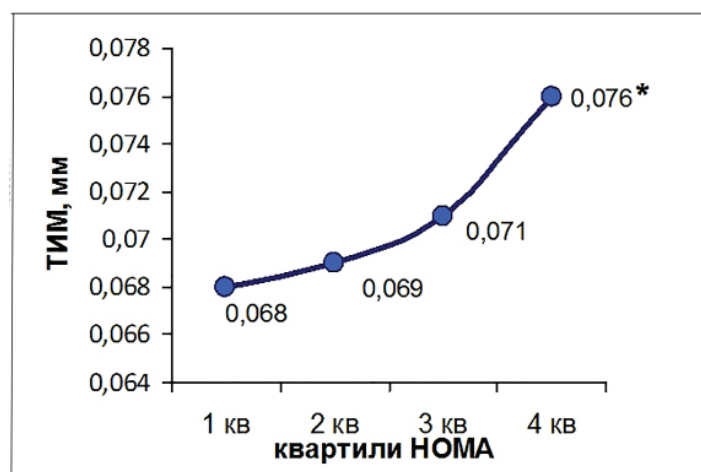
Примечания: АО – абдоминальное ожирение; АГ – артериальная гипертензия; \* – p<0,05; \*\* – p<0,01; <sup>§</sup> – p<0,00001.

Таблица 3.

Корреляция ТИМ с показателями углеводного обмена

|                        | Все пациенты (n=144) |          |
|------------------------|----------------------|----------|
|                        | r                    | p        |
| ОТ                     | 0,299                | 0,0003   |
| ОТ/ОБ                  | 0,382                | 0,000002 |
| Сахар                  | 0,266                | 0,001    |
| ТГ                     | 0,268                | 0,001    |
| Индекс НОМА            | 0,257                | 0,002    |
| Инсулинорезистентность | 0,175                | 0,04     |

Примечания: r – коэффициент корреляции Спирмена.



**Рис 1. Значения ТИМ (в мм) в зависимости от квартиля индекса НОМА.**

*Примечания: границы квартилей индекса НОМА: <1,26; 1,26-1,97; 1,98-3,26; ≥ 3,27;*

*ТИМ – средняя толщина комплекса интима-медиа; \* -  $p < 0,05$ .*

$p < 0,01$ ).

Далее значения индекса НОМА были распределены на квартили. ТИМ проанализирована в зависимости от квартиля индекса НОМА. Выявлено значимое увеличение ТИМ по мере роста квартиля НОМА ( $p < 0,05$ ) (рис. 1).

#### **Обсуждение.**

В настоящем исследовании были изучены этнические кыргызы – мужчины и женщины, сопоставимые по возрасту и ИМТ. Нами было выявлено, что в группе этнических кыргызов ИР положительно коррелирует с ТИМ экстракраниального отдела сонных артерий.

Клиническая симптоматика ССЗ фактически появляется при далеко зашедшем атеросклеротическом процессе. Используемые в настоящее время различные методы диагностики (стресс-электрокардиография, стресс-эхокардиография, коронароангиография, радиоизотопное сканирование) зачастую выявляют атеросклеротическое поражение сосуда, когда оно становится значимо прогрессирующим и / или окклюзивным. В свете этого надежным методом диагностики начального атеросклероза признается оценка ТИМ сонных артерий. Так, утолщение ТИМ считается результатом совокупных изменений внутренних структурно-функциональных свойств сосуда, и отображает субклинический атеросклероз [17]. Оценка ТИМ сонных артерий обеспечивает раннюю и неинвазивную диагностику атеросклероза на доклинической, преокклюзивной стадии заболевания [8]. В исследованиях повышение ТИМ сонных артерий ассоциировалось с кардиоваскулярными факторами риска и осложнениями ССЗ, являясь независимым предиктором инфарктов миокарда и инсультов у асимптоматичных пациентов [8].

В исследованиях показана ассоциация увеличения ТИМ сонных артерий с ожирением [18]. В настоящей работе также выявлена взаимосвязь каротидной ТИМ с ИМТ, однако, корреляция с ОТ и ОТ/ОБ была более значимая. Некоторые исследования показали, что критерии АО (например, ОТ) являются более лучшими предикторами субклинического атеросклероза, выявленного с помощью ТИМ, чем показатели общего ожирения (ИМТ) [19,20]. Действительно, ОТ прочно

ассоциируется с прогрессированием атеросклероза. У пациентов с ожирением наблюдается ряд разнообразных морфологических изменений в сердечно-сосудистой структуре и функции [21]. Однако наличие АО предрасполагает к МС и ССЗ. Так, лица с центральным распределением жировой ткани отличаются повышенным риском сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [22], включая инсульт, застойную сердечную недостаточность, инфаркт миокарда.

Ведущим признаком ожирения является ИР, ассоциирующаяся с множественными сердечно-сосудистыми факторами риска (висцеральное ожирение, дислипидемия, АГ и хроническое воспаление) [23]. Молекулярные исследования показали, что ИР играет ключевую роль на каждой стадии атеросклероза: от инициации и прогрессирования раннего атеросклероза до формирования клинически значимых атером [24]. Гиперинсулинемия обладает прямым проатерогенным эффектом, поскольку она содействует выработке эндотелина-1, экспрессии молекулы адгезии сосудистого эндотелия 1 типа и адгезии моноцитов [25]. Тем не менее, клиническая значимость ИР в развитии атеросклероза требует дальнейшего изучения.

Andreozzi F. с соавторами [26] при обследовании пациентов с увеличением каротидной ТИМ обнаружили худшие показатели гликемического профиля, снижение чувствительности к инсулину и значимое угнетение функции панкреатических  $\beta$ -клеток. В исследованиях также показано, что коронарный атеросклероз и нестабильность атером более выражены у пациентов, предрасположенных к диабету, чем у лиц с нормальной толерантностью к глюкозе [27]. В исследовании Wang Z. с соавторами [17] выявили ускорение развития сосудистых аберраций сонных артерий при гипергликемии. В настоящей работе в группе этнических кыргызов уровень гликемии натощак также значимо коррелировал с ТИМ сонных артерий, кроме того, у пациентов с ИР значения ТИМ были больше, чем у лиц без ИР.

#### **Заключение.**

Настоящее исследование продемонстрировало, что в группе этнических кыргызов ИР ассоциируется с ТИМ

экстракраниального отдела сонных артерий. Полученные результаты показывают, что каротидная ТИМ может служить потенциальным маркером, визуализирующим метаболическую дисфункцию организма. Принимая во внимание неинвазивность, относительную дешевизну и отсутствие лучевой нагрузки, ультразвуковая оценка ТИМ сонных артерий может быть рекомендована к применению. Тем не менее, очевидна необходимость последующих, более масштабных исследований для подтверждения обоснованности использования каротидной ТИМ как дополнительного маркера нарушения метаболизма глюкозы.

## Литература:

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015; 385(9963):117-171.
2. Eckel R.H., Cornier M.A. Update on the NCEP ATP-III emerging cardiometabolic risk factors. *BMC Med* 2014; 26;12:115.
3. Fan J., Song Y., Chen Y., et al. Combined effect of obesity and cardio-metabolic abnormality on the risk of cardiovascular disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardiol* 2013;12;168(5):4761-8.
4. Santaniemi M., Ukkola O., Malo E., et al. Metabolic syndrome in the prediction of cardiovascular events: the potential additive role of hsCRP and adiponectin. *Eur J Prev Cardiol* 2014;21(10):1242-1248.
5. DeBoer M.D., Gurka M.J., Woo J.G., Morrison J.A. Severity of the metabolic syndrome as a predictor of type 2 diabetes between childhood and adulthood: the Princeton Lipid Research Cohort Study. *Diabetologia* 2015;58(12):2745-2752.
6. Lorenz M.W., Markus H.S., Bots M.L., et al. Prediction of clinical cardiovascular events with carotid intima-media thickness: a systematic review and metaanalysis. *Circulation* 2007;115:459e67.
7. Stein J.H., Korcarz C.E., Hurst R.T., et al. Use of carotid ultrasound to identify subclinical vascular disease and evaluate cardiovascular disease risk: a consensus statement from the American society of echocardiography carotid intima-media thickness task force. Endorsed by the society for vascular medicine. *J Am Soc Echocardiogr* 2008;21:93e111.
8. Eikendal A.L., Groenewegen K.A., Anderson T.J., et al. Common carotid intima-media thickness relates to cardiovascular events in adults aged <45 years. *Hypertension* 2015;65(4):707-713.
9. Kawamoto R., Tomita H., Oka Y., et al. Metabolic syndrome amplifies the LDL-cholesterol associated increases in carotid atherosclerosis. *Intern Med* 2005; 44: 1232-38.
10. Coutinho M., Gerstein H.C., Wang Y., Yusuf S. The relationship between glucose and incident cardiovascular events. A metaregression analysis of published data from 20 studies of 95,783 individuals followed for 12.4 years. *Diabetes Care* 1999;22:233e40.
11. Haffner S.J., Cassells H. Hyperglycemia as a cardiovascular risk factor. *Am J Med* 2003;8A(115 Suppl.):6Se11S.
12. Duckworth W., Abraira C., Moritz T., et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009; 360:129e39.
13. Haffner S.M., Agostino Jr R.D., Saad M.F., et al. Carotid artery atherosclerosis in type-2 diabetic and nondiabetic subjects with and without symptomatic coronary artery disease (the insulin resistance atherosclerosis study). *Am J Cardiol* 2000;85:1395e400.
14. Bonora E., Kiechl S., Oberhollenzer F., et al. Impaired glucose tolerance, type II diabetes mellitus and carotid atherosclerosis: prospective results from the Bruneck study. *Diabetologia* 2000;43:156e64.
15. Friedewald W.T., Levy R.I., Fredrickson D.S. Estimation of the concentration of low density lipoprotein cholesterol in plasma, without use of the preparative ultracentrifuge. *Clin Chem* 1972;18:499-502.
16. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. MRC – European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70–99%) or with mild (0–29%) carotid stenosis. *Lancet* 1991;337:1235–43.
17. Wang Z.H., Gong H.P., Shang Y.Y., et al. An integrative view on the carotid artery alterations in metabolic syndrome. *Eur J Clin Invest* 2012;42(5):496-502.
18. Charakida M., Khan T., Johnson W., et al. Lifelong patterns of BMI and cardiovascular phenotype in individuals aged 60-64 years in the 1946 British birth cohort study: an epidemiological study. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2014;2(8):648-54.
19. Yan R.T., Yan A.T., Anderson T.J., et al. The differential association between various anthropometric indices of obesity and subclinical atherosclerosis. *Atherosclerosis* 2009;207(1):232-238.
20. Recio-Rodriguez J.I., Gomez-Marcos M.A., Patino-Alonso M.C., et al. Abdominal obesity vs general obesity for identifying arterial stiffness, subclinical atherosclerosis and wave reflection in healthy, diabetics and hypertensive. *BMC Cardiovasc Disord* 2012;12:3.
21. Poirier P., Giles T.D., Bray G.A., et al. Obesity and cardiovascular disease: pathophysiology, evaluation, and effect of weight loss: an update of the 1997 American Heart Association Scientific Statement on Obesity and Heart Disease from the Obesity Committee of the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism. *Circulation* 2006;113:898–918.
22. Kenchaiah S., Evans J.C., Levy D., et al. Obesity and the risk of heart failure. *N Engl J Med* 2002;347:305–313.
23. Reaven G.M. Banting lecture 1988. Role of insulin resistance in human disease. *Diabetes* 1988;37(12):1595-1607.
24. Bornfeldt K.E., Tabas I. Insulin resistance, hyperglycemia, and atherosclerosis. *Cell Metab* 2011;14(5):575-585.
25. Marini M.A., Frontoni S., Succurro E., et al. Insulin clearance is associated with carotid artery intima-media thickness. *Atherosclerosis* 2013; 229(2):453-458.
26. Andreozzi F., Gastaldelli A., Mannino G.C., et al. Increased carotid intima-media thickness in the physiologic range is associated with impaired postprandial glucose metabolism, insulin resistance and beta cell dysfunction. *Atherosclerosis* 2013;229(2):277-281.
27. Kurihara O., Takano M., Yamamoto M., et al. Impact of prediabetic status on coronary atherosclerosis: a multivessel angioscopic study. *Diabetes Care* 2013;36:729e33.

**АНТИБИОТИКОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ  
ИНФЕКЦИЙ У ВЗРОСЛЫХ**

**Саркина А.К., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А.,  
Абдыбачаева М., Таалайбекова А.Т.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье приведены результаты изучения этиологической структуры острых кишечных инфекций (ОКИ) у взрослых по материалам РКИБ. Из 102 больных, доминировали шигеллы и сальмонеллы в качестве основной этиологической причины диарей. Проведена оценка чувствительности 124 культур, выделенных при ОКИ, к используемым в терапевтической практике антибактериальным препаратам. Установлена резистентность большинства возбудителей бактериальных ОКИ к аминопенициллинам, налидиксовой кислоте, хлорамфениколу, ко-тримоксазолу.

**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, взрослые, шигеллы, сальмонеллы, антибиотики, чувствительность, резистентность.

**ЧОҢ КИШИЛЕРДИН БАКТЕРИЯЛЫК ЖУГУШТУУ ИЧЕГИ ООРУЛАРЫН  
КОЗГОГУЧТАРДЫН АНТИБИОТИККЕ СЕЗГИЧТИГИ**

**Саркина А.К., Джумагулова А.Ш., Джангазиева А.А.,  
Абдыбачаева М., Таалайбекова А.Т.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Статяда чоң кишилердин жугуштуу курч ичеги ооруларынын (ЖКИО) себептери РКЖОнун (республикалык клиникалык жугуштуу ооруканасынын) материалдары менен көрсөтүлдү. 102 оору баяндын ичинен ич өткөктүн негизги себеби боюнча доминантуулугун шигелла жана сальмонеллалар түздү. ЖКИОнун бөлүнгөн 124 бактериялардын дарылоо практикасында колдонулуучу антибиотиктерге сезгичтиги көрсөтүлдү. Бактериялык ЖКИОдун көпчүлүк козгогучтарынын аминопенициллинге, налидикса кычкылына, хлорамфениколго, ко-тримоксазолго туруктуулугу аныкталды.

**Негизги сөздөр:** жугуштуу курч ичеги оорулары, чоң кишилер, шигелла, сальмонелла, антибиотиктер, сезгичтик, туруктуулук.

**ANTIMICROBIAL RESISTANCE OF PATHOGENS OF INTESTINAL  
INFECTIONS IN ADULTS**

**Sarkina A.K., Djumagulova A.Sh., Djangazieva A.A.,  
Abdybachaeva M., Taalaibekova A.T.**

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The results of the study of etiological structure of acute intestinal infections (AII) in adults based on Republican Clinical Infectious Diseases Hospital. Of the 102 patients, dominated Shigella and Salmonella as the primary etiological causes of diarrhea. Evaluation of the sensitivity of 124 cultures isolated at the AII, to those used in therapeutic practice antibiotics. Installed resistant most pathogens of AII to aminopenicillins, nalidixic acid, chloramphenicol, co-trimoxazole.

**Keywords:** acute intestinal infections, adults, shigella, salmonella, antibiotic, sensitivity, resistance.

Актуальной проблемой в мире является рост устойчивости возбудителей инфекционных заболеваний к антибактериальным препаратам. В докладе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “Устойчивость к противомикробным препаратам: глобальный доклад по эпиднадзору” указано, что устойчивость проявляется в случае множества самых различных возбудителей инфекции и особенно тех, которые вызывают широко распространенные и серьезные болезни, такие как, сепсис, диареи, инфекции мочевыводящих путей. Для решения данной проблемы ВОЗ предлагает провести изучение резистентности антимикробных препаратов к возбудителям инфекций с целью их рационального использования [1]. Одной из инфекций, к возбудителям которой отмечается развитие устойчивости антибактериальных препаратов, являются бактериальные ОКИ. В Кыргызской республике заболеваемость ОКИ является традиционно высокой, а за последние 5 лет отмечается тенденция к росту заболеваемости.

В настоящее время в республике отсутствуют согласованные подходы к терапии ОКИ, причем частота

назначения антимикробных препаратов остается на высоком уровне, особенно у госпитализированных пациентов (72-100%). Самым серьезным недостатком широкого использования антибактериальных препаратов при лечении инфекционных диарей является быстрое развитие у возбудителей резистентности к антимикробным препаратам. Так, зафиксирован неуклонный рост числа штаммов *Salmonella enteritidis*, устойчивых к налидиксовой кислоте (до 60% циркулирующих штаммов сальмонелл) [8,9]. Все чаще выявляются штаммы кампилобактерий, обладающие широкой антибиотикорезистентностью, в том числе к макролидам и фторхинолонам [7]. Параллельно с ростом антибиотикорезистентности отмечено снижение клинической эффективности при использовании амикацина — с 53,9% до 31,7% [10].

По этой причине представляется актуальным изучение вопросов антимикробной терапии ОКИ на современном этапе.

**Цель исследования:** анализ этиологической структуры ОКИ у взрослых и изучение чувствительности возбудителей ОКИ к используемым в терапевтической

практике антибактериальным препаратам.

## Материалы и методы исследования.

Материалом для изучения явились официальные статистические данные Департамента профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора МЗ КР, Республиканской клинической инфекционной больницы.

Проведен выборочный анализ 102 историй болезни с этиологически расшифрованной ОКИ, в возрасте от 18 до 75 лет, госпитализированных в РКИБ за период 2010-2014 годов. Подтверждение этиологии ОКИ осуществлялось выделением культур из кала бактериологическим методом исследования. Чувствительность микроорганизмов к спектру широко применяемых в терапии ОКИ антибактериальных препаратов определяли дискодиффузионным методом в соответствии со стандартами NCCLS.

Проведена статистическая обработка полученных показателей.

## Результаты и обсуждение.

По данным Департамента профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора МЗ КР заболеваемость ОКИ остается на высоком уровне. Интенсивный показатель заболеваемости ОКИ варьирует в пределах 507,9 -602,4 на 100000 населения.

По материалам Республиканской клинической инфекционной больницы за последние 5 лет выросло число госпитализированных взрослых больных с ОКИ в 1,5 раза. (рис.1)

Продолжает оставаться очень низкий процент бактериологического подтверждения (16,6%) среди госпитализированных больных с ОКИ.

Нами проведен выборочный анализ 102 историй болезни взрослых с лабораторно подтвержденными кишечными инфекциями, находившихся на лечение в РКИБ с 2010 по 2014 гг.

Этиологическая структура ОКИ у обследованных взрослых больных представлена на рис.2. Из выделенных возбудителей шигеллы составили 34,3%, сальмонеллы-30,4%, эшерихии -9,8% и условно-патогенная микрофлора (УПМ) -25,5%.

Среди выделенных культур шигелл преобладали Sh.flexneri в 85,7%, Sh. dysenteria и Sh. sonnei составили соответственно 5,7% и 8,6%. Среди культур Sh. Flexneri чаще всего выделялись Sh. Flexneri 1b, 1a, 2a. (рис 3)

Среди культур сальмонелл выделены штаммы Salmonella enteritidis (61,3%) и Salmonella typhimurium (38,7%).

Было выделено 11 культур Escherichia coli, из них преобладали энтероинвазивные кишечные палочки (E.coli 0125-27,3%, E. coli 0408-27,3%).

Структура выделенной УПМ (n=26) была представлена следующими бактериями: Citrobacter diversus (23,1%), Enterobacter cloace (19,2%), Staphylococcus aureus (7,7%), Pseudomonas aeruginosae (15,4%), Proteus (34,5%).

На базе бактериологической лаборатории РКИБ проведено исследование на чувствительность 124 штаммов энтеробактерий, выделенных от больных ОКИ, к следующим антибактериальным препаратам: ципрофлоксацин, амоксилав, гентамицин, ампициллин, налидиксовая кислота, меропенем, цефтазидим, цефотаксим, цефокситин, имипенем, хлорамфеникол, котримоксазол. На чувствительность к антибиотикам были исследованы 24 культуры Shigella, в том числе Shigella flexneri составили 95,8% и 4,2%- Shigella sonnei, 15 культур Salmonella, в том числе 46,7% составили Salmonella enteritidis и в 53,3% Salmonella typhimurium, 1 культура E. coli O44, 18 культур Citrobacter diversus.

Чувствительность Shigella spp. к антибактериальным препаратам представлена в таблице 1.

Как видно из таблицы, достоверно высокая чувствительность шигелл сохраняется к основным группам антибиотиков: карбопенемам (100%), ципрофлоксацину ( $85\% \pm 7,3$ ), ( $p < 0,01$ ), гентамицину ( $88\% \pm 6,6$ ), ( $p < 0,001$ ), цефтазидиму (100%), цефокситину ( $85\% \pm 7,3$ ), ( $p < 0,01$ ), налидиксовой кислоте ( $77\% \pm 8,6$ ), ( $p < 0,001$ ), хинолону 1 поколения, который в последние годы практически не применяется для лечения ОКИ. Достоверно высокая резистентность шигелл выявлена к полусинтетическим пенициллинам, а именно к ампициллину ( $90\% \pm 6,1$ ), ( $p < 0,01$ ) и амоксилаву ( $60\% \pm 10$ ), ( $p < 0,01$ ) и достоверно шигеллы резистентны к хлорамфениколу ( $48\% \pm 10,2$ ), ( $p > 0,05$ ) и ко-тримоксазолу ( $32\% \pm 9,5$ ), ( $p > 0,05$ ).

Степень чувствительности к антибиотикам среди разных штаммов шигелл сильно варьирует. Так, у штаммов Shigella Flexneri помимо высокой чувствительности к основным группам антибиотиков, выявлена высокая чувствительность к котримаксазолу (100%). У Shigella flexneri 2b выявлено снижение чувствительности к



Рис. №1 Соотношение этиологически уточненных и неуточненных ОКИ в РКИБ

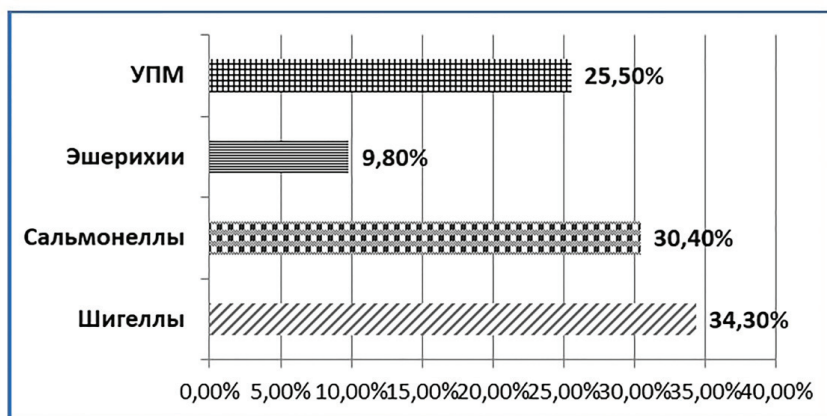


Рис. № 2. Этиологическая структура ОКИ среди взрослых в РКИБ

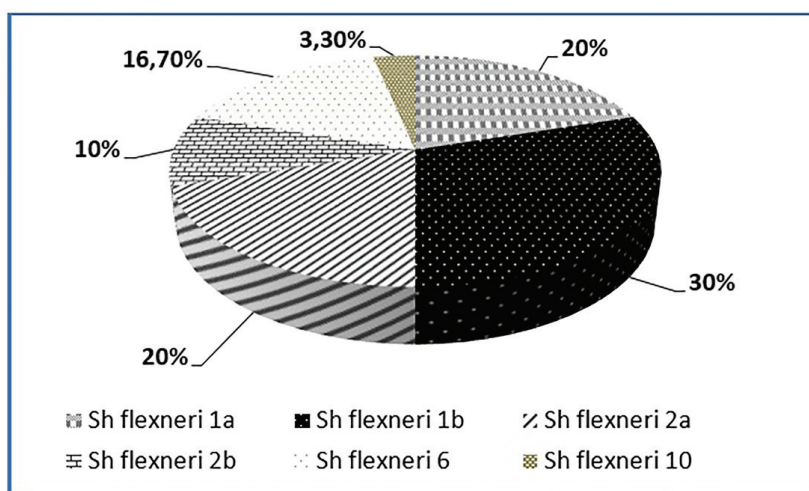


Рис. № 3. Этиологическая структура *Shigella flexneri* (n=30), %.

ципрофлоксацину (66%). У одного штамма *Shigella sonnei* выявлена 100% чувствительность к меропенему и умеренная чувствительность к цiproфлоксацину, к остальным антибактериальным препаратам, выделенный штамм обладает резистентностью.

Резистентность шигелл к ампициллину и амоксиклаву, снижение чувствительности *Sh. Sonnei* к цiproфлоксацину объясняется широким использованием данных антибактериальных препаратов.

Выделенный штамм *E. coli* O44 оказался чувствительным ко всем использованным антибактериальным препаратам (100%).

В таблице № 2 представлены данные чувствительности сальмонелл к антибактериальным препаратам.

Из таблицы видно, что выделенные штаммы сальмонелл сохраняли наиболее высокую чувствительность к цiproфлоксацину ( $80\% \pm 10,3$ ), ( $p < 0,002$ ), карбапенемам ( $80\% \pm 10,3$ ), ( $p < 0,005$ ), и гентамицину ( $90\% \pm 7,7$ ), ( $p < 0,005$ ), к остальным тестируемым антибактериальным препаратам выявлена достоверная резистентность.

Среди возбудителей сальмонелл выявлены различия в антибиотикорезистентности. Так некоторые штаммы *Salmonella typhimurium* оказались резистентными к цiproфлоксацину (50%) и гентамицину (50%), что возможно связано с их внутрибольничным

распространением.

Оценка результата исследования на чувствительность УПМ к антибактериальным препаратам представлена в таблице № 3.

При изучении чувствительности УПМ, а именно возбудителей *Citrobacter diversus*, выявлена абсолютная чувствительность к карбопенемам (100%), цiproфлоксацину (100%). Также сохраняется чувствительность к аминогликозидам ( $75\% \pm 10,2$ ), ( $p < 0,001$ ) и цефтазидиму ( $63\% \pm 11,4$ ), ( $p < 0,02$ ). Выявлена резистентность в 100% к ампициллину, амоксиклаву ( $62\% \pm 11,4$ ), ( $p < 0,02$ ), цефотаксиму, хлорамфениколу и налидиксовой кислоте ( $50\% \pm 11,8$ ), ( $p > 0,05$ ), ко-тримаксазолу ( $38\% \pm 11,4$ ), ( $p > 0,05$ ).

Таким образом, проведенные исследования показали, что рост и изменение лекарственной чувствительности штаммов возбудителей инвазивных диарей требует строгих подходов к назначению антимикробных препаратов при ОКИ.

#### Выводы:

1. Этиологическая структура бактериальных кишечных инфекций у взрослых представлена шигеллами (34,3%), преимущественно *Sh. Flexneri* (85,7%), а также сальмонеллами (30,4%). Среди сальмонелл преобладали штаммы *S. enteritidis* (61,3%).

2. Изученные штаммы шигелл сохраняют высокую

Таблица 1.  
Характеристика чувствительности *Shigella* spp. к антибиотикам.

| Препараты            | Чувствительность шигелл к антибиотикам (n=24),% |           |        |           |        |        |           |        |
|----------------------|-------------------------------------------------|-----------|--------|-----------|--------|--------|-----------|--------|
|                      | S                                               |           | I      |           | P      | R      |           |        |
|                      | M±m                                             | ДИ        | M±m    | ДИ        |        | M±m    | ДИ        | P      |
| Ципрофлоксацин       | 85±7,3                                          | 99,3-70   | 5      |           |        | 10±4,4 | 13,7-3,7  | <0,01  |
| Меропенем            | 100                                             |           | 0      |           |        | 0      |           |        |
| Имипенем             | 100                                             |           | 0      |           |        | 0      |           |        |
| Амоксиклав           | 20±8,2                                          | 4,0-36    | 20±8,2 | 4,0-36,0  |        | 60±10  | 40,4-79,6 | <0,01  |
| Гентамицин           | 88±6,6                                          | 75-101    | 12±6,6 | 1,0-25,0  | <0,001 | 0      |           |        |
| Цефтазидим           | 100                                             |           |        |           |        | 0      |           |        |
| Ампициллин           | 10±6,1                                          | 2,0-22    |        |           |        | 90±6,1 | 78,0-102  | <0,01  |
| Цефокситин           | 85±7,3                                          | 70,7-99,3 |        |           |        | 5±4,4  | 3,7-13,7  | <0,01  |
| Налидиксовая кислота | 77±8,6                                          | 60,2-93,8 |        |           |        | 23±8,6 | 6,2-39,8  | <0,001 |
| Хлорамфеникол        | 48±10,2                                         | 28,0-68   | 26±9,0 | 8,5-43,5  | >0,05  | 26±9,0 | 8,5-43,5  |        |
| Ко-тримоксазол       | 32±9,5                                          | 13,3-50,7 | 34±9,7 | 15,0-53,0 | >0,05  | 34±9,7 | 15,0-53   |        |

\*S - чувствительные, I – умеренно-чувствительные, R - резистентные

Таблица № 2.  
Характеристика чувствительности сальмонелл к антибактериальным препаратам.

| Препараты            | Чувствительность сальмонелл к антибиотикам (n=15),% |            |        |          |   |         |           |        |
|----------------------|-----------------------------------------------------|------------|--------|----------|---|---------|-----------|--------|
|                      | S                                                   |            | I      |          | P | R       |           |        |
|                      | M±m                                                 | ДИ         | M±m    | ДИ       |   | M±m     | ДИ        | P      |
| Ципрофлоксацин       | 80±10,3                                             | 59,8-100,2 | 0      |          |   | 20±10,3 | 0,2-40,2  | <0,002 |
| Меропенем            | 80±10,3                                             | 59,8-100,2 | 5±5,6  | 6,0-16   |   | 15±9,2  | 3,1-33,1  | <0,005 |
| Имипенем             | 100%                                                |            | 0      |          |   | 0       |           |        |
| Амоксиклав           | 45±12,8                                             | 19,8-70,2  | 5±5,6  | 6,0-16   |   | 50±12,9 | 24,7-75,3 | >0,05  |
| Гентамицин           | 90±7,7                                              | 74,8-105,2 | 0      |          |   | 10±7,7  | 5,2-25,2  | <0,005 |
| Цефтазидим           | 55±12,8                                             | 29,8-80,2  | 5±5,6  | 6,0-16   |   | 40±12,6 | 15,2-64,8 | >0,05  |
| Ампициллин           | 25±11,2                                             | 3,1-46,9   | 0      |          |   | 75±11,2 | 53,1-96,9 | <0,005 |
| Цефокситин           | 45±12,8                                             | 19,8-70,2  | 10±7,7 | 5,2-25,2 |   | 45±12,8 | 19,8-70,2 | >0,05  |
| Котримаксазол        | 60±12,6                                             | 35,2-84,8  | 0      |          |   | 40±12,6 | 15,2-64,8 | >0,05  |
| Налидиксовая кислота | 47±12,9                                             | 21,7-72,3  | 0      |          |   | 53±12,9 | 27,7-78,3 | >0,05  |
| Хлорамфеникол        | 60±12,6                                             | 35,2-84,8  | 5±5,6  | 6,0-16   |   | 35±12,3 | 10,9-59,1 | >0,05  |

\*S - чувствительные, I – умеренно-чувствительные, R - резистентные

Таблица № 3.

Характеристика чувствительности УПМ к антибактериальным препаратам.

| Препараты            | Чувствительность УПМ к антибиотикам (n=18),% |           |         |          |       |         |           |        |
|----------------------|----------------------------------------------|-----------|---------|----------|-------|---------|-----------|--------|
|                      | S                                            |           | I       |          | P     | R       |           | P      |
|                      | M±m                                          | ДИ        | M±m     | ДИ       |       | M±m     | ДИ        |        |
| Ципрофлоксацин       | 100                                          |           |         |          |       |         |           |        |
| Меропенем            | 100                                          |           |         |          |       |         |           |        |
| Имипенем             | 100                                          |           |         |          |       |         |           |        |
| Амоксиклав           | 13±7,9                                       | 2,5-28,5  | 25±10,2 | 5,0-45,0 |       | 62±11,4 | 39,6-84,4 | <0,02  |
| Гентамицин           | 75±10,2                                      | 55,0-95,0 | 0       |          |       | 25±10,2 | 5,0-45,0  | <0,001 |
| Цефтазидим           | 63±11,4                                      | 40,7-85,3 | 25±10,2 | 5,0-45,0 | <0,02 | 12±7,7  | 3,0-27,0  |        |
| Ампициллин           | 0                                            |           | 0       |          |       | 100     |           |        |
| Цефотаксим           | 50±11,8                                      | 26,9-73,1 | 0       |          |       | 50±11,8 | 26,9-73,1 | >0,05  |
| Налидиксовая кислота | 50±11,8                                      | 26,9-73,1 | 25±10,2 | 5,0-45,0 |       | 25±10,2 | 5,0-45,0  | >0,05  |
| Хлорамфеникол        | 50±11,8                                      | 26,9-73,1 | 0       |          |       | 50±11,8 | 26,9-73,1 | >0,05  |
| Котримаксазол        | 38±11,4                                      | 15,6-60,4 | 0       |          |       | 62±11,4 | 39,6-84,4 | >0,05  |

\*S - чувствительные, I – умеренно-чувствительные, R - резистентные

чувствительность к основным группам антибактериальных препаратов, таких как фторхинолоны ( $p < 0,01$ ), гентамицину ( $p < 0,001$ ), цефтазидиму, цефокситину ( $< 0,01$ ), налидиксовой кислоте ( $p < 0,001$ ), карбапенемам. У некоторых штаммов Sh. Sonnei в сравнении с Sh. Flexneri сохраняется высокая чувствительность к меропенему и умеренная к ципрофлоксацину, к остальным тестируемым антибиотикам выявлена резистентность.

3. Выявлена достоверная чувствительность сальмонелл к ципрофлоксацину ( $p < 0,002$ ), карбапенемам ( $p < 0,005$ ) и гентамицину ( $p < 0,005$ ). Сальмонеллы резистентны к аминопенициллинам, цефалоспорином 2 и 3 поколения, налидиксовой кислоте, хлорамфениколу и ко-тримоксазолу. Выделенные штаммы сальмонелл обладают большей резистентностью в сравнении с шигеллами.

4. Выделенные штаммы Citrobacter diversus обладают абсолютной чувствительностью к карбапенемам, фторхинолонам, гентамицину ( $p < 0,001$ ) и цефтазидиму ( $p < 0,02$ ). Выявлена достоверная резистентность к ампициллину, амоксиклаву ( $p < 0,02$ ), цефотаксиму, хлорамфениколу и налидиксовой кислоте ( $p > 0,05$ ), ко-тримоксазолу ( $p > 0,05$ ).

5. Резистентность большинства возбудителей бактериальных ОКИ к аминопенициллинам, налидиксовой кислоте, хлорамфениколу, ко-тримоксазолу не позволяет использовать данные препараты в качестве стартовой терапии.

#### Литература:

1. Устойчивость к противомикробным препаратам: глобальный доклад по эпиднадзору/ ВОЗ.- 2014.- 257 стр.
2. Захаренко С. М. Терапия кишечных инфекций в России:

Рациональная или эмпирическая? // Журнал инфектологии.- 2011.- Т. 3. № 2.- С. 81–96.

3. Ахметова Л.И., Розанова С.М. Чувствительность к антимикробным препаратам штаммов шигелл и сальмонелл, выделенных в г. Екатеринбурге.// КМАХ.- 2000.- №2.- С.58-62

4. Иванов А.С., Кречикова О.И., Сухорукова М.В. и др. Мониторинг антибиотикорезистентности шигелл в России // Сб научных докладов.- Москва.- 2003.- С.86.

5. Жираковская Е.В., Тикунов А.Ю., Курильчиков А.М. и др. Этиологическая структура острых кишечных инфекций у взрослых в Новосибирске //Инфекционные болезни.-2013.-т.11.- №2.-С. 31-37

6. Шитова О.И., Казьянин А.В., Захарова Ю.А. Эпидемиологические особенности, биологическая характеристика и чувствительность к антимикробным препаратам сальмонелл, циркулирующих в Пермском крае.// Сиб. Мед. журнал.-2011.-т.26(2-2).-С.116-200

7. Тазалова Е.В. Чувствительность кампилобактерий к антибиотикам и некоторые механизмы формирования антибиотикорезистентности.// Дальневост. Мед. Журнал.-2012.-№ 3.-С.120-123

8. F. Albayrak, F.Cokca, B. Erdem Predictive value of nalidixic acid resistance for detecting salmonellae with decreased ciprofloxacin susceptibility. International Journal of Antimicrobial Agents. 2004; 23; 332-336

9. Pons M.J., Gomes C, Martinez-Puchol S. Antimicrobial resistance in Shigella spp. Causing traveler's diarrhea (1995-2010): A retrospective analysis.// Travel Med. Infect. Dis. -2013.- p. 23

10. Fischer Walker Cl, Sack D., Black R.E. Etiology of diarrhea in older children, adolescents and adults: a systemic review. //Trop Dis. 2010.-№.4(8).- p.768

11. Bing Gu, Xing Ke. Prevalence and trends of aminoglycoside resistance in Shigella worldwide, 1999-2010// J of Biomed Res.2013.-№27(2).-p. 103-115

## МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА БАКТЕРИЕМИЙ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ПРИЗНАКАМИ ВНУТРИУТРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ашыралиева Д.О., Умуралиева А.М., Абдыкеримова Т.А., Ашыралиева Ж.Ш.

Департамент профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора Минздрава КР

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Наиболее частыми возбудителями бактериемий из грамположительных микроорганизмов являются коагулазаположительный стафилококк.

**Ключевые слова:** бактериемия, патогенные и условнопатогенные микроорганизмы, антибиотикочувствительность.

## ЫМЫРКАЙЛАРДЫН КАН ИНФЕКЦИЯСЫН МИКРОБИОЛОГИЯЛЫК ТАСТЫКТОО

Ашыралиева Д.О., Умуралиева А.М., Абдыкеримова Т.А., Ашыралиева Ж.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кандын инфекциясын көп учурда грамм өң боёлуучу жана кандын плазмасын коюлтуучу стафилококктор козгойт.

**Негизги сөздөр:** кан инфекциясы, патогендик жана шарттуу патогендик микроорганизмдер, антибиотиктерге сезгич.

## MICROBIOLOGICAL DIAGNOSIS OF BACTEREMIA OF NEWBORNS WITH SIGNS OF INTRAUTERINE INFECTION

Ashyralieva D.O., Umuralieva A.M., Abdykarimova T.A., Ashyralieva J.Sh.

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The most common cause of bacteremia are coagulase positive Staphylococcus.

**Keywords:** bacteremia, pathogenic and opportunistic microorganisms, antibiotic sensitivity.

### Введение.

Важной проблемой педиатрии остается перинатальная инфекция, в том числе бактериемия. Бактериемии могут вызвать практически все микроорганизмы, относящиеся к патогенным и условнопатогенным, а также грибы рода *Candida* [1, 2]. Микробиологическое исследование крови занимает особое место в комплексе клинико-лабораторных исследований, применяемых для профилактики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний [3]. Зачастую ранняя лабораторная диагностика ограничена только клиническими исследованиями и использованием классического бактериологического метода. При этих ограничениях наиболее важно правильный отбор и доставка материала, а также использование высокоселективных питательных сред [4].

### Цель и задачи.

Исследовать этиологический пейзаж микроорганизмов при ВУИ у новорожденных детей. Оценить использование Колумбия агара для применения в качестве плотной основы двойной среды. Адаптация рекомендаций ВОЗ по отношению количества крови взятого на исследование в зависимости от возраста детей.

### Материалы и методы.

Исследование проводилось на базе диагностической лаборатории Департамента профилактики заболеваний и госсанэпиднадзора Минздрава Кыргызской Республики с января 2015 по декабрь 2015 года. В указанный период обследованы образцы крови на стерильность 284 новорожденных детей в возрасте до 5 суток.

Первичный посев клинического материала в объеме 1 мл проводился на двойную среду с основой Columbia агар (bioMerieux, France), содержащей триптон-соевый бульон. Соотношение образца и среды составлял 1:10. Посевы были инкубированы при

температуре 37°C в течение 10 суток. При наличии роста идентификация выделенной культуры и определение антибиотикочувствительности проводился согласно приказа МЗ КР №104 от 11.01.2010г «Методические указания по бактериологическим методам лабораторных исследований клинического материала». Интерпретация результатов антибиотикочувствительности проводилась в соответствии руководства Европейского комитета по определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, версия 5.0., действующие с 01.01.2015. При этом оценка плотности микробной взвеси проводилось на денситометре, что исключает субъективные ошибки.

### Результаты.

При исследовании 284 образцов крови на стерильность в 50 случаях были выявлены микроорганизмы, что составляет 17,6%. Результаты анализа данных исследований показали, что наиболее частыми возбудителями бактериемий у новорожденных детей являются грамм положительные кокки (70%), в том числе стафилококки (52%) и стрептококки (18%). На долю семейства Enterobacteriaceae пришлось 14%, *Pseudomonas aeruginosa*-8% (рис 1.).

Изучение структуры выделенных видов стафилококков показал, что на *S.aureus* приходится 42,3% из всех стафилококков, *S.epidermidis*, *S.saprophyticus* *S.haemolyticus*, 30,8%, 15,4% и 11,5% соответственно (рис 2.).

На долю стрептококков пришлось 30,8% положительных случаев, и наиболее частыми видами *Streptococcus* spp. были *S.pyogenes* и *S.agalactiae*, 10% и 8% соответственно, из общего числа случаев положительных образцов.

Микроорганизмы семейства Enterobacteriaceae представлены в 5 случаях *E.coli* и в 2-х случаях - *Klebsiella pneumoniae* доля в во всех положительных случаях

составляет 10% и 4% соответственно.

Выделение в 4 случаях *Pseudomonas aeruginosa* и *B.sereus*, возможно связано с контаминацией образца, что свидетельствует о необходимости соблюдения условий стерильности и требований противоэпидемического режима в ЛПО.

### Выводы.

Среди положительных гемокультур лидирующее место занимает *Staphylococcus* spp. (52%), в том числе *S.aureus* 42.8%. Вторым по этиологической значимости являлся *Streptococcus* spp. (30,8%). Среди грамм отрицательных микроорганизмов семейство *Enterobacteriaceae* представлены в 14 % случаях.

Использование классических методов являются «золотым стандартом» и позволяет изучить антибиотикочувствительность возбудителя.

Использование Колумбия агара позволило выделить клинически значимые возбудители гнойно-септических заболеваний.

Положительные находки в 17,6% случаях

показывают необходимость использования наиболее чувствительных анализаторов BacT/Alert для определения стерильности крови и других биологических жидкостей организма.

### Литература:

1. Эйдельштейн И.А., Сехин С.В. и др. Валидация тест-системы на основе ПЦР в режиме реального времени для выявления *Streptococcus agalactiae* в сравнении с микробиологическим методом. Сб.трудов VII Всероссийской научно-практической конференции, том 4, Москва, 2010.

2. Elbaradie SMY, Mahmoud M. Maternal and neonatal screening for group B *Streptococci* by *scpB* gene based PCR: A preliminary study. *Ind.J.Med.Microbiol.* 2009; 27:17-21.

3. Бондаренко Е.В., Дементьева Л.М., Сергеева Л.Г. Микробиологическая диагностика бактериемий. Сб.трудов VII Всероссийской научно-практической конференции, том 2, Москва, 2012.

4. Ilstrup, D.M. and J.A.Washington II. 1983. The importance of volume of blood cultured in the detection of bacteremia and fungemia. *Diag. Microbiol.Infect. Dis.* 1:107-110.

НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА  
**eLIBRARY.RU**

Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется

Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все

статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате

на сайте

**www.elibrary.ru,**

где отмечается цитирование по каждой статье

**ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ: ФАКТОРЫ ВЛИЯЮЩИЕ НА ИХ  
ФОРМИРОВАНИЕ И МЕТОДЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Бабаджанов Н.Дж., Бейшеева М.Т., Закирова Р.А.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены результаты анкетирования женщин, имеющих детей в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет с диагнозом врожденные пороки развития (ВПР), дефекты нервной трубки (ДНТ). В работе освещены возможные факторы формирования ВПР и по результатам исследования предложен проект национального уровня, позволяющий провести массовую профилактику ВПР.

**Ключевые слова:** врожденные пороки развития, фолиевая кислота, профилактика.

**ТУБАСА ЖЕТИЛҮҮНҮН КЕМТИКТЕРИ: АЛАРДЫН ПАЙДА БОЛУУСУНУН  
ЖАГДАЙЛАРЫ ЖАНА АЛДЫН АЛУУ ЖОЛДОРУ**

**Бабаджанов Н. Дж., Бейшеева М.Т., Закирова Р.А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Статияда тубаса жетилүүнүн кемтиктери, нерв түтүктүкчөсүнүн дефекти деген менен 6 айдан 3 жашка чейинки баланын энелерин сурамжылоо аркылуу өткөрүлгөн проспективдүү анализинин жыйынтактары берилген. Бул иште тубаса кемтиктердин пайда болуусунун жагдайлары менен бирге, мамлекеттик деңгээлдеги тубаса дарттардын алдын алуу боюнча проект сунушталат.

**Негизги сөздөр:** тубаса кемтиктер, фолий кычкылдыгы, алдын алуу.

**CONGENITAL MALFORMATIONS: INFLUENCED FACTORS  
TO THE FORMATION AND THEIR PREVENTION**

**Babadjanov N.J., Beysheeva M.T., Zakirova R.A.**

I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents the results of the questioning women with children aged from 6 month to 3 years diagnosed with congenital malformations, neural tube defects. In the work of the oveseny possible factors of formation of the congenital malformations and the results of the research project is proposed at the national level, allows you to hold the mass prophylaxis of congenital malformations.

**Keywords:** congenital malformation, folic acid, prophylaxis.

**Введение.**

Большая часть врожденных пороков нервной системы формируется под воздействием повреждающих агентов в критические периоды эмбрионального развития органов и систем, причем характер, вид порока зависит не от природы повреждающего агента (мутантный ген, химические мутагены, ионизирующая радиация, вирусы), а от возраста эмбриона. Нарушения эмбрионального развития в первом триместре беременности приводит к грубым порокам развития нервной системы, дефектам смыкания нервной трубки, нарушению роста и дифференциации мозговых гемисфер и желудочковой системы мозга [1].

Критические фазы развития нервной системы:

- Дорзальная индукция, временной пик которой приходится на 3-4 неделю гестации;
- Вентральная индукция, временной пик 5-6 неделя гестации;
- Нейрональная пролиферация 2-4 мес гестации;
- Миграция 3-5 мес гестации;
- Организация 6 мес гестации 1 год постнатального периода
- Миелинизация от рождения в течении первого года жизни [2].

Наиболее часто миграционные нарушения радиологически визуализируются кортикальными нарушениями и являются наиболее эпилептогенными поражениями мозга. Мальформации, возникающие на данном этапе, могут быть как генерализованными

(лиссэнцефалия, ламинарные, субэпендимальные, субкортикальные гетеротопии), так и локальными (фокальные гетеротопия, агирия/пахигирия). Пороки сопровождаются тяжелой и глубокой умственной отсталостью, нарушением двигательных функций, резистентными эпилептическими припадками [5].

К наиболее часто встречаемым аномалиям развития головного мозга относятся кортикальные дисплазии, которые включают в себя: лиссэнцефалию (агирия), пахигирию, микрополигирию, шизэнцефалию и трансмантийную дисплазию, формирующиеся в первый критический период развития нервной системы [2].

**Цель исследования:** выявление модифицируемые факторы, влияющие на формирование кортикальных дисплазий и разработка методов их профилактики.

**Актуальность.**

Врожденные пороки развития ЦНС у детей являются одним из актуальных вопросов современной медицины и составляют около 25% всех ВПР у детей, а их доля в структуре перинатальной и младенческой смертности в настоящее время занимает около 30% [3]. В частности по данным РМИЦ МЗ КР в структуре ВПР врожденные пороки нервной системы занимают 3е место.

**Методика:** Был проведен проспективный анализ на базе НЦОМид в отделении патологии перинатального периода. Основываясь на данных МРТ исследований, свидетельствующих о наличии кортикальных дисплазий, было проведено анкетирование 30 женщин, имеющих детей в возрасте 6 мес. до-3х лет, с диагнозом ВПР нервной

Таблица №1

| Этапы внутриутробного развития                                          | 23-28 день                                                                                 | 30-42 день                                                                                                                             | 45 дней-3 мес                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Нейроморфологическая характеристика эмбриональных стадий развития мозга | Дорзальная индукция. Образование нервной пластинки, обособление головного и спинного мозга | Вентральная индукция. Обособляются: передний мозг, обонятельные луковицы, церебральные гемисферы, боковые желудочки, базальные ганглии | Пролиферация нейронов. Клеточный митоз и разрастание тканей                         |
| Болезни нервной системы                                                 | Грубые пороки развития: -анэнцефалия -энцефалоцеле миеломенингоцеле                        | Голопрозэнцефалия (аномалии развития полушарий, базальных ганглиев, мозговых извилин, желудочковой системы)                            | Истинная микроцефалия, микроцефалия, семейные заболевания, тератогенные повреждения |



системы, такие как шизэнцефалии, лисэнцефалия, агирия, пахиририя, голопрозэнцефалия, синдром Денди-Уокера, синдром Веста. В результате опроса анамнеза жизни, было выявлено наличие вредных привычек, наследственная отягощенность, родственные браки, профессиональные вредности, сопутствующие соматические заболевания, психо-эмоциональные стрессы, отягощенный акушерский анамнез, нелеченные УГИ (урогенитальные инфекции), которые имели место на ранних сроках беременности и могли быть причиной формирования кортикальных дисплазий.

#### Результаты.

Обследовано 30 детей, 13 мальчиков и 17 девочек в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет, возраст матерей от 21 до 41 года. По результатам проспективного анализа детей с диагнозом лисэнцефалия 11 (36,6%), агирия 2 (6,7%), голопрозэнцефалия 2 (6,7%), шизэнцефалия 8 (26,7%), микроцефалия 1 (3,3%), синдром Денди-Уокера 2 (6,7%), пахиририя 1 (3,3%), синдром Веста 3 (10%).

#### Распределение детей по регионам.

При обработке анкет для удобства возможные этиологические причины были разделены на 3 группы:

- Биологические
- Социальные
- Медицинские

Анализ данных показал, что в структуре возможных причин формирования ВП ведущей явилась социальная группа причин, преимущественно за счет отсутствия знаний по планированию беременности. На втором месте стоят медицинская группа причин в виде отягощенного акушерского анамнеза, не леченных УГИ и соматических заболеваний. Наиболее распространенной соматической патологией явилась анемия. Так, у 16 женщин (53,3%) во время беременности имела место анемия средней степени тяжести, а у 11 женщин (36,6%) анемия тяжелой степени тяжести.

Из опроса было выявлено, что средний срок становления на учет у семейного врача 4,5 мес беременности.

#### Обсуждение.

Согласно результатам исследования, проведенного К.А.Узгеновой, анемия у беременных женщин — одно из самых распространенных осложнений гестационного процесса в Кыргызской Республике, на формирование которой влияет высокогорное расположение страны, что находит подтверждение и в зарубежных исследованиях. Внутриутробная гипоксия плода находит выражение в таких клинических проявлениях, как гипотрофия, высокая частота асфиксии, нарушение созревания тканей плода с отставанием срока гестации (патологическая

незрелость)[4]. Во многих странах ближнего и дальнего зарубежья большое внимание уделяется антенатальной охране плода, направленной на устранение факторов, отрицательно влияющих на формирование и развитие зародыша и плода, предупреждение врожденной патологии. Опыт зарубежных стран показал, что профилактическое назначение фолатов и витаминов группы В, а также коррекция диеты значительно снижают частоту развития пороков нервной трубки у плода. Профилактика ДНТ приобрела масштабы Национальных программ здоровья во многих развитых странах. Например, в США и Канаде ввели в действие программу по обогащению зерновых фолатами, прежде всего для снижения риска рождения детей с ДНТ, на фоне которой число новорожденных с ДНТ уменьшилось на 19 % [3]. В ряде стран предпочитают проводить программы, направленные на профилактическое использование фолатсодержащих препаратов женщинами детородного возраста. По данным многоцентрового исследования, проведенного в 33 клинических центрах Англии (обследованы 1817 женщин), более 75 % случаев ДНТ можно предотвращать с помощью назначения фолиевой кислоты и витамина В12 [3].

**Выводы:**

По результатам исследования, предложен опыт зарубежных стран по профилактике ДНТ в виде проекта «Врожденные и приобретенные заболевания ЦНС у детей в условиях высокогорья и радиоактивных хранилищ», в

рамках которого будет проводиться обогащение зерновых культур фолиевой кислотой. Необходимо повышение образованности женщин детородного возраста о принципах планирования беременности, раннего становления на учет у семейных врачей, приема фолиевой кислоты до наступления предполагаемой беременности, проведение медико-профилактические осмотров.

Профилактика ВПР является одной из самых эффективных мер по сохранению не только здорового генофонда, но и позволяет извлечь из этого социальную и экономическую выгоду, в виду сокращения первичной инвалидности и соответственно социальных выплат.

**Литература:**

1. Бадалян Л.О., Детская неврология. 2 изд. Ташкент: медицина, 1983, 412 стр. с ил.
2. Шестова Е.Л., Евтушенко С.К. Мальформации головного мозга: клино-радиологические проявления // Международный неврологический журнал. 2010. №21..
3. В.О. Бицадзе, А.Д. Макацария. Принципы профилактики развития дефектов нервной трубки плода // 2007. №1.
4. К.А. Узенова -Частота и факторы риска формирования гестационной анемии у жительниц разных высот, НЦОМиД (г. Бишкек, Республика Кыргызстан)
5. Тянтерева С.Г. Морфогенез и патологическая анатомия венозного протока в норме и в условиях развития внутриутробной гипоксии плода: дис. . канд. мед. наук: 14,00,15. 2007.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ  
МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Бактыбек кызы Н., Мамбетова М.К., Береговой А., Юрчук А.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И. К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе проведен ретроспективный анализ 114 историй болезней детей, в возрасте от 2 мес. до 14 лет, госпитализированных в РКИБ в 2015г. с диагнозом менингококковая инфекция генерализованные формы (менингит, менингит+менингококкемия, менингококкемия). Всем больным проводилось комплексное обследование, применялись общеклинические, бактериологические, рентгенологические методы исследования. Выявлены клинико-эпидемиологические особенности менингококковой инфекции: рост заболеваемости среди детей старшего возраста, преобладание тяжелых форм болезни с развитием осложнений.

**Ключевые слова:** дети, менингококковая инфекция, осложнения, диагностика, лечение.

**БАЛДАРДАГЫ МЕНИНГОКОКК ЧАКЫРГАН ДАРТЫНЫН КЛИНИКАЛЫК  
ӨЗГӨЧҮЛҮКТӨРҮ**

**Бактыбек кызы Н., Мамбетова М.К., Береговой А., Юрчук А.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Республикалык жугуштуу оруулар бейтапканасында 2015 жылы менингококк чакырган дарты (менингит, менингит + менингококкемия, менингококкемия) менен орууган 2 айдан 14 жашка чейинки 114 балдардын бейтап баяны изилденген. Бардык бейтаптарга клиникалык, эпидемиологиялык, бактериологиялык, рентгенологиялык изилдөөлөр жүргүзүлгөн. Менингококк чакырган дартынын клиникалык, эпидемиологиялык өзгөчүлүктөрү аныкталган: чоң балдар ооруга көбүрөөк чалдыгаары жана оруунун оор түрлөрү жана өтүшүп кетүүсү аныкталган.

**Негизги сөздөр:** Балдар, менингококк дарты, оорунун өтүшүп кетүүсү, дартты аныктоо, дарылоо.

**CLINICAL FEATURES OF GENERALIZED FORMS OF MENINGOCOCCAL  
INFECTION IN CHILDREN**

**Bactybek N., Mambetova M.K., Beregovoy A., Yurchuk A.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Biskek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The paper presents a retrospective analysis of 114 case histories of children, aged 2 months to 14 years, admitted to Republican clinical infectious disease hospital in 2015, diagnosed with meningococcal disease, generalized form (meningitis, meningitis + meningococemia, meningococemia). All patients underwent a comprehensive examination, applied clinical, bacteriological, radiological methods of research. Identified clinical and epidemiological features of meningococcal infection: an increased incidence among older children, the prevalence of severe forms of the disease with complications.

**Keywords:** children, meningococcal infection, complications, diagnosis, treatment.

**Введение.**

В структуре детских инфекционных болезней с поражением ЦНС менингококковая инфекция имеет устойчивый статус актуальной проблемы. Это обусловлено частотой тяжелых форм болезни, осложнений, развитием остаточных явлений, высокой летальностью.

В настоящее время этиологическая структура острых бактериальных менингитов характеризуется полиэтиологичностью, эпидемическим распространением среди детей раннего возраста, и трудностью управления уровнем заболеваемости% [2,3].

Одним из наиболее частых этиологических факторов бактериального менингита в России являются *Neisseria meningitidis* (60%), *Streptococcus pneumoniae* (30%) и *Haemophilus influenzae* (10%). Генерализованные формы менингококковой инфекции вызывают наибольшую озабоченность в мире из-за эпидемических подъемов заболеваемости, которые обусловлены серологическими группами «А», «В», «С». По данным ВОЗ, менингококковая инфекция регистрируется более чем в 155 странах мира, при этом уровень заболеваемости в отдельных регионах мира различен. По-прежнему высока заболеваемость менингококковой инфекцией в Австралии, в странах Европейского континента. В США показатель

заболеваемости составил от 2,5 до 3,5 случаев на 100 тыс. населения, в России – 3,0 на 100 тыс., частота фатальных исходов при менингококковом менингите достигает до 10%[1,3].

В странах Центральной Азии гнойные менингиты, вызванные *Neisseria meningitidis* занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и летальности как у детей раннего возраста, так и у детей старшего возраста, так как менингиты другой этиологии не регистрировались. Территория Кыргызстана относится к региону с высоким уровнем заболеваемости менингококковой инфекцией, которая периодически достигает эпидемического порога. Трудности лабораторной диагностики, дороговизна реактивов не позволяют исчерпывающе оценить эпидемиологическую обстановку, напряженность эпидемического процесса острых бактериальных менингитов различной этиологии.

В Кыргызстане рост заболеваемости менингококковой инфекции и отмечается с 2004г., затем в 2008г. и в последние годы отмечается рост менингококковой инфекции среди детей старшего возраста, подростков и взрослых (Рис.1).

Рост заболеваемости обусловлен за счет г. Бишкек (15,7 на 100 тыс.) и г. Ош (19,4 на 100 тыс.), где за 5 мес.

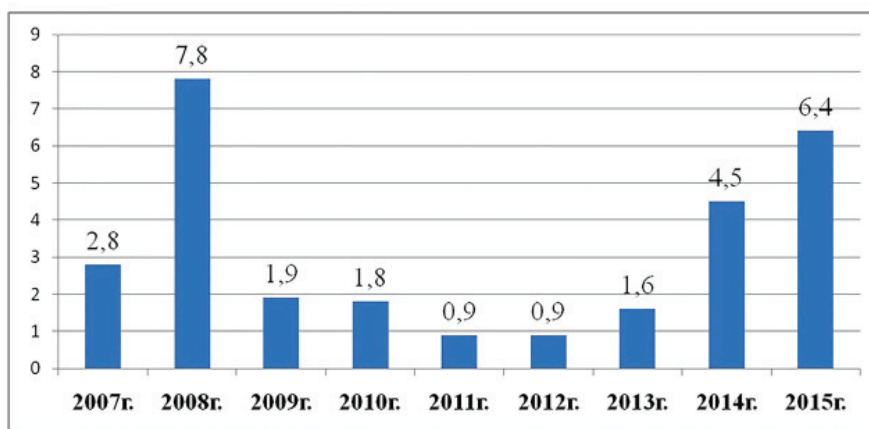


Рис. 1. Заболеваемость менингококковой инфекцией (интенсивный показатель)

зарегистрировано 145 и 52 случаев соответственно.

Таким образом, на современном этапе актуальность острых бактериальных менингитов (ОБМ), в том числе менингококковой инфекции определяется поражением ЦНС, частотой тяжелых, осложненных форм болезни, высокой летальностью. Поэтому, необходим поиск эффективных лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и летальности среди детей.

#### Цель исследования.

Представить клинико-эпидемиологические особенности генерализованных форм менингококковой инфекции у детей на современном этапе.

#### Материал и методы.

В 2015г. в Республиканскую клиническую инфекционную больницу было госпитализировано 114 детей, в возрасте от 2 мес. до 14 лет, больных генерализованной формой менингококковой инфекции (менингит, менингит + менингококкцемия, менингококкцемия).

Для диагностики и лечения использовались клинические, бактериологические, биохимические, рентгенологические, ультразвуковые исследования. У всех больных имело место бактериологическое подтверждение этиологического диагноза.

#### Результаты и обсуждение.

Возрастная структура госпитализированных детей, распределилась следующим образом: дети до 1 года - 20 (17,5%), от 1-3 лет - 28 (24,6%), 4-7 лет - 19 (16,7%), 8-11 лет - 21 (18,4%), 10-14 лет - 26 (22,8%), среди заболевших преобладали дети старшего возраста. Среди наблюдаемых больных преобладали городские (75,4% – 24,6%) дети. Подъем заболеваемости менингококковой инфекции отмечался в весенние (73,7%) и зимние (20,2%) месяцы года.

Из анамнеза жизни госпитализированных детей удалось установить, что большинство 94,7% родились доношенными, неблагоприятное течение беременности имело место у 14,1% матерей, было обусловлено развитием токсикоза в первой половине гестоза, угрозой выкидыша, анемией, развитием нефропатии. Осложнения во время родов в 10 (8,8%) случаях (слабость родовой деятельности, стремительные роды, экстренное кесарево сечение, асфиксия плода).

Среди перенесенных заболеваний чаще регистрировались ОРВИ (41,2%), положительный гнойно-септический анамнез (7,9%).

Больные обратились в инфекционный стационар лишь на третий день от начала болезни 103 (90,3%), и только 11 (9,7%) детей - на второй день болезни. В большинстве случаев больные поступили в поздние сроки, так как третий день болезни для этой инфекции считается запоздалой диагностикой с вероятностью неблагоприятного течения и исхода. За помощью в медицинские учреждения различного уровня обратились 77 (67,5%) больных, которым своевременно был выставлен диагноз менингококковая инфекция и направлены на госпитализацию в РКИБ. Так, направлены другими стационарами 25 (21,9%) больных, по «Скорой» доставлены 19 (16,6%), из ЦСМ, частных МЦ - 13 (11,4%). Среди этих детей, каждый второй (50,0%) был сразу госпитализирован в отделение реанимации по тяжести состояния, где находился на лечении от 1 до 3-х дней (78,8 %). Поступившие без направления составили 37 (32,5%), среди которых 16 детей, сразу госпитализированы в РИТ, что свидетельствует о низкой настороженности родителей, а также дефектах работы первичного звена.

Диагнозы при направлении были следующими: ОРВИ, фебрильные судороги, менингококковый менингит, менингококкцемия, энтеровирусная инфекция, реже острая кишечная инфекция.

Структура клинических диагнозов, установленных в стационаре: менингококковый менингит + менингококкцемия 35 (30,7%), менингококковый менингит 7 (6,2%), менингококкцемия 72 (63,1%).

Осложнения с поступления были следующего характера: отек головного мозга 4 (3,6%), инфекционно-токсический шок 15 (13,2%).

Детальный анализ историй болезней выявил преморбидный фон: анемия 33 (29,0%), ГИЭ 18 (15,8%), пневмония 5 (4,4%), герпетическая инфекция 4 (3,5%). На учете у невропатолога состояли 12 (10,5%) детей грудного возраста, по поводу ГИЭ, судорожного синдрома, однако, лечение получали не регулярно.

Негативное влияние на течение болезни оказывала также внутрибольничная суперинфекция, выявленная в 7 (6,1%) случаях: ОКИ неуточненной этиологии на 5-6 дни лечения в стационаре.

Клиническая картина менингита была следующей: острое начало болезни, с повышения температуры до высоких цифр 38,5 – 39,0С. Длительность лихорадки составила от 1 до 4 дней (1 день – у 5; 2 дня – у 51; 3 дня – у 52; 4 дня – у 3; 5 дней – у 3 больных).

Симптомы интоксикации имели место у всех больных. Выраженность интоксикации зависела от степени тяжести заболевания. Чем тяжелее протекало заболевание, тем больше проявлялась интоксикация 98 (85,8%) и дольше сохранялась (от 3-х до 6 дней). В то время как при среднетяжелых формах болезни интоксикация проявлялась от 2-х до 4-х дней. Жалобы на выраженную головную боль отмечались в 36% и сохранялись от 2 до 6 дней. Повторная рвота была выявлена у 38 (28,9%) больных и продолжалась от 1 до 3 дней. Нарушение сознания выявлено у 4 (3,9%) больных, в течение от 1-3 суток. Судороги тонико-клонического характера наблюдались в 15% случаях у детей раннего возраста, продолжительностью от 1-3 суток. Монотонный «мозговой» крик отмечали в 17,5% случаев, у детей грудного возраста, в течение 2-х суток. Признаки гиперестезии в виде беспокойства, раздражительности в 15,1% случаев, чаще у детей раннего возраста, сохранялись от 1 до 3-х дней. Быстро развивались менингеальные знаки в 31 (73,8%) случае: ригидность мышц затылка, симптом Кернинга, симптом подвешивания достоверно определялся у всех детей грудного возраста. Менингеальные знаки сохранялись от 2 до 5 дней.

У детей грудного возраста определялось выбухание большого родничка в течение 2-4 дней.

Геморрагическая сыпь у больных с менингококкцией имела звездчатую форму, не симметричная в 107 (93,8%) случаев. Размеры геморрагической сыпи были от мелких до крупных геморрагий (35,5%), которые были с участками некроза. Во всех случаях с локализацией сыпи на нижних конечностях, ягодицах, реже на верхних конечностях в 2-х случаях, сохранялась от 3 до 7 дней.

Всем больным проведены лабораторные исследования. Анализ спинномозговой жидкости, взятый у 39 больных показал, что ликвор был мутным, прозрачность неполная, жидкость вытекала под

давлением, а также выявлено повышение количества полиморфноядерных нейтрофилов от 170 до цифр цитоз не поддается счету, белок 1,0 – 1,55 г/л, глюкоза ликвора 2,2 – 2,4, осадочные пробы резко положительные. Бактериологический исследования ликвора показали положительные результаты лишь в 17 случаях: *Neisseria meningitidis* группы «А» в 16 случаях и в одном случае *Neisseria meningitidis* группа «В». Бактериологические исследования слизи из зева были положительными в 11 случаях (выделение *Neisseria meningitidis*); гемокультура в 6 случаях; анализ периферической крови в 80% имел воспалительный характер (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, ускоренную СОЭ).

Лечение больным проводилось в зависимости от тяжести и клинических особенностей течения болезни. Во всех случаях больные получали монотерапию, антибиотики цефалоспоринового ряда цефтриаксон. Пребывание больных на койке от 5-15 дней.

Выписка из стационара проводилась по мере клинического и лабораторного выздоровления.

## Выводы.

1. Наблюдается неуклонный рост заболеваемости менингококковой инфекции, тенденция вовлечения в эпидемический процесс детей старшего возраста.

2. К факторам риска в развитии тяжелых генерализованных менингококковой инфекции относятся: ранний возраст, скученность проживания в городе, низкие социально-бытовые условия, преморбидный фон детей,отягощенный ГИЭ.

3. К клиническим особенностям менингококковой инфекции у детей являются преобладание менингококкцемии (63,1%) над изолированным (без коккцемии) менингитом (6,2%), частота тяжелых и осложненных форм.

## Литература:

1. Сорокина М.Н. Бактериальные гнойные менингиты у детей. Вакцинация 1999 №2 (2).
2. Black S. , Shinefield H.R., Hansen J. et. al. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2013, 20 (12):1105-1107.
3. Geslin P, Fremaux A, Sissia G. *Med Mal Infekt* 22: 66-71, 2012.

## КЛИНИКО - ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

**Баялиева М.М., Хатамов М.З., Зулпукарова Н., Мамбетова А.И., Кадырова Р.М.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе даны результаты обследования 33 больных детей с внутрибольничными пневмониями, находящихся на искусственной вентиляции легких (ИВЛ) в отделении реанимации и интенсивной терапии, а также 42 детей с ОРВИ, получавших иммуномодулятор-амизон для профилактики внутрибольничной пневмонии. Рассчитаны диагностические показатели риска развития внутрибольничных пневмоний у детей.

**Ключевые слова:** дети, внутрибольничная пневмония, эпидемиология, диагностика, лечение, амизон.

## ЖАШ БАЛДАРДЫН БЕЙТАПКАНАДА ЖАТКАН ЖУГУШТУУ ӨПКӨНҮН СЕЗГЕНИШИНИН КЛИНИКАЛЫК ЖАНА ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

**Баялиева М.М., Хатамов М.З., Зулпукарова Н., Мамбетова А.И., Кадырова Р.М.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Республиканын жугуштуу оорулар бейтапканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бейтапканадагы жандандыруу бөлүмүндө жаткан жугуштуу өпкөнүн сезгениши менен ооруган 33 ымыркай балдардын бейтап баяны изилденген жана дем алуу органдарындагы вирус козгоочу курч кармаган жугуштуу оорулары менен ооруган 42 балага амизон даарысы өпкөнүн сезгенишин алдын алуу үчүн колдонулган. Бейтапканадагы жугуштуу өпкөнүн сезгениши менен ооруган балдардын өнүгүү коркунучунун диагностикалык көрсөткүчтөрү эсепке алынды.

**Негизги сөздөр:** балдар, бейтапканадагы жугуштуу өпкөнүн сезгениши, эпидемиология, аныктоо, дарылоо, амизон.

## CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF NOSOCOMIAL PNEUMONIA IN CHILDREN

**Bayaliev M.M., Hatamov M.Z., Zulpukarova N., Mambetova A.I., Kadyrova R.M.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Republic clinical infection hospital

Biskek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The analyses of case histories of 33 infants with nosocomial pneumonias, hospitalized in the department of resuscitation and intensive therapy and was on artificial lung ventilation (ALV) and 42 children from the SARS receiving an immunomodulator-amizon for prevention of intrahospital pneumonia. Diagnostic indicators of risk of development of intrahospital pneumonia in children are calculated.

**Keywords:** children, nosocomial pneumonia, epidemiology, diagnostics, treatment, amizon.

### Введение.

Внутрибольничная пневмония (ВП) является одним из наиболее часто встречающихся нозокомиальных заболеваний, особенно у больных детей находящихся в отделении интенсивной терапии [1]. ВП характеризуется частотой тяжелых форм болезни, полиэтиологичностью, высоким риском неблагоприятного исхода из-за резистентности возбудителей к антибактериальной терапии, а также частоты использования ИВЛ. Инфицирование нередко происходит при манипуляциях (катетеризация, бронхоскопия, торакоцентез). Пневмония, которая развивается в первые 72 часа лечения на ИВЛ, вскоре после поступления, обычно обусловлена аутофлорой — пневмококком, *H. influenzae*, *M. pneumoniae*. Если ребенок находится на ИВЛ больше 4-х суток происходит смена микрофлоры на *P. aeruginosa*, *Acinetobacter*, *K. pneumoniae*, *Serratia*, *S. Aureus*. Частота внутрибольничной пневмонии составляет 5–10 случаев на 1000 госпитализаций, причем в 6–20 раз выше у больных, находящихся на ИВЛ. Этиологическая структура внутрибольничной пневмонии в последние годы выглядит следующим образом: *P. aeruginosa* – 19 %, *E. coli* и *S. aureus* – по 16 %, *Enterococcus* spp. – 12 % и *B. fragilis* – 11 % [2, 4]. В тоже время, ряд исследователей считают [3], что на первом месте стоит *Enterococcus* spp. (21 %), далее следуют *E. coli* (19 %) и

*Enterobacter* spp. (12%). Характер микрофлоры зависит от профиля стационара и эпидемиологического режима. В качестве больничных возбудителей в педиатрических стационарах чаще других выступают кишечная палочка, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus* spp., цитробактеры, эпидермальный или золотистый стафилококк [4,3].

Развитие ВП увеличивает длительность пребывания в стационаре в среднем на 7–9 дней, а дополнительные расходы на лечение одного больного с ВП в США составляют более 40 тыс. долларов. Причинами высокой летальности при внутрибольничных пневмониях являются трудности диагностики, а также несвоевременное и нерациональное назначение антибактериальной терапии. В связи с этим вопрос этиологической диагностики внутрибольничных пневмоний, определяющей тактику антибактериальной терапии, остается актуальным [1,3].

**Целью** исследования – представить клинико-эпидемиологические критерии диагностики внутрибольничной пневмонии у детей.

### Материал и методы исследования.

Нами проведено обследование 33 детей с внутрибольничной пневмонией, получавших стационарное лечение на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) в отделении интенсивной терапии находившихся на ИВЛ в период

с 2013 по 2014 годы и одновременно 42 детей старше 3 лет с ОРВИ получавших иммуномодулятор – амизон в сравнении с рондамизированной (43), контрольная группа (не получавшие этот препарат).

В процессе диагностики были использованы эпидемиологические, общеклинические, бактериологические (исследование слизи, мокроты из интубационной трубки, используя усовершенствованный метод забора биоматериала для достоверного определения этиологического фактора внутрибольничной пневмонии), функциональные (УЗИ головного мозга, рентгенологические) методы исследования. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы SPSS.

## Результаты и их обсуждение.

Этиологическая расшифровка внутрибольничной пневмонии проводилось у всех (33) больных и представлены следующими возбудителями: *Staphylococcus epidermidis* - 30,3%; *Streptococcus haemolyticus* - 27,3%; *Pseudomonas aeruginosa* - 9,1%; *E.coli* - 9,1%; *Citrobacter diversus* - 9,1% и *Staphylococcus aureus* - 6,1% Отрицательные результаты бактериологического исследования отмечались у 9,0% (рис.1).

Эти данные свидетельствуют о множестве этиологических факторов внутрибольничной пневмонии, а преобладание *Staphylococcus epidermidis* вероятно можно интерпретировать технической погрешностью при заборе материала, но также массивный рост (более  $10^6$ ) не исключает ее роли в развитии воспалительного прогресса.

Внутрибольничная пневмония наиболее часто встречается у детей первых шести месяцев жизни и представлен: от 0- 3 месяцев жизни – 39,4%, от 4-6 мес. – 21,2%, 7-9 мес. – 6,1%, 10-12 мес. – 9,1% и старше года -24,2% больных. Среди заболевших 39,4% детей были жителями города Бишкек, из сельской местности и временно проживающих было 60,6%, которые поступали в РКИБ по тяжести состояния из близких к городу Бишкека районов. Дети с ВП находились на раннем смешанном и искусственном вскармливании (51,5% - 12,1%), грудное вскармливание получали 33,3% детей.

При выяснении анамнеза жизни больных установлены частые перенесенные заболевания (60,6%), патология беременности и родов в 42,4% случаев, анемия-58,1%, гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ) - 25,8%.

Таким образом, частые перенесенные инфекции, нерациональное вскармливание, отягощенный преморбидный фон у детей раннего возраста способствовали снижению иммунитета, облегчало развитие внутрибольничной пневмонии.

При развитии ВП у детей на 3-5 день госпитализации отмечалось ухудшение состояния на фоне ИВЛ 72,7%, которая проводилась в ОРИТ по клинико-лабораторным показаниям (выраженная ДН, показали сатурации кислорода и др.). Кроме этого, 27,3% детей поступили повторно в инфекционный стационар через 2-4 день после выписки из стационаров, из них 21,2% детей, переведены из других стационаров города в инфекционную больницу.

В основном 90,9% детей поступили сразу в отделение РИТ, и лишь 9,1% больных поступили в отделение реанимации через другие отделения РКИБ, что указывает на тяжесть состояния детей до поступления в стационар. Скорой медицинской помощью были доставлены 39,4% больных, врачами центра семейной медицины (ЦСМ) Бишкек были направлены 32,2%. Без направления врачей, но в тяжелом состоянии поступили 7,2% детей, так как не всегда можно быстро ожидать машину «скорой помощи». Дети поступали в стационар в среднем на  $4,3 \pm 1,4$  день от начала основного заболевания из-за недооценки тяжести их состояния участковыми врачами и родителями.

Анализ спектра клинического диагноза, с которым дети находились на лечении в отделении реанимации и интенсивной терапии, показал, что в основном дети были с пневмонией - 69,8% случая, пневмония + ОКИ- 18,2%, коклюш+пневмония - 6,0%, корь+пневмония - 3,0%, менингит+пневмония - 3,0% детей (рис.2).

Основными жалобами были повышение температуры тела от  $37,5^{\circ}\text{C}$  и выше  $38,5^{\circ}\text{C}$  и другие симптомы интоксикации в течение  $7,0 \pm 3,1$  дней,

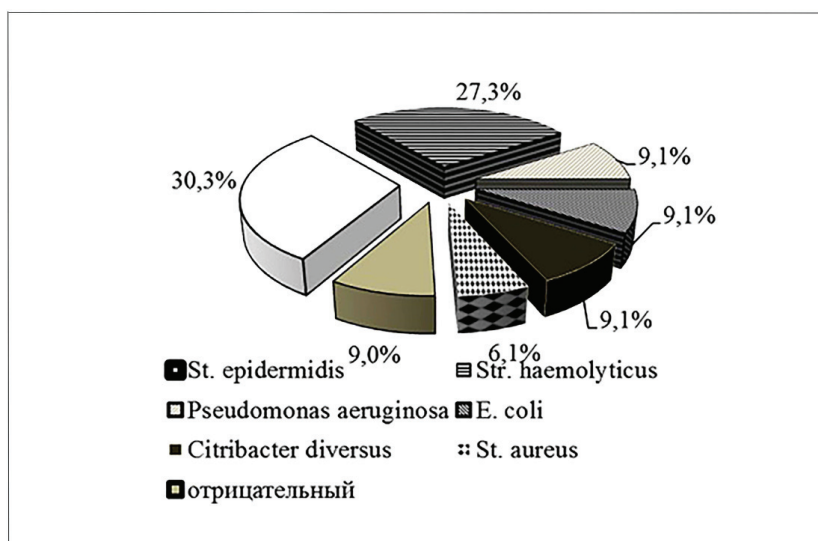


Рис. 1. Этиологическая расшифровка внутрибольничной пневмонии.

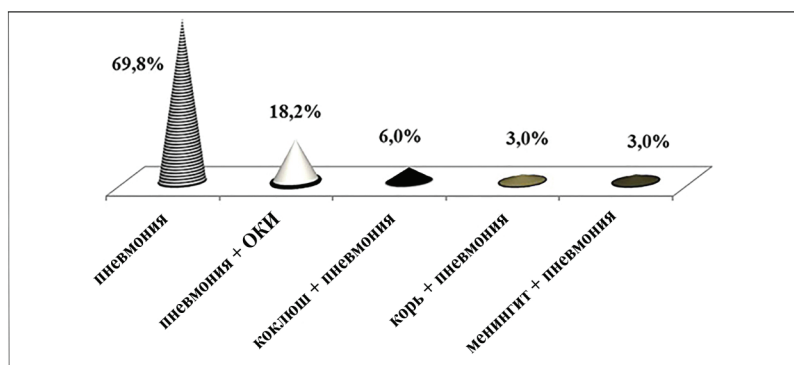


Рис. 2. Структура клинических диагнозов у больных с внутрибольничной пневмонией

Таблица 1.

Диагностическая таблица показателей риска развития внутрибольничной пневмонии

| Показатели                             |               | ВП  | Возможность развития ВП (±) |
|----------------------------------------|---------------|-----|-----------------------------|
| Возраст                                | До 1 года     | 1,3 | +                           |
|                                        | От 1 до 3 лет | 1,0 | +                           |
|                                        | > 3 лет       | 0,1 | -                           |
| День болезни                           | > 3 дней      | 0,4 | -                           |
| Койко -<br>дней                        | 1-5 дней      | 0,7 | -                           |
|                                        | 6-10 дней     | 0,7 | -                           |
|                                        | >10 дней      | 1,3 | +                           |
| Длитель-<br>ность пребывания<br>в ОРИТ | 1-5 дней      | 1,6 | +                           |
|                                        | 6-10 дней     | 2,2 | +                           |
|                                        | >10 дней      | 2,3 | +                           |
| ГИЭ/ВЧГ                                |               | 1,1 | +                           |
| Гипотрофия                             |               | 1,0 | +                           |
| Тяжелая интоксикация                   |               | 1,0 | +                           |
| Нарушение гемодинамики                 |               | 1,2 | +                           |
| Рвота                                  |               | 1,0 | +                           |
| Одышка                                 |               | 1,3 | +                           |
| Судороги                               |               | 1,1 | +                           |
| Часто болеющий ребенок                 |               | 1,0 | +                           |
| ОГМ                                    |               | 1,3 | +                           |
| Дыхательная недостаточность            |               | 1,2 | +                           |
| ДВС-синдром                            |               | 1,3 | +                           |
| ИВЛ                                    |               | 1,3 | +                           |
| Не привитые                            |               | 0,3 | -                           |
| Анемия                                 |               | 1,1 | +                           |
| Лейкоцитоз >10 <sup>9</sup>            |               | 1,2 | +                           |

Возникновение внутрибольничных инфекций возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более.

Таблица 2.

Частота симптомов у детей с внутрибольничными ОРВИ при применении в лечении амизона или «амизончика»

| Симптомы                         | ОРВИ+амизон<br>(42 больных)<br>М ± m, % | ОРВИ<br>контрольная<br>(43 больных)<br>М ± m, % | P        |
|----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|----------|
| Лихорадка<br>до 37,5°C. – 38,9°C | 81,0 ± 6,7                              | 32,6% ± 10,5                                    | P<0,05   |
| Лихорадка выше 39,0°C            | 19,0 ± 6,1;                             | 67,4 ± 8,7;                                     | P <0,05  |
| Умеренная интоксикация           | 78,2 ± 7,2                              | 33,6 ± 11,2                                     | P <0,05  |
| Выраженная интоксикация          | 21,8 ± 7,2                              | 66,4 ± 8,7                                      | P <0,05  |
| Рвота                            | 21,5 ± 7,1                              | 24,0 ± 7,5                                      | P < 0,05 |
| ОСЛГ                             | 19,1 ± 6,2                              | 53,5 ± 10,3                                     | P < 0,05 |
| Осложнения                       | 45,3 ± 11,4                             | 83,7 ± 6,1                                      | P < 0,05 |
| Пневмония с ДН                   | 9,5 ± 3,1                               | 32,6 ± 9,2                                      | P >0,05  |

катаральные явления, беспокойство, часто судороги, одышка. Выявлены локальные изменения в легких (укорочение легочного звука, ослабление дыхания, крепитирующие и реже свистящие хрипы).

Факторами риска развития внутрибольничной пневмонии является ранний возраст, лечение в отделении реанимации, а также пребывание в профильном отделении более 10 дней, отягощенный преморбидный фон (ГИЭ, нарушение питания), выраженность токсикоза, развитие неотложных состояний (ДН, ДВС, ОГМ), воспалительная картина периферической крови. Заболевания у абсолютного большинства больных протекало в тяжелой форме (табл.1).

Биохимические исследования крови выявило низкий уровень средних показателей общего белка ( $54,9 \pm 12,2,0$  г/л), протромбинового индекса ( $82,5 \pm 16,6\%$ ), фибриногена ( $300,9 \pm 72,9$  г/л), что свидетельствует о развитии ситуационного ДВС- синдрома.

Выписаны домой с улучшением - 51,5%, переведены в другой стационар по поводу сопутствующих неврологических заболеваний - 18,2%, неблагоприятный исход был у каждого четвертого больного (24,2%) с внутрибольничной пневмонией. Средняя продолжительность пребывания детей в отделении РИТ инфекционного стационара составила  $12,6 \pm 4,2$  койко-дней.

Для профилактики внутрибольничной пневмонии мы применяли иммуномодулятор-амизон у детей с ОРВИ. Для этого обследованные дети были разделены на 2

группы: I группа - 42 больных ОРВИ детей, получавшие амизон и контрольная группа 43 больные с ОРВИ не получавшие данный препарат. Оказалось, что при использовании амизона частота симптомов интоксикации была достоверно ( $P < 0,05$ ) меньше и в 3 раза реже развивалась пневмония (табл.2).

Таким образом, основными возбудителями внутрибольничных пневмонии у детей раннего возраста в 91,0% случаях является условно патогенная флора (*Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus haemolyticus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E. Coli*, *Citrobacter diversus* и *Staphylococcus aureus*). Внутрибольничные пневмонии чаще развиваются на 3-5 день пребывания в стационаре у детей первого года жизни и реже развиваются на фоне применения иммуномодулятора (амизон).

### **Литература:**

1. Учайкин, В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии: Практическое руководство [Текст] / В.Ф. Учайкин, В.П. Молочный. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 256 с.
2. Карабак, В.И. Микробиологический мониторинг за возбудителями нозокомиальных инфекций (на примере отделений реанимации и интенсивной терапии) [Текст] / В.И. Карабак // Антибиотики и химиотерапия. - 2000. - № 3. - С. 20-23.
3. Пагава К.И. Система энергетического обеспечения и антиоксидантной защиты у новорожденных при острой и хронической гипоксии [Текст] / К.И. Пагава, Э.Д. Оболадзе, Е.А. Чикобава и соавт. // Педиатрия. - 2003. - №1. - С.34-35.
4. *Pediatric infectious diseases: principles and practice. Second ed.* by B. Jenson., R.S. Baltimor - Philadelphia, 2009.- P. 771-778.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОБСТРУКТИВНОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

**Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М.**

Кыргызско-Российский славянский университет им. Б.Н.Ельцина  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Острый обструктивный бронхит широко распространен у детей раннего возраста и имеет постоянную склонность их увеличения на территории Кыргызской Республики. В статье приведены результаты изучения клинических особенностей острого обструктивного бронхита (ООБ) у 98 детей раннего возраста. Определены особенности ведущих симптомокомплексов у детей различных возрастных групп.

**Ключевые слова:** острый обструктивный бронхит, дети раннего возраста.

## ҮЧ ЖАШКА ЧЕЙИНКИ БАЛДАРДЫН КУРЧ МЕЗГИЛДЕГИ ОБСТРУКТИВДҮҮ БРОНХИТТИН КЛИНИКАСЫНЫН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

**Боконбаева С.Дж., Апсаматова Н.М.**

Б.Н.Ельцин атындагы Кыргыз-Орус славян университети  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кыргыз Республикада үч жашка чейинки балдардын курч мезгилдеги обструктивдүү бронхити көп кездешет жана аябай өсүүдө. Бул макалада 98 үч жашка чейинки балдардын курч мезгилдеги обструктивдүү бронхитинин клиникасынын өзгөчөлүктөрү көрсөтүлгөн. Негизги симптомокомплексдерин аныктоосу жана серологиялык изилдөөсү менен диагноздун туура коюлушу көрсөтүлгөн. **Негизги сөздөр:** курч мезгилдеги обструктивдүү бронхит, үч жашка чейинки балдар.

## CLINICAL FEATURES OF A CURRENT IT IS BRONCHIAL OBSTRUCTION AT CHILDREN OF EARLY AGE

**Bokonbaeva S. Dj., Apsamatova N.M.**

B.N. Yeltsin Kyrgyz-Russian Slavic University  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Acute obstructive bronchitis is widespread in young children and has a constant tendency to increase them in the territory of the Kyrgyz Republic. The results of the study of the clinical features of bronchial obstruction in 98 infants. The leading syndromes for carrying out the serological of researches for statement of the diagnosis are defined.

**Key words:** bronchial obstruction, children of early age.

### Актуальность.

Заболевания органов дыхания у детей являются одной из наиболее важных проблем педиатрии. Несмотря на успехи последних лет, достигнутых в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания, во всем мире отмечается тенденция к увеличению распространенности болезней легких и бронхов среди детей [1,2]. Как правило, первый эпизод обструкции бронхов в 72% случаев развивается у детей раннего возраста, чаще на первом году жизни [3].

Среди детей раннего возраста 1-3 лет, острый обструктивный бронхит (ООБ) является одной из частых форм поражения органов дыхания [4,5,6,7,8]. Так, по данным Медико-Информационного Центра (МИЦ) МЗ КР в стране в 2014 году под шифром «острые респираторные инфекции нижних дыхательных путей» зарегистрировано до 1-года 14221 случай, а от 1-го до 4-х лет - 29514 случаев. Из них впервые до 1 года отмечено 13340 случаев, а до 4-х лет - 28091 случай.

На нашей клинической базе – 3-ей ГДКБСМП – так же отмечена высокая заболеваемость ООБ, которая стоит на одном из первых мест детской заболеваемости. Так, из всех поступивших больных ООБ наблюдался в 2013 году у 1600 (69,74%), в 2014 году – у 1384 (66,85%), и в 2015 году – у 1318 (59,0%) больных детей. В связи с вышеизложенным проведение специальных исследований с изучением возрастных клинических особенностей ООБ является актуальным и значимым.

Чаще всего клиника ООБ проявляется

у детей первых лет жизни, что обусловлено морфофункциональными особенностями органов дыхания: узостью дыхательных путей, недостаточной эластичностью легких, недостаточной выработкой сурфактанта, мягкостью хрящей бронхиального дерева, недостаточной ригидностью грудной клетки, склонностью к развитию отеков, гиперсекрецией вязкой слизи, слабым развитием гладких мышц бронхов [9].

Анатомо-физиологические особенности органов дыхания и вегетативная ориентация детей раннего возраста обуславливают значительную частоту бронхиальной обструкции и характерные особенности его клинических проявлений. Так, ведущим в развитии нарушения проходимости бронхов при обструктивном бронхите (ОБ) является выраженный отек слизистой оболочки бронхов и гиперсекреция вязкой слизи, в отличие от бронхиальной астмы, при которой основой нарушения бронхиальной проходимости является бронхоспазм [10].

### Цель исследования.

Изучить клинические особенности течения острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.

### Материал и методы исследования.

Представлены результаты клинического наблюдения и обследования 98 детей с острым обструктивным бронхитом, в возрасте от 2 до 35 месяцев.

В соответствии с возрастной периодизацией были сформированы 2 группы: первая до 1 года (дети грудного возраста) - 65 детей (66,3%), и вторая 1-3 лет (дети раннего

возраста) - 33 детей (33,7%).

Клиническая оценка состояния здоровья детей проводилась по общепринятым критериям. Была разработана специальная анкета, включающая 154 вопроса.

По шкале предложенной Talet. al. (1983) в модификации в 2007 г. Г.В. Быковой [11] определялась степень тяжести ООБ. Оценка степени выраженности ООБ оценивалась в баллах: бронхообструктивный синдром отсутствует -0-1 балл; бронхиальная обструкция I степени -2-4 балла; бронхиальная обструкция II степени - 5-8 баллов; бронхиальная обструкция III степени -9-12 баллов (табл.1).

Статистическую обработку результатов проводили с использованием статистических непараметрических критериев, не зависящих от характера распределения СПСС. Применялись методы доказательной медицины с использованием распределений параметров на нормальность критериев Колмогорова-Смирнова. Для всех исследуемых параметров в каждой группе детей в зависимости от распределения рассчитывали: описательные статистики, при нормальном распределении – среднее значение, стандартное отклонение среднего; при распределении отличающемся от нормального –95%-ный доверительный интервал. Достоверность различий

между группами детей для количественных показателей, имеющих нормальное распределение, рассчитывали по Т-критерию для независимых выборок. Для сравнения долей использован z-критерий. При непараметрическом распределении использовали критерий Манн-Уитни, а при параметрическом распределении использован TestIndependent. Различия считались достоверными при  $P<0,05$ .

## Результаты исследования и их обсуждение.

Нами установлено, что все 98 больных с ООБ поступали в стационар с клиникой средней и тяжелой степени тяжести. У 57 детей (58%) отмечалась ООБ тяжелой формы и у 41 – й (42%) среднетяжелой формы. При сравнительном анализе этих двух форм по z-критерию, равную 2,14 ( $P<0,04$ ) наблюдалась статистически достоверное преобладание тяжелой степени ООБ над среднетяжелой формой (табл. 2).

В возрастном аспекте тяжелая степень ООБ достоверно чаще ( $P<0,01$ ) отмечалась у детей до 1-го года (первая группа). А у более старших детей 2-ой группы (от 1-го до 3-х лет) тяжелая и среднетяжелая степень тяжести встречалась практически в одинаковом проценте ( $P>0,05$ ) случаев (рис.1).

Истинная средняя величина длительности лихорадки для первой группы 95% ДИ составлял от 1 до 2

**Таблица 1.**  
**Клинические степени тяжести острого обструктивного бронхита.**

| Баллы | Частота дыхания                                                       | Свистящие хрипы                       | Степень выраженности эмфиземы                                                                         | Участие вспомогательной мускулатуры |
|-------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 0     | Соответствует возрастной норме                                        | нет                                   | нет                                                                                                   | нет                                 |
| 1     | 1-2 мес.<50<br>2-12 мес.<40<br>1-5 лет. <30<br>6-8 лет. <25           | Терминальные на выдохе аускультативно | Грудная клетка визуально не вздута, локальный коробочный перкуторный звук                             | +                                   |
| 2     | 1-2 мес.50-60<br>2-12 мес. 40- 50<br>1-5 лет. 30-40<br>6-8 лет. 25-30 | На выдохе и на вдохе                  | Грудная клетка визуально умеренно вздута, коробочный перкуторный звук над всей поверхностью умеренный | ++                                  |
| 3     | 1-2 мес.<60<br>2-12 мес.<60<br>1-5 лет. <40<br>6-8 лет. <30           | Слышны на расстоянии                  | Грудная клетка визуально резко вздута, выраженный коробочный перкуторный звук                         | +++                                 |

**Таблица 2.**  
**Показатель степеней тяжести острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста.**

| Тяжесть острого обструктивного бронхита | Абсолютное число | Относительное число |
|-----------------------------------------|------------------|---------------------|
| Среднетяжелая форма                     | 46               | 47%                 |
| Тяжелая форма                           | 52               | 53%*                |
| Итого                                   | 98               | 100                 |

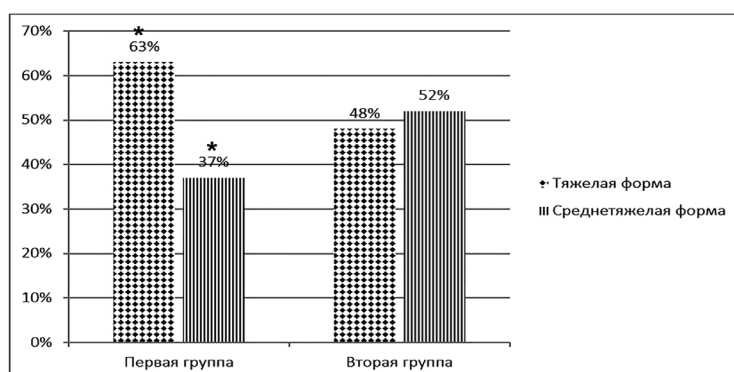


Рис. 1. Частота степени тяжести ООБ у детей различных возрастных групп.

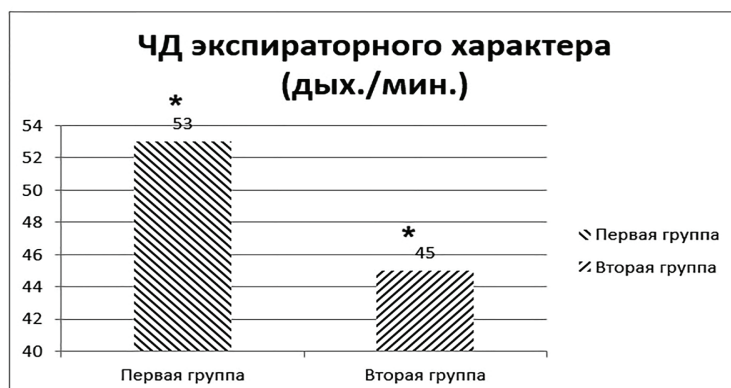


Рис. 2. Показатель частоты дыхания экспираторного характера в минуту у детей 1-й и 2-й групп.

Таблица 3.

Степень тяжести ООБ у больных мальчиков и девочек.

| Пол ребенка | Степень тяжести ООБ |      |         |        |
|-------------|---------------------|------|---------|--------|
|             | Средняя             |      | Тяжелая |        |
|             | n                   | %    | n       | %      |
| Мальчики    | 20                  | 48,8 | 37      | 64,9** |
| Девочки     | 21                  | 51,2 | 20      | 35,1   |
| Итого       | 41                  | 100  | 57      | 100    |

дней, а для второй группы также при 95% ДИ - от 1,03 до 2,16 дней. Следовательно, в обеих исследованных группах длительность лихорадочного периода практически одинакова ( $P>0,05$ ).

ООБ у детей первой группы характеризовался одышкой экспираторного характера с частотой дыхательных движений в среднем  $53 \pm 1,2$  в минуту 95% ДИ от 50 до 55 дых./мин., которая было более выраженной ( $P<0,05$ ) по сравнению со второй группой, где в среднем одышка равнялась  $45 \pm 1,1$  в минуту 95% ДИ от 43 до 47 дых./мин. (рис.2).

Длительность сохраняющейся экспираторной одышки в обеих группах статистически была не достоверна ( $P>0,05$ ). Так в первой группе она равнялась  $3,1 \pm 0,16$  дням, а во второй группе -  $4,27 \pm 0,98$  суток.

Продолжительность сохранения симптомов общей интоксикации для первой группы составил 95% ДИ от 2 до 3 дней, а для второй группы 95% ДИ от 2,26 до 3,4 дней, достоверных различий не выявлено ( $P>0,05$ ).

Нами выявлены достоверные различия по степени

тяжести у больных мальчиков и девочек (табл.3).

Анализ таблицы показывает, что тяжёлой степенью ООБ достоверно чаще ( $P<0,01$ ) болеют мальчики. Это можно объяснить тем, что носителем иммуноглобулина G является X- хромосома. При её поражении у девочек она компенсируется второй X-хромосомой, которая отсутствует у мальчиков.

При непараметрическом распределении критерий Манна-Уитни, для определения достоверности различий в частоте, установили что статистически отличий нет между следующими переменными: продолжительность болезни до поступления в стационар в группах ( $P>0,05$ ), продолжительности пребывания детей в стационаре ( $P>0,05$ ), продолжительность сохранения сухих хрипов ( $P>0,05$ ), на какие сутки начало появления БОС ( $P>0,05$ ), продолжительность температуры тела до момента поступления в стационар  $37,9 \pm 0,9$  °C ( $P>0,05$ ).

#### Выводы:

1. Особенностью современного ООБ является достоверное преобладание тяжёлой степени клинического

течения заболевания над среднетяжёлой степенью ( $P<0,04$ ).

2. Дети грудного возраста достоверно чаще, чем дети раннего возраста, переносят ООБ тяжёлой степени тяжести ( $P<0,01$ ).

3. Более выраженное тахипноэ так же чаще наблюдается у детей 1-го года жизни ( $P<0,05$ ).

4. Имеются половые различия в тяжести клинического течения ООБ. Тяжёлая степень ООБ достоверно чаще встречается у мальчиков, а средней тяжести – у девочек ( $P<0,01$ ).

5. В обеих возрастных группах нет достоверных различий в продолжительности заболевания до поступления в стационар, продолжительности стационарного лечения, длительности экспираторной одышки, длительности аускультативных проявлений и длительности лихорадочного периода ( $P>0,05$ ).

## Литература:

1. Зайцева О.В., Бронхиальная астма у детей (факторы риска, принципы первичной и вторичной профилактики). Дисс. докт. мед. наук. М., 2001. – с. 324.

2. Середа Е.В., Волков И.К., Лукина О.Ф. и соавт. Фенспирид (эреспал) в терапии бронхитов у детей (пособие для педиатра), М. 2001 – 22 с.

3. Царькова С.А. Беродуал в лечении бронхообструктивного синдрома: классика и современность / С.А. Царькова, И.В. Леценко // Пульмонология. – 2007. - №4. – С. 96-99.

4. Артамонов Р.Г., О некоторых дискуссионных аспектах бронхообструктивных состояний у детей. Педиатрия. 1992 - вып. 4-6. - С. 71-3.

5. Гавалов С.М., Гиперреактивность бронхов как один из ведущих патофизиологических механизмов возникновения «рецидивов» бронхолегочных заболеваний у детей, перенесших пневмонию или ОРВИ. Детский доктор. 1999; 4: 19-23.

6. Каганов С.Ю., Бронхиальная астма у детей и ее классификация. В кн.: Бронхиальная астма у детей (под ред. С.Ю. Каганова). М., 1999. - С.12-26.

7. Самсыгина Г.А., Зайцева О.В., Корнюшин М.А. Бронхиты у детей. Отхаркивающая и муколитическая терапия. Приложение к журналу Педиатрия, М., 2000 - 39 с.

8. Таточенко В.К., Лечение обструктивных бронхитов и бронхолитов детей раннего возраста. Методические рекомендации. М., 1990.

9. Охотникова Е. Н., Особенности неотложной помощи и интенсивной терапии бронхиальной астмы у детей раннего возраста / Охотникова Е. Н., Ласица О. Л., Курашова О. Н. и др. // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. – № 1 (Д). – С. 286–288.

10. Ласица, О. Л., Современные аспекты этиопатогенеза, клиники, диагностики и дифференциальной диагностики бронхиальной астмы у детей раннего возраста: метод. рекомендации /О. Л. Ласица, Е. Н. Охотникова. – К., 2000. – 31 с.

11. Быкова Г.В. Модифицирующие факторы и сравнительная характеристика эффективности различных вариантов лечения рецидивирующего бронхообструктивного синдрома у детей. Автореферат дис. канд. мед. наук. Г.В. Быкова. Ставрополь. 2007. С. 26.

## ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕОНАТАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ

Боконбаева С.Дж., Какеева А.А., Нуржанова С.Т., Бектурсунов Т.М.,  
Алджанбаева И.Ш., Джакшылыкова А.А.

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

**Резюме.** Изучены медико-биологические факторы риска реализации неонатальных пневмоний. Исследовано 151 больных с неонатальной пневмонией новорожденных. Группу контроля составили 65 здоровых новорожденных детей. Полученные данные показали наличие множества модифицирующих факторов риска развития заболевания: юный возраст матерей, экстра- и урогенитальные заболевания матерей, отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности и родов.

**Ключевые слова:** новорожденные, неонатальная пневмония, медико-биологические факторы риска.

## НЕОНАТАЛДЫК ПНЕВМОНИЯНЫН ӨНҮГҮШҮНДӨГҮ КООПТУУ ФАКТОРЛОР

Боконбаева С.Дж., Какеева А.А., Нуржанова С.Т., Бектурсунов Т.М.,  
Алджанбаева И.Ш., Джакшылыкова А.А.

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

**Корутунду.** Неонаталдык пневмониянын пайда болушунун медицина-биологиялык кооптуу факторлору изилденди. 151 неонаталдык пневмониясы бар ымыркай текшерилип изилденди. Контролдук группаны 65 дени сак ымыркай балдар түздү. Алынган маалыматтар оорунун өнүгүшүн модификациялаган көп кооптуу факторлорду көрсөттү: энелердин жаштыгы, энелердин экстра жана урогениталдык оорулары, чабал акушердик анамнез, төрөттүн жана кош бойлуулук мезгилинин патологиясы.

**Негизди сөздөр:** ымыркайлар, неонаталдык пневмония, медицина-биологиялык кооптуу факторлор.

## RISK FACTORS FOR NEONATAL PNEUMONIA

Bokonbaeva S.D., Kakeeva A.A., Nurzhanova S.T., Bektursunov T.M.,  
Aldjanbaeva I.Sh., Dzhakshylikova A.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Medicobiological risk factors of realization of neonatal pneumonia had been studied. 151 patients with neonatal pneumonia of newborns were tested. The control group consisted of 65 healthy newborns. The findings showed the presence of the following numerous modifying risk factors as extra- and urogenital disease mothers burdened obstetrical history, pathological course of pregnancy and childbirth.

**Keywords:** newborn, neonatal pneumonia, medicobiological risk factors.

### Введение.

Неонатальные пневмонии (НП) — одна из распространенных форм острых респираторных заболеваний у детей, об актуальности которой свидетельствует сохраняющийся высокий уровень заболеваемости и смертности [1,2]. Многие авторы указывают на такие факторы риска как: отягощенный соматический и акушерский анамнез матерей, экологическое неблагополучие, патологическое течение беременности и родов, неблагоприятные социально-бытовые условия, недоношенность и ЗВУР, снижение иммунологической реактивности организма новорожденных [3,4,5]. Поэтому важно комплексное изучение средовых факторов риска развития заболеваний.

**Цель исследования:** изучить медико-биологических факторов риска развития неонатальных пневмоний у новорожденных детей.

### Материал и методы.

Для проведения исследования разработана анкета с выяснением медико-биологических факторов риска реализации неонатальных пневмоний у 151 новорожденных (1-ая группа). Контрольную группу составили 65 здоровых новорожденных (2-ая группа). К неонатальным отнесены пневмонии, развившиеся после 72 часов жизни до 28 дней жизни. Изучались следующие риск-факторы: возраст матерей, количество родов, пол ребенка, акушерский анамнез, заболеваемость матерей, характер течения беременности и родов. Статистический

анализ данных выполнялся с использованием программ «SPSS 16». Достоверность разности относительных показателей закодирована следующими кодами: \* -  $p < 0,05$  (95,0%); \*\* -  $p < 0,01$  (99,0%); \*\*\* -  $p < 0,001$  (99,9 %).

### Результаты и обсуждение.

По возрастному составу в обеих группах преобладают матери оптимального фертильного возраста (84,0% и 89,2% соответственно). Однако в основной группе чаще встречаются юные матери (6,0% против 1,5%), матерей старшей (более 35 лет) возрастной группы одинаково чаще (10,0%,  $p > 0,05$  против 9,2%) встречались как в основной так и контрольной группы (табл.1).

В обеих группах в основном дети рождались от повторнородящих матерей (74,2% и 75,3% соответственно). Среди больных неонатальными пневмониями чаще ( $p < 0,05$ ) преобладают мальчики над девочками (табл.2).

Анализ состояния здоровья матерей показал, что больные отмечаются как первой так и во второй группах (53,7% и 58,5% соответственно), однако у матерей контрольной группы чаще отмечается только анемия ( $p < 0,05$ ). Остальные заболевания наблюдаются только в основной группе матерей (табл.3).

В структуре материнской заболеваемости достоверно чаще (24,69%,  $p < 0,001$ ), чем в контрольной группе выявляется урогенитальная патология. Из них: хронический пиелонефрит (у 66,6%), опущение почек и цистит (по 16,7%). У матерей основной группы

Таблица 1.  
Возраст матерей

| Возраст     | I группа   | II группа  |
|-------------|------------|------------|
| До 20 лет   | 6 (6,0%)   | 1 (1,5%)   |
| 21-34 лет   | 84 (84,0%) | 58 (89,2%) |
| 35 и старше | 10 (10,0%) | 6 (9,2%)   |
| Всего:      | 100 (100%) | 65 (100%)  |

Таблица 2.  
Медико-биологические факторы

| Матери              |           | I группа    | II группа  |
|---------------------|-----------|-------------|------------|
| Число беременностей | Первая    | 39 (25,8%)  | 16 (24,6%) |
|                     | Повторная | 112 (74,2%) | 49 (75,3)  |
| Пол ребенка         | Мальчики  | 95 (62,9%)* | 30 (46,1%) |
|                     | Девочки   | 56 (37,0%)  | 35 (53,9%) |
| Всего:              |           | 151 (100%)  | 65 (100%)  |

Таблица 3.  
Материнская заболеваемость и её структура в исследованных группах детей.

| Заболеваемость                 | II группа    | III группа  |
|--------------------------------|--------------|-------------|
| Больные матери                 | 81 (53,7%)   | 38 (58,5%)  |
| Экстрагенитальная патология    | 61 (75,30%)  | 37 (97,36%) |
| Из них:                        |              |             |
| -Анемия                        | 48 (78,68%)  | 34 (91,89%) |
| -Сердечно-сосудистая патология | 2 (3,27%)    | 3 (8,10%)   |
| -Другие заболевания            | 10 (16,39%)  | -           |
| Урогенитальная патология       | 20 (24,69%)* | 1 (2,63%)   |

более отягощено здоровье по наличию хронических воспалительных очагов. Отмечались и другие хронические очаги воспаления (гайморит – у 2,5% и холецистит – у 1,25%)

По отягощенному акушерскому анамнезу различия между основной и контрольной группами не столь достоверны (39,1% против 36,9%,  $p > 0,05$ ). Однако только в основной группе матерей отмечается такая тяжелая патология как замершая беременность (8,5%) и антенатальная гибель плода (6,7%) (табл.4).

По течению данной беременности осложненное течение чаще наблюдается у матерей основной группы (90,1% против 83,1 %). Во время беременности в основной группе матерей достоверно чаще наблюдается угроза прерывания беременности (51,5% против 16,6%,  $p < 0,001$ ), патологические околоплодные воды в виде маловодия и многоводия (21,32% против 1,8%,  $p < 0,001$ ), сочетание 2-х и более факторов риска (51,5% против 11,1%,  $p < 0,001$ ). А фетоплацентарная недостаточность отмечена только у матерей основной группы (у 5,1%). В первой половине беременности у них чаще отмечаются гестозы (36,7% против 27,7%,  $p = 0,005$ ), во второй половине – преэклампсия (13,2% против 5,5%;  $p < 0,05$ ). У матерей основной группы достоверно чаще (76,1% против 43,1%,  $p < 0,01$ ) отмечалось сочетание экстра- и урогенитальной патологии. Следует отметить, что экстрагенитальная патология наблюдается практически у одинакового ( $p = 0,36$ ) числа матерей исследуемых групп в виде ОРВИ

(47,0% и 35,2%). В структуре урогенитальной патологии такие как кольпит, пиелонефрит, плацентит в основной группе матерей достоверно больше, чем в контрольной (47,79% против 12,96%  $p < 0,001$ ). Болезни, передаваемые половым путем (БППП) наблюдается только (8,82%) у матерей основной группы (табл.5).

Полученные данные по течению родов показывает, что патологическое течение с оперативным родоразрешением с высокой степенью достоверности ( $p < 0,01$ ) чаще отмечается в основной группе матерей (15,9%), чем в контрольной группе (3,1%). Надо отметить что оперативное родоразрешение проводилось в связи с угрожаемым состоянием плода (табл.6).

Патологическое течение родов достоверно чаще наблюдалось в основной группе в виде внутриутробная гипоксия плода (45,3% против 0%,  $p < 0,001$ ), преждевременная отслойка плаценты (у 4,63%) и недоношенность (у 29,13%,  $P < 0,001$ ) наблюдаются только у матерей основной группы. У них чаще (13,24% против 6,2%,  $p < 0,05$ ) выявляется отхождение патологического характера околоплодных вод (табл.7).

В основной группе чаще наблюдаются зеленые околоплодные воды (7,94%). А кровянистые (в 3,97%), или желтые с гнилостным запахом (1,3%) отмечены только у матерей основной группы.

Состояние детей при рождении так же имеет значительные различия в обеих исследованных группах. В контрольной группе все 65 детей рождены в

Таблица 4.  
Акушерский анамнез

| Акушерский анамнез                  | I группа  | II группа |
|-------------------------------------|-----------|-----------|
| Не отягощен                         | 92(60,9%) | 41(63,1%) |
| Отягощен:                           | 59(39,1%) | 24(36,9%) |
| Из них:                             |           |           |
| -Медицинские аборт                  | 27(45,7%) | 14(58,3%) |
| -Выкидыши на ранних сроках гестации | 19(32,2%) | 7(29,1%)  |
| -Замершая беременность              | 5(8,5%)   | 0         |
| -Аntenатальная гибель плода         | 4(6,7%)   | 0         |
| -Преждевременные роды               | 3(5,0%)   | 2(8,3%)   |
| -Внематочная беременность           | 1(1,7%)   | -         |

Таблица 5.  
Течение беременности у матерей исследованных групп.

| Течение беременности                           | I группа (n=151) | II группа (n=65) |
|------------------------------------------------|------------------|------------------|
| Осложненное                                    | 136 (90,1%)      | 54 (83,7%)       |
| Из них:                                        |                  |                  |
| -Гестоз                                        | 50(36,7%)        | 15(27,7%)        |
| -Угроза прерывания                             | 70 (51,5%)*      | 9 (16,6%)        |
| -Фетоплацентарная недостаточность              | 7(5,1%)*         | -                |
| -Анемия беременных                             | 61(44,8%)        | 34(62,9%)        |
| -Патология околоплодных вод                    | 29(21,32%)*      | 1(1,8%)          |
| -Многоводие                                    | 14(10,3%)*       | -                |
| -Маловодие                                     | 15(11,0%)*       | 1(1,8%)          |
| -ОРВИ                                          | 64(47,0%)        | 19(35,2%)        |
| -Преэклампсия                                  | 18(13,2%)*       | 3(5,5%)          |
| -БППП                                          | 12(8,82%)*       | -                |
| -Урогенитальная патология                      | 65(47,79%)*      | 7(12,96%)        |
| -Сочетание 2-х патологических факторов и более | 76(51,5%)*       | 6(11,1%)         |

Таблица 6.  
Родоразрешение.

| Родоразрешение  | I группа (n=151) | II группа (n=65) |
|-----------------|------------------|------------------|
| Самостоятельные | 127(84,1%)       | 63(96,9%)        |
| Оперативные     | 21(15,9%)*       | 2(3,1%)          |

Таблица 7.  
Течение родов у матерей исследованных групп.

|                                          | I группа (n=151) | II группа (n=65) |
|------------------------------------------|------------------|------------------|
| Внутриутробная гипоксия плода            | 68(45,3%)*       | -                |
| Преждевременная отслойка плаценты        | 7(4,63%)         | -                |
| Длительный безводный промежуток          | 12(7,94%)        | 6(9,2%)          |
| Отхождение ОПВ патологического характера | 20(13,24%)*      | 4(6,15%)         |

удовлетворительном состоянии, без асфиксии, а в основной группе 68 из 151 (45,3%,  $p < 0,001$ ) детей родились в состоянии умеренной (34,43%) и тяжелой степени (5,29%) асфиксии.

### Выводы:

1. Группой риска реализации неонатальных пневмоний являются юные матери, мужской пол ребёнка и урогенитальная патология.

2. У матерей группы риска достоверно чаще выявляется отягощенный акушерский анамнез, патологическое течение беременности и родов.

3. Одним из значимых отягощающим фактором является патология околоплодных вод, в первую очередь многоводие, свидетельствующее о поражении дыхательной системы плода.

4. Состояние детей при рождении у 45,3% больных

детей рождены в состоянии асфиксии умеренной (34,43%) и тяжелой степени (5,29%).

### Литература:

1. Геппе Н.А., Волков И.К. Перспективы развития и проблемы детской пульмонологии в России // Пульмонология. - 2007. - №4. - С. 5-6

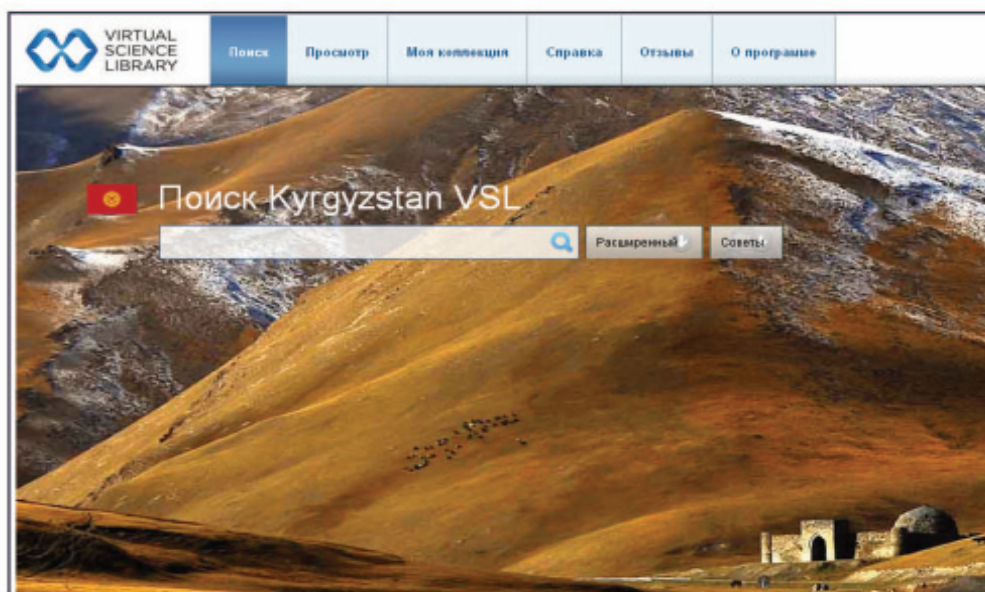
2. Козлова Л.В., Мизерницкий Ю.Л., Галкина Е.В. Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии у детей // Рос. вестник перинатологии и педиатрии. - 2008. - №1. - С. 9-11.

3. Баранов А.А. Педиатрия. Пневмонии у детей. Клинические рекомендации // М., «ГЕОТРА-Медиа», 2005 - 25 с.

4. Национальное руководство по неонатологии / под ред. Н.Н. Володина // М.: «Медицина», 2009. С. 134 – 137.

5. Неонатология / под ред. Н.П. Шабалова // М.: «МЕДпресс\_информ», 2004. С. 567 – 583.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ НЕБУЛАЙЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БРОНХООБСТРУКТИВНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Республиканский Специализированный Научно-Практический Медицинский Центр Педиатрии МЗ РУз

Ташкент, Узбекистан

**Резюме.** Особенностью синдрома бронхиальной обструкции в детском возрасте является высокий процент рецидивирования, что способствует развитию бронхиальной астмы и инвалидизации детей в более позднем периоде. Анализ эффективности клинического применения Небутамола и Небуфлюзона в качестве комплексной небулайзерной терапии при БОС у детей показал высокую клиническую эффективность, хорошую переносимость и безопасность. Это подтверждается как клиническими данными, так и результатами дополнительных инструментальных исследований. Ингаляционное введение препаратов с помощью современных небулайзеров позволяет минимизировать побочные эффекты и повысить эффективность лечения и реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания.

**Ключевые слова:** бронхообструктивный синдром, небулайзерная терапия, дети, затрудненное дыхание.

## EFFECTIVE INTEGRATED INHALATION THERAPY IN BRONCHIAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Karimova N.I., Shamsiev F.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Pediatrics

Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

Tashkent, Uzbekistan

**Resume.** A feature of bronchial obstruction syndrome in children is a high percentage of recurrence, which promotes the development of asthma and disability in children at a later period. Analysis of the effectiveness of clinical application and Nebutamola Nebufluzyona as comprehensive inhalation therapy for BOS in children showed a high clinical efficacy, good tolerability and safety. This is confirmed by both clinical data and the results of additional research tools. Inhalation administration of drugs with the help of modern nebulizers to minimize side effects and improve the effectiveness of treatment and rehabilitation of children with respiratory diseases.

**Keywords:** bronchial obstruction, nebulizer therapy, children, shortness of breath.

### Актуальность.

В последние годы отмечается выраженная тенденция к увеличению числа детей с частыми респираторными заболеваниями, сопровождающимися развитием синдрома бронхиальной обструкции [1,2]. Этот факт вызывает тревогу, так как особенностью синдрома бронхиальной обструкции в этом возрасте является высокий процент рецидивирования, что способствует развитию бронхиальной астмы (БА) и инвалидизации детей в более позднем периоде. Во многих случаях патология легких, проявляющаяся бронхиальной обструкцией, своими корнями произрастает из самого раннего детского возраста, продолжается в старшем детском и в зрелом возрастах [10].

В развитии заболеваний органов дыхания, сопровождающихся бронхообструктивным синдромом (БОС) у детей имеют значение неблагоприятные факторы семейного анамнеза (атопия), течение беременности и родов у матери (токсикоз), преморбидного фона (рахит, ранее искусственное вскармливание, перинатальное поражение нервной системы, гипотрофия, анемия), гиперреактивность бронхов и перенесенные респираторные инфекции. В современной клинической практике достигнуты определенные успехи в лечении БОС. В первую очередь лечение пациентов с БОС направлено на ликвидацию причины заболевания, приведшего к развитию обструкции. Бронхиальная обструкция является urgentным состоянием и требует оказания неотложной помощи. Для улучшения проходимости дыхательных путей используют бронхолитическую терапию. Препаратами выбора являются  $\beta_2$ -агонисты короткого действия (сальбутамол, фенотерол, тербуталин) [6,9]. При тяжелом течении БОС, особенно у детей с проявлениями

атопии или у получавших ранее ингаляционные глюкокортикостероиды (ГКС), рекомендуют применять как топические, так и системные ГКС.

### Цель исследования.

Анализ эффективности клинического применения Небутамола и Небуфлюзона в качестве комплексной небулайзерной терапии при БОС у детей.

### Материалы и методы исследования.

В исследовании приняли участие 60 детей в возрасте от 6 месяцев до 12 лет, с диагнозами острый обструктивный бронхит (25), обструктивный бронхит рекуррентное течение (23), бронхиальная астма (12). Обследованные дети были распределены на две группы. В I группу (30) вошли 12 детей с острым обструктивным бронхитом, 12 - с обструктивным бронхитом, рекуррентное течение и 6 детей с бронхиальной астмой. Во II группе (30) были 13 детей с острым обструктивным бронхитом, 11 - с обструктивным бронхитом, рекуррентное течение, и 6 детей с бронхиальной астмой.

В I группе была назначена комбинированная небулайзерная терапия. Были назначены Небутамол (разовая доза которого через небулайзер составила: детям до 5 лет – 0,1 мл/кг массы тела; детям старше 5 лет – 2,5 мл/кг массы тела) и Небуфлюзон в качестве базисной терапии (суточная доза для детей 4-16 лет – 1 мг 2 раза в сутки) в течение 7 дней. Во II группе дети получали традиционную терапию. Эффективность лечения оценивали ежедневно на основании динамики клинических симптомов (признаки бронхиальной обструкции, наличие экспираторной одышки, характер кашля, аускультативные изменения в легких). Для оценки динамики и показателей функции внешнего дыхания (ФВД), сопоставления данных полученных в начале и конце лечения проводилась

спирометрия. Для обработки результатов исследования были использованы статистические и клинико-информационные методы, отвечающие принципам доказательной медицины.

#### Результаты и их обсуждение.

При анализе данных анамнеза было установлено, что длительность заболевания у 86,6 % пациентов до момента госпитализации в среднем составила 5 дней. При поступлении в стационар общее состояние у всех детей было оценено как среднетяжелое. Одними из первых симптомов у детей были сухой непродуктивный кашель (у 96,6 %) и экспираторная одышка (у 73,3 %). У 26,6 % отмечался кашель с трудноотделяемой мокротой. У 93,3 % детей были слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, головная боль. На момент поступления в стационар у 33,3 % детей наблюдался подъем температуры до субфебрильных и у 65 % детей – до фебрильных показателей.

При назначения препаратов Небутамол и Небуфлюзон, через небулайзер, у 78,3% детей I группы отмечался ряд клинических изменений. У детей этой группы отмечалось улучшение общего состояния. Положительно изменились реологические свойства мокроты, кашель перешел в продуктивный. Уменьшилась выраженность признаков обструктивного синдрома. Значительное уменьшение частоты кашля наблюдалось через  $3,1 \pm 1,0$  дня; к этому же сроку у 80 % детей с острым обструктивным бронхитом, у 75 % детей с обструктивным бронхитом рекуррентное течение, у 91,6 % детей с БА исчезали патологические физикальные изменения в легких. У 92 % детей с острым обструктивным бронхитом при 7-дневном курсе терапии препаратами Небутамол и Небуфлюзон был достигнут стойкий положительный эффект. Продолжение курса до 10 дней требовалось у 10,7% пациентов с обструктивным бронхитом с рекуррентным течением. Ни у одного из пациентов на протяжении лечения не отмечалось побочных реакций, предусмотренных инструкцией к препарату. Во II группе терапевтический эффект был достигнут в более поздние сроки. В легких прослушивались сухие и влажные хрипы и сохранялась потребность в ингаляционных  $\beta_2$  – агонистах. Детям обеих групп в возрасте старше 5 лет были исследованы ФВД до и после лечения. До лечения в обеих группах выявилось нарушение бронхиальной проходимости, средние показатели которой были равны ОФВ<sub>1</sub> – 75%, ЖЕЛ – 77%, ПСВ – 65%, МОС<sub>50</sub> – 62% (Таблица 1). После лечения у детей I группы показатели ФВД составили ОФВ<sub>1</sub> – 89%, ЖЕЛ – 90%, ПСВ – 80,3%, МОС<sub>50</sub> – 93%, что говорит об улучшении бронхиальной проходимости. При этом у 60% детей отмечалось полное восстановление бронхиальной проходимости. Во II группе показатели бронхиальной проводимости составили: ОФВ<sub>1</sub> – 81%, ЖЕЛ – 85%, ПСВ – 72%, МОС<sub>50</sub> – 84%, что говорит о более позднем восстановлении бронхиальной

проходимости, чем в I группе.

#### Выводы:

1. Высокая клиническая эффективность, хорошая переносимость и безопасность Небутамола и Небуфлюзона при БОС у детей подтверждается как клиническими данными, так и результатами дополнительных инструментальных исследований. Применение этих препаратов позволяет быстро купировать клинические симптомы и снизить медикаментозную нагрузку, уменьшить частоту обострения БОС и его тяжесть и позволяют рекомендовать их в составе комплексной терапии острого обструктивного бронхита, обструктивного бронхита с рекуррентным течением и бронхиальной астмы у детей.

2. Небулайзерная терапия обеспечивает наиболее эффективную доставку лекарственных препаратов в дыхательные пути у детей с острой и хронической патологией органов дыхания. Ингаляционное введение препаратов с помощью современных небулайзеров позволяет минимизировать побочные эффекты и повысить эффективность лечения и реабилитации детей с заболеваниями органов дыхания.

#### Литература:

1. Гепте Н.А. Ингаляционная небулайзерная терапия респираторных заболеваний у детей. Практическое руководство для врачей. – Москва, 2008. – С. 82.
2. Неотложные состояния у детей / А.Д. Петрушина, Л.А. Мальченко, Л.Н. Крестина и др. / Под ред. А.Д. Петрушиной. – М.: Медицинское информационное агентство, 2007. – 216 с.
3. Юлиш Е.И., Самойленко И.Г., Коринева Л.С., Максимова С.М., Подоляка В.Л., Бухтияров Э.В. Ингаляционная терапия как метод неотложной помощи при бронхообструкции дыхательных путей у детей раннего возраста // Укр. медичний альманах. – 2005. – № 1 – С. 28-31.
4. Небулайзерна терапія в педіатричній практиці: Метод. рекомендації. – Київ, 2005. – С. 24.
5. Овчаренко С.И., Передельская А.О. Небулайзерная терапия тяжелой бронхиальной астмы // Российский медицинский журнал. – 2002. – № 1. – С. 24-25.
6. Цой А., Архипов В. Небулайзерная терапия при бронхиальной астме // Врач. – 2002. – № 11. – С. 11-13.
7. Охотникова Е.Н. Системная кортикостероидная терапия в неотложной педиатрической аллергологии // Запорожский мед. журн. – 2009. – Т. 11, № 5. – С. 95-99.
8. Гуменюк Е.Л., Игнатова В.И. Современные доставочные устройства в управлении бронхиальной астмой // Астма та алергія. – 2002. – № 1. – С. 27-31.
9. Княжеская Н.П., Новиков Ю.К., Влияние средств доставки ингаляционных препаратов на эффективность лечения бронхиальной астмы // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. – 2007. – № 3. – С. 37-40.
10. Лечение аллергических болезней у детей / Под ред. И.И. Балаболкина. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 352 с.
11. Corticosteroids firstline therapy in the treatment of croup // Drugs & Therapy Perspective. – 2003. – № 19. – P. 15-17.
12. Вельтищев Ю.Е., Шаробаро В.Е., Степина Т.Г. Неотложные состояния у детей. – М.: Медицина, 2004. – 349 с.

Таблица 1.

| Показатели ФВД    | До лечения<br>(I и II группы), (%) | I группа после лечения, (%) | II группа после лечения, (%) |
|-------------------|------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| ОФВ <sub>1</sub>  | 75,4                               | 89,3                        | 81,4                         |
| ЖЕЛ               | 77,1                               | 90,1                        | 85,5                         |
| ПСВ               | 65,2                               | 80,3                        | 72,1                         |
| МОС <sub>50</sub> | 62,1                               | 93,5                        | 84,4                         |

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПАТОЛОГИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ ДОНОШЕННЫМИ С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ПИТАНИЯ, В КАТАМНЕЗЕ**

**Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.**

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

**Резюме.** Проведено исследование 268 3-6-летних детей, жителей г. Бишкек, доношенных, с синдромом задержки внутриутробного развития (ЗВУР) при рождении – 140 детей с гипотрофическим вариантом I и II степени и 128 детей с гипопластическим вариантом I и II степени. Определено, что в исследуемых группах имеется значительное число случаев нарушений нервной системы, которое достигает при гипотрофическом варианте от 1,0 до 27,6%, II степени – от 2,9 до 80,0%, а при гипопластическом варианте – от 1,2 до 39,5% и от 2,4 до 88,1% соответственно. Отмечено, что среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, наиболее часто регистрируются синдром повышенной двигательной активности и дефицита внимания, расстройства речи, аутизм.

**Ключевые слова:** нервно-психическое развитие, доношенные дети, задержка внутриутробного развития.

**ТАМАКТАНУУНУН ЖЕТИШСИЗДИГИ ЖАНА ӨЗ УБАГЫНДА ТӨРӨЛГӨН  
БАЛДАРДЫН НЕРВ-ПСИХИКАЛЫК ӨСҮҮСҮ ЖАНА НЕРВ СИСТЕМАСЫНЫН  
БУЗУЛУШУ КИЙИНКИ БАЙКООЛОРДУН ЖЫЙЫНТЫГЫНДА**

**Нурматова Н.М., Вычигжанина Н.В., Борякин Ю.В.,  
Молдогазиева А.С., Болотбекова А.Ж.**

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

**Корутунду.** Бишкек шаарында жашаган 3 жаштан 6 жашка чейинки 268 бала изилденген. Алардын ичинен 140 баланын салмагы I жана II даражада аз болгон, ал эми 128 баланын салмагы менен катар бою да жетишсиз болгон. Изилденген балдардын арасында нерв системасынын бузулушу көп кездешкен, тактап айтсак, алардын саны I даражадагы салмагы жетишсиз балдардын арасында 1,0 ден 27,6%, II даражадагы салмагы жетишсиз балдардын арасында 2,9 дан 80,0% чейин жеткен. Ал эми салмагы менен катар бою да жетишсиз балдардын арасында бул көрсөткүч I даражага 1,2-39,5% жана II даражага 2,4-88,1% туура келген. Түйүлдүктүн өсүшүнүн начар белгилери менен төрөлгөн балдардын арасында, оорунун клиникалык түрүнө жана оордугуна карабастан жогору кыймыл активдүүлүгү синдрому, көңүл буруунун жетишсиздиги синдрому, сүйлөөнүн бузулушу жана аутизм сыяктуу нерв системасынын бузулуулары көп кездешкен.

**Негизги сөздөр:** нерв-психикалык өсүү, өз убагында төрөлгөн балдар, түйүлдүктүн өсүшүнүн начарлашы.

**PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT AND PATHOLOGY OF NERVOUS SYSTEM IN  
CHILDREN WHO WERE BORN AS FULL-TERM WITH NUTRIENT DEFICIENCY,  
IN CATAMNESIS**

**Nurmatova N.M., Vychigzhanina N.V., Borjakin J.V.,  
Moldogazieva A.S., Bolotbekova A.Z.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Research of 268 3-6-year-old children, inhabitants of Bishkek, full-term, with signs of intrauterine growth retardation (IUGR) at a birth is carried out – 140 children with hypotrophic variant and 128 children with hypoplastic variant. It is defined, that in investigated groups there is a considerable number of cases of nervous system disorders which reaches at hypotrophic variant from 1,0 up to 27,6 %, II degrees – from 2,9 up to 80,0%, and at hypoplastic variant – from 1,2 to 39,5% and from 2,4 to 88,1% accordingly. It is noticed, that among 3-6- year-old children with signs of IUGR at a birth, irrespective of a clinical variant and severity level, the syndrome of the raised impellent activity and deficiency of attention, speech disorders, autism are most often registered.

**Keywords:** psychological development, full-term children, intrauterine growth retardation.

В современных условиях большой удельный вес в структуре причин высокой детской заболеваемости и инвалидности имеет наличие в анамнезе доношенных детей недостаточности питания (НП) или с задержки внутриутробного развития плода (ЗВУР) [2, 5, 7, 8].

Дети с НП в большинстве случаев требуют повышенного внимания педиатров, невропатологов, психоневрологов и других специалистов не только в момент их рождения, но и спустя много лет [7, 8]. Даже при гладком течении периода адаптации у новорожденного с признаками задержки развития, ребенок должен быть включен в группу диспансерного наблюдения, поскольку различные отклонения физического и психического

развития проявляются у значительного количества таких пациентов [7, 8]. Последний факт стимулирует поиск современных профилактических диспансерных мероприятий.

**Цель работы.** Изучить факторы риска и особенности состояния нервной системы детей дошкольного возраста с различными вариантами недостаточности питания для разработки рекомендаций по диспансерному наблюдению.

**Материалы и методы исследования.**

Оценка медико-биологических данных, результатов клинко-лабораторных исследований, показателей течения беременности, родов, состояния плодов

проводилась в сравниваемых группах. Формирование групп исследования проводили исходя из возраста, клинического варианта и степени тяжести ЗВУР и недостаточности питания.

В зависимости от варианта ЗВУР были выделены две группы детей дошкольного возраста (3-6 лет). В первую группу было включено 140 детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР. Из них 105 детей имели гипотрофический вариант ЗВУР I степени (1а подгруппа), 35 детей – гипотрофический вариант ЗВУР II степени (1б подгруппа). Контрольную группу составили 50 здоровых детей, родившихся доношенными без синдрома ЗВУР. Вторую группу составили дети с гипопластическим вариантом ЗВУР – 128 детей. Из них 86 детей имели гипопластический вариант ЗВУР I степени (2а подгруппа), 42 ребенка – гипопластический вариант ЗВУР II степени (2б подгруппа). Контрольная группа была сформирована методом случайной выборки без проявлений ЗВУР и составила 50 детей.

ЗВУР диагностировалась у новорожденных, масса тела которых по таблицам стандартных отклонений оказалась менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Определение клинического варианта ЗВУР проводилось по основным диагностическим критериям, предложенным Г.М.Деметьевой [3, 4], к которым относятся: снижение массы, длины тела, окружности головы на 1,5 - 2 и более стандартных отклонения оценочных таблиц в сравнении с должными для данного возраста; массо-ростовой индекс (МРИ) менее 60; диспропорциональное (диспластическое) телосложение; наличие признаков трофических нарушений кожи и слизистых оболочек; малые аномалии (дизгенетические признаки) развития; наличие врожденных пороков развития.

Степень тяжести гипотрофического варианта ЗВУР определялась по дефициту массы тела по отношению к длине тела: I степень (легкая) – дефицит массы 1,5-2 сигмы, МРИ 59-56; II степень (средней тяжести) – дефицит массы 2-3 сигмы, МРИ 55-50.

Степень тяжести гипопластического варианта определялась по дефициту длины тела и окружности

головы по отношению к сроку гестации: I степень (легкая) – дефицит 1,5-2 сигмы; II степень (средней тяжести) – более 2, но менее 3 сигм.

Все обследованные дети родились доношенными в срок 38-41 недель беременности.

Антропометрический статус оценивался путем измерения массы, длины тела, окружности головы, окружности грудной клетки. Для оценки физического развития детей использовали таблицы стандартных отклонений. Оценку антропометрических показателей проводили отдельно для девочек и мальчиков.

Наблюдение за детьми осуществлялось в детской поликлинике № 2,3,8 и консультативно-диагностического отделения НЦОМД г. Бишкека. Анализ заболеваемости выполнялся с использованием истории развития ребенка (формы № 112), справок, выписок из историй болезни в случае госпитализации наблюдаемых детей в стационары города.

Комплексная оценка состояния здоровья детей проводилась согласно методическим рекомендациям Власовой И.Н. [1, 9] по шести основным критериям, определяющим здоровье: 1) особенности онтогенеза, определяемые по данным генеалогического, биологического и социального анамнеза; 2) уровень физического развития и степень его гармоничности; 3) уровень нервно-психического развития; 4) уровень резистентности организма; 5) уровень функционального состояния организма; 6) наличие или отсутствие хронических заболеваний или врожденных пороков развития.

Статистическая обработка результатов проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ статистической обработки при помощи углового преобразования F – Фишера. Критерий Фишера был использован нами с целью сопоставления выборок по частоте встречаемости интересующего эффекта, что позволило оценить достоверность различий между процентными долями выборок.

#### Результаты и обсуждение.

При оценке влияния ЗВУР на нервно-психическое развитие детей умственная отсталость была отмечена у 7 детей (6,7%), родившихся с I степенью гипотрофии, и у 5 детей (14,3%) – со II степенью (таблица 1). Расстройства

Таблица 1.  
Заболевания нервной системы 3-6-ти летних детей, родившихся с гипотрофическим вариантом ЗВУР

| Нозологические формы  | Гипотрофич. |      |        |      | Контроль |     | Достоверность различий |         |          |
|-----------------------|-------------|------|--------|------|----------|-----|------------------------|---------|----------|
|                       | I ст.       |      | II ст. |      | абс.     | %   | p (I-II)               | p (I-к) | p (II-к) |
|                       | абс.        | %    | абс.   | %    |          |     |                        |         |          |
| Умственная отсталость | 7           | 6,7  | 5      | 14,3 | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p<0.01  | p<0.01   |
| Расстройства речи     | 10          | 9,5  | 12     | 34,3 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| Аутизм                | 7           | 6,7  | 9      | 25,7 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| СДВГ                  | 29          | 27,6 | 28     | 80,0 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| Энурез                | 1           | 1,0  | 3      | 8,6  | 0        | 0,0 | p<0.05                 | p>0.05  | p<0.05   |
| Энкопрез              | 0           | 0,0  | 1      | 2,9  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p>0.05  | p>0.05   |
| Заикание              | 3           | 2,9  | 2      | 5,7  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p<0.05  | p<0.05   |
| Эпилепсия             | 2           | 1,9  | 4      | 11,4 | 0        | 0,0 | p<0.05                 | p>0.05  | p<0.01   |
| ДЦП                   | 2           | 1,9  | 3      | 8,6  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p>0.05  | p<0.05   |

речи выявлены у 10 детей (9,5%) с I степенью и у 12 (34,3%) – со II. Аутизм проявлялся у 7 детей (6,7%) при I степени и у 9 (25,7%) – при II. Синдром повышенной двигательной активности и дефицита внимания регистрировался у 29 (27,6%) детей с I степенью гипотрофии и у 28 (80,0%) – со II. Энурез отмечен у 1 (1,0%) ребенка с I степенью и у 3 (8,6%) – со II. Заикание выявлено у 3 (2,9%) детей в 2а подгруппе и у 2 (5,7%) – в 2б подгруппе. Эпилепсией страдали 2 детей (1,9%) в 2а подгруппе и 4 (11,4%) – во 2б подгруппе. Детский церебральный паралич диагностировался у 2 детей (1,9%) во 2а подгруппе и у 3 (8,6%), родившихся со II степенью гипотрофии.

При исследовании детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР в возрасте 3-6-ти лет нами выявлено, что умственная отсталость отмечалась у 3 детей (3,5%), родившихся с I степенью, и у 4 детей (9,5%) – со II степенью тяжести гипоплазии (таблица 2). Расстройства речи выявлены у 7 детей (8,1%) с I степенью и у 11 (26,2%) – со II. Аутизм проявлялся у 4 детей (4,7%) при I степени и у 8 (19,0%) при II. Синдром повышенной двигательной активности и дефицита внимания имел место у 34 (39,5%) детей с I степенью гипотрофии и у 37 (88,1%) – II. Энурез отмечен у 1 ребенка (1,2%) с I степенью и у 2 (4,8%) – со II. Энкопрез выявлен у 1 ребенка (2,4%) с гипопластическим вариантом II степени в катамнезе. Заикание диагностирован у 3 детей (7,1%) во 2б подгруппе. Эпилепсией страдали 5 детей (5,8%) детей во 2а и 3 детей (7,1%) – в 2б подгруппах. Детский церебральный паралич отмечался у 1 ребенка с I степенью тяжести гипопластического варианта и у 4 (9,5%) – со II степенью.

Патология центральной нервной системы у детей обследуемых групп была обусловлена, скорее всего, последствиями перинатального поражения ЦНС. Характерно, что при обоих вариантах ЗВУР в катамнезе, гипертрофическом и гиперпластическом, с нарастанием степени тяжести неонатальных проявлений нарастал удельный вес неврологических проявлений, причем эта разница составляла от 2 до 4-5 градаций.

Подавляющее большинство детей наблюдались невропатологом. Преобладающими клиническими синдромами были синдром пирамидной недостаточности,

двигательных расстройств, нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионный, астеноневротический синдромы и вегето-висцеральных нарушений.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что недостаточность питания, сохраняющаяся во времени, приводит к замедленному темпу развития. Оказывает влияние на последующее нервно-психическое развитие. У детей формируется замедленный темп ННР и формирование патологических изменений со стороны нервной системы, приводящих порой к инвалидизации.

Таким образом, хроническое нарушение питания, сохраняющееся во времени, оказывает непосредственное влияние на ННР и приводит к формированию стойких поражений нервной системы.

#### Выводы:

1. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипотрофического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения нервной системы, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения колеблется от 1,0 до 27,6%, II степени – от 2,9 до 80,0%. Наиболее часто регистрируются синдром повышенной двигательной активности и дефицита внимания, расстройства речи, аутизм.

2. 3-6-летние дети, родившиеся доношенными с признаками гипопластического варианта ЗВУР, в значительном числе случаев имеют нарушения нервной системы, частота которых при наличии при рождении признаков I степени данного отягощения колеблется от 1,2 до 39,5%, II степени – от 2,4 до 88,1. Наиболее часто регистрируются синдром повышенной двигательной активности и дефицита внимания, расстройства речи, аутизм.

3. Среди 3-6-летних детей с признаками ЗВУР при рождении, независимо от клинического варианта и степени тяжести, преобладают дети с нарушениями развития нервной системы, клинически проявляющие себя синдромами пирамидной недостаточности, двигательных расстройств, нервно-рефлекторной возбудимости, гипертензионным, астено-невротическим, синдромом вегето-висцеральных нарушений

Таблица 2.

Заболевания нервной системы 3-6-ти летних детей, родившихся с гипопластическим вариантом ЗВУР

| Нозологические формы  | Гипопластич. |      |        |      | Контроль |     | Достоверность различий |         |          |
|-----------------------|--------------|------|--------|------|----------|-----|------------------------|---------|----------|
|                       | I ст.        |      | II ст. |      | абс.     | %   | p (I-II)               | p (I-к) | p (II-к) |
|                       | абс.         | %    | абс.   | %    |          |     |                        |         |          |
| Умственная отсталость | 3            | 3,5  | 4      | 9,5  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p<0.05  | p<0.01   |
| Расстройства речи     | 7            | 8,1  | 11     | 26,2 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| Аутизм                | 4            | 4,7  | 8      | 19,0 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| СДВГ                  | 34           | 39,5 | 37     | 88,1 | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p<0.01  | p<0.01   |
| Энурез                | 1            | 1,2  | 2      | 4,8  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p>0.05  | p<0.05   |
| Энкопрез              | 0            | 0,0  | 1      | 2,4  | 0        | 0,0 | p<0.05                 | p>0.05  | p>0.05   |
| Заикание              | 0            | 0,0  | 3      | 7,1  | 0        | 0,0 | p<0.01                 | p>0.05  | p<0.01   |
| Эпилепсия             | 5            | 5,8  | 3      | 7,1  | 0        | 0,0 | p>0.05                 | p<0.01  | p<0.01   |
| ДЦП                   | 1            | 1,2  | 4      | 9,5  | 0        | 0,0 | p<0.05                 | p>0.05  | p<0.01   |

### **Литература:**

1. Власова И.Н. Методы комплексной оценки состояния здоровья детей раннего возраста / И.Р. Власова, Т.Ф. Лыскова, В.С. Процагина, М.Н. Седельникова//Н.Новгород, 1997.-36 с.
2. Гольденберг О.П. Особенности состояния здоровья детей с задержкой внутриутробного развития на первом году жизни: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 114.00.09. / - Астрахань, 2001. - 21 с.
3. Дементьева Г.М. Оценка физического развития новорожденных: Метод, рекомендации / . - М., 1984. - 44 с.
4. Дементьева, Г.М. Дифференцированная оценка детей с низкой массой при рождении / Г.М. Дементьева, Е.В. Короткая // Вопросы охраны материнства и детства. - 1981. - № 2. - С. 15-20.
5. Кельмансон И.А. Низковесный новорожденный и отсроченный риск кардио-респираторной патологии / И.А. Кельмансон. - СПб.: СпецЛит, 1999.- 156 с.
6. Кудяров Д.К., Кудайбергенова К.А., Нарицына Л.М. – Динамика показателей физического развития двухлетних детей г. Бишкек, родившихся доношенными с недостаточностью питания.
7. Медведев М.В. Задержка внутриутробного развития плода / М.В. Медведев, Е.В. Юдина - 2-е изд. - М.: РаВУЗДПВ, 1998. - 208 с.
8. Стрижаков А.Н. Задержка развития плода / А.Н. Стрижаков, Е.Т. Михайленко, А.Т. Бунин, М.В. Медведев. - К.: Здоровья, 1988. - 184 с.
9. Филиппов Е.С. Комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста //Здоровье детей Сибири. - 2000. - № 1. - С. 31-43.

**НАУЧНАЯ ЭЛЕКТРОННАЯ БИБЛИОТЕКА**  
**eLIBRARY.RU**

Журнал «Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева» индексируется  
Российским индексом научного цитирования (РИНЦ). Все  
статьи основных номеров доступны в полнотекстовом формате  
на сайте  
**www.elibrary.ru,**  
где отмечается цитирование по каждой статье

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ НАСТОЯЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У РОЖЕНИЦ С ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИЧЕСКОЙ ДИСТОЦИЕЙ****Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** С целью комплексной оценки течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистокцией было обследовано 140 рожениц в городском перинатальном центре. Во всех наблюдаемых случаях вопрос об оперативном родоразрешении решался в конце первого периода родов. Показанием к пересмотру консервативного плана ведения родов являлись такие признаки, как выявление при влагалищном исследовании аномалий вставления головки плода, определение резко выраженной конфигурации головки, положительный симптом Вастена, появление симптомов прижатия мочевого пузыря, развитие вторичной слабости родовой деятельности, нарастающая отечность шейки матки и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях. У каждой десятой роженицы отмечено появление потуг при высоко стоящей головке.

**Ключевые слова:** роженицы, цефало-пельвическая дистокция, течение беременности и родов.

**ЦЕФАЛО-ПЕЛЬВИКАЛЫК ДИСТОЦИЯСЫ БАР ТӨРӨӨЧҮ АЯЛДАРДЫН КОШ БОЙЛУУЛУГУНУН ЖАНА ТӨРӨТҮНҮН ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮГҮ****Омуркулова Г.С., Иманкулова Ч.Б., Исакова Ж.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Цефало-пельвикалык дистокциясы бар төрөөчү аялдардын кош бойлуулугунун жана төрөтүнүн жүрүшүнө комплекстүү баа берүү максатында шаардык перинаталдык борбордогу 140 төрөөчү аялга изилдөө жүргүзүлдү. Байкоо жүргүзүү учурунда операция аркылуу төрөткө уруксат берүү жөнүндөгү маселе төрөттүн биринчи мезгили өткөндөн кийин чечилген. Төрөттү жүргүзүүнүн консервативдүү планын кароонун көрсөткүчү болуп ымыркайдын башынын аномалдык абалын аялдын жыныс мүчөсүнүн ичин изилдөөдөн алынган белгилер, баштын конфигурациясын аныктоо, Вастендин оң симптому, табарсыктын кысылуу симптомунун болушу, төрөттүн жүрүшүнүн экинчи алсыроосу, жатындын моюнчасынын шишигинин жана адекваттуу жатын жыйрылуусунда ымыркайдын абалы эсептелинет. Ар бир онунчу төрөөчү аялда бийик турган баштын шишиги байкалган.

**Негизги сөздөр:** төрөөчү аялдар, цефало-пельвикалык дистокция, кош бойлуулуктун жана төрөттүн жүрүшү

**THE PECULIARITIES OF THE PRESENT PREGNANCY AND DELIVERY IN WOMEN WHOSE LABORS WERE COMPLICATED WITH CEPHALO-PELVIC DYSTOCIA****Omurkulova G.S., Imankulova Ch.B., Isakova J.K.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** In order to present a comprehensive assessment of current pregnancy and delivery in women with cephalosporin-pelvicheskoy dystocia were examined 140 pregnant women in the city perinatal center. In all observed cases, the question of operative delivery was decided at the end of the first stage of labor. The indication for revision of the conservative plan of management of labor were features such as identification on vaginal examination anomalies of insertion of the fetal head, the definition of a pronounced head configuration, positive symptom Vasto appearance pressing bladder symptoms, the development of secondary weakness of labor, increasing cervical swelling and lack of descent fetal presenting part with adequate uterine contractions. Every tenth of mothers noted the appearance of any attempts at high standing head.

**Keywords:** mothers, cephalosporin-pelvicheskaya dystocia, pregnancy and childbirth.

**Введение.**

Одной из насущных проблем современной акушерской науки и практики является проблема снижения уровня материнской и перинатальной смертности [1, 2, 3]. При этом одним из ведущих факторов, влияющим на эти показатели, является возникновение в родах цефало-пельвической дистокции [4, 5].

Как известно, цефало-пельвическая дистокция (ЦПД) представляет собой несоответствие между тазом роженицы (независимо от его размеров) и головкой плода, причинами возникновения которой является анатомически узкий таз, крупный плод или неправильные вставления головки. Частота этой патологии в течение последних десятилетий не снижается и колеблется по данным разных авторов от 0,7 до 9,8% к общему числу родов [5, 9, 10]. При этом многие особенности течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистокцией представляют собой факторы

риска формирования цефало-пельвической дистокции и макросомии плода, которые, в свою очередь, способствуют осложненному течению родового процесса и приводят к перинатальным потерям, материнскому и детскому травматизму. Все это свидетельствует о необходимости выделения группы беременных и рожениц с риском развития цефало-пельвической дистокции в родах [6, 7, 8, 11].

**Целью данного исследования** было изучить особенности течения настоящей беременности и родов у рожениц с цефало-пельвической дистокцией.

**Материалы и методы.**

С целью комплексной оценки данных соматического и репродуктивного анамнеза женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистокцией были обследованы роженицы, отобранные сплошным методом в городском перинатальном центре г.Бишкек. Была использована репрезентативная вероятная выборка,

состоящая из 140 рожениц, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, показанием для проведения которой послужила возникшая в родах цефало-пельвическая дистоция. Было изучено течение беременности и родов женщин, родоразрешенных путем операции кесарева сечения, показанием для проведения которой послужила возникшая в родах цефало-пельвическая дистоция. Осуществлен анализ особенностей течения и осложнения предыдущих беременностей, а также наличие в анамнезе перинатальных потерь.

#### Результаты.

Известно, что факторы риска развития акушерской и перинатальной патологии могут быть выявлены и при анализе данных об особенностях течения настоящей беременности и родов. Осложнения беременности оказывают влияние на её исход и влияют на развитие плода и новорожденного.

При изучении анамнеза женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистоцией, было выявлено, что соматически здоровыми к моменту наступления беременности было 87 женщин или 62,1% из них. Остальные 37,9% (n = 53) обследованных рожениц страдали тем или иным экстрагенитальным заболеванием.

Известно, что своевременные роды происходят в пределах 38 - 40 недель беременности, если считать от первого дня последней менструации. В наших исследованиях у подавляющего большинства беременных роды начались своевременно – в сроке 38 - 40 недель. У 27,2% рожениц роды наступили в сроке 41 - 42 недель, а у 3,4% - в сроке до 36 недель.

Оценка данных исследования показала, что течение беременности оценено как физиологическое у 54% из них, а различные осложнения беременности имело 46% женщин, причем у 17,6% из них наблюдалось какое-либо

одно осложнение, а у 43,4% их имелось несколько. Как видно из рисунка 1, в структуре осложнений беременности на первом месте находилась анемия беременных, на втором – ранний гестоз, на третьем - преэклампсия различной степени выраженности и гипертензивные состояния – 22,8%.

Почти у каждой седьмой роженицы с цефало-пельвической дистоцией наблюдалась угроза прерывания беременности или угроза преждевременных родов (7,1% и 7% соответственно). Хроническая внутриутробная гипоксия плода диагностирована у 7,1% женщин, а у 3,9% - выявлен синдром задержки внутриутробного развития. У 7,3% опрошенных женщин наблюдалась избыточная прибавка массы тела в течение данной беременности, которая способствует развитию макросомии плода. Нами выявлено, что наиболее часто сочетанные осложнения течения беременности наблюдались у группы женщин старше 30 лет, доля их среди женщин с осложненным течением беременности составила 61%.

Не менее важным для прогноза развития перинатальной патологии имеют особенности и осложнения течения настоящих родов. Анализ полученных данных показал, что наиболее частым осложнением родов у исследованных женщин явилось несвоевременное излитие околоплодных вод – оно произошло у каждой третьей роженицы (32,7%) (рис.2). Патологический прелиминарный период, вызывающий утомление роженицы и повышающий риск развития внутриутробной гипоксии плода, развивался почти у каждой седьмой женщины (15,3%). Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты имела место у 5,3% рожениц.

Выявлено, что почти у каждой четвертой роженицы диагностирована аномалия родовой деятельности (26,4%), в структуре которой преобладала первичная и вторичная

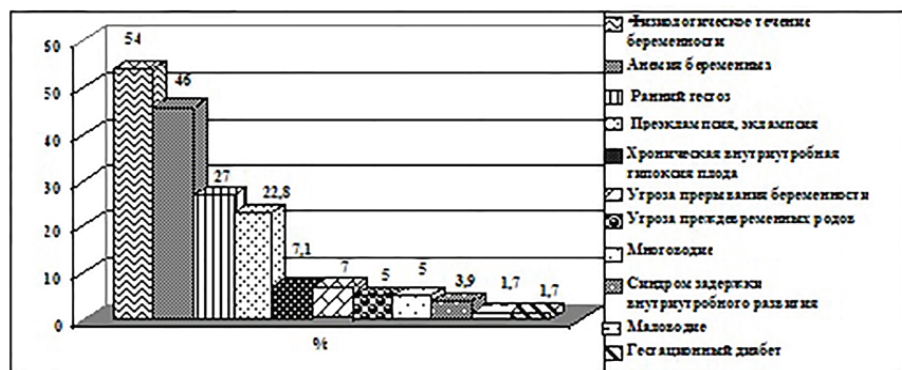


Рис.1. Вид осложнения беременности у женщин с цефало-пельвической дистоцией (%)

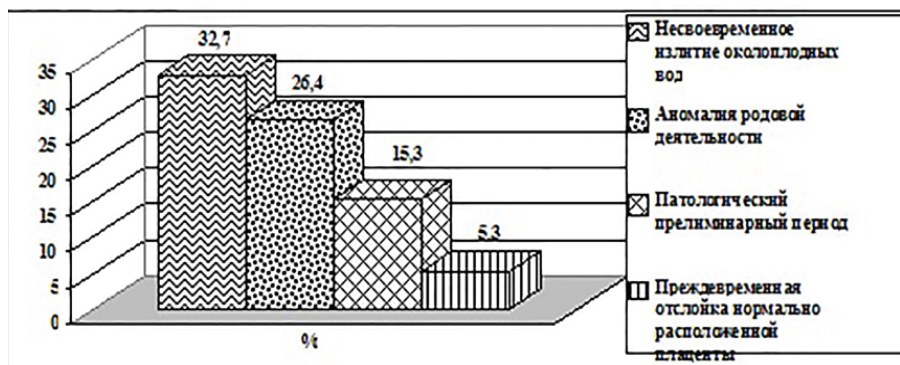


Рис.2. Осложнения течения родов у женщин с цефало-пельвической дистоцией (%)

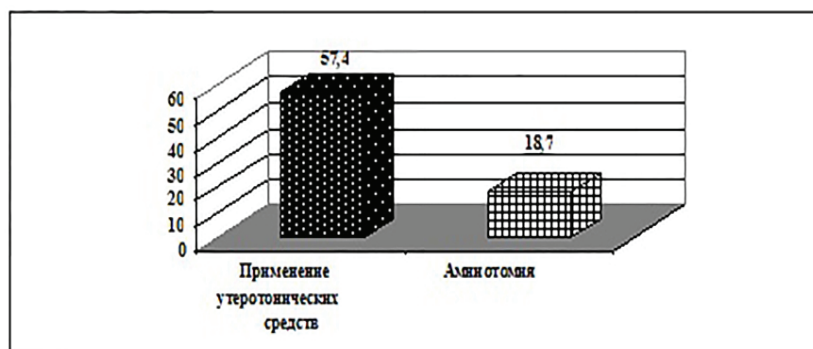


Рис.3. Метод усиления родовой деятельности, примененный у женщин с развившейся в последующем цефало-пелвической дистокцией (%)

Таблица 1.  
Структура аномалий родовой деятельности, развившейся у женщин с цефало-пелвической дистокцией (%)

| Вид аномалии родовой деятельности                   | n  | %    |
|-----------------------------------------------------|----|------|
| Первичная и вторичная слабость родовой деятельности | 28 | 75,7 |
| Дискоординированная родовая деятельность            | 6  | 16,2 |
| Бурная родовая деятельность                         | 3  | 8,1  |
| Всего                                               | 37 | 100  |

слабость родовой деятельности (75,7%) (табл. 1.).

Второй по частоте аномалией родовой деятельности была дискоординированная родовая деятельность (16,2%), проявлявшаяся нерегулярными, неэффективными и болезненными схватками с замедлением раскрытия маточного зева. Опасность развившейся у каждой шестой роженицы данной аномалии родовой деятельности обусловлена увеличением при этом вероятности нарушения маточно-плацентарного кровообращения и развития внутриутробной гипоксии плода.

На третьем месте по частоте в структуре аномалий родовой деятельности занимала такая клиническая форма родовой дисфункции, как чрезмерно сильная, бурная родовая деятельность, диагностированная у 8,1% рожениц. Данная патология проявлялась гиперактивностью матки и расстройством газообмена во всех наблюдаемых случаях. Необходимо отметить, что у рожениц с цефало-пелвической дистокцией из-за наличия у них пространственного несоответствия между тазом и предлежащей частью плода при бурной родовой деятельности развилась картина перерастяжения нижнего маточного сегмента и угрожающего разрыва матки, а у 33,3% из них произошла преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Вялая или слабая родовая деятельность, как известно, ведет к затягиванию родового процесса, замедлению продвижения плода по родовым путям и развитию внутриутробной гипоксии плода. Основным немедикаментозным методом, позволяющим вызвать усиление родовой деятельности, является искусственное вскрытие плодного пузыря – амниотомия. Выявлено, что на долю амниотомий приходилось 18,7% случаев, и проводились они с целью родовозбуждения или

родостимуляции. В случае неэффективности амниотомии необходимо применение медикаментозных средств, при этом основным методом коррекции интенсивности процесса родов является применение утеротоников, которые усиливают сократительную деятельность матки. Анализ полученных данных показал, что утеротонические средства применялись в 57,4% случаев. Причем у повторнородящих почти в 2,5 раз чаще, чем у первородящих (40,9% и 16,5% соответственно) (рис.3).

При характеристике общей продолжительности родов необходимо учитывать многие обстоятельства, оказывающие влияние на нее – размер плода, особенности костного таза и мягких родовых путей роженицы, интенсивность родовой деятельности, а также характер предлежащей части и особенности её вставления. Известно, что средняя продолжительность физиологических родов у повторнородящих составляет 6 – 10 часов и 7 – 12 часов у первородящих, при этом, наиболее продолжительным является первый период. Выявлено, что в латентной фазе первого периода поступило 62,7% рожениц, а в активной фазе, характеризующиеся интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием шейки матки – 37,3%. Длительность активной фазы составила в среднем  $522,6 \pm 8,7$  мин.

Так анализ полученных данных показал, что у 31,4% рожениц клиническое несоответствие возникло из-за патологического асинклитического вставления – аномалии положения головки во входе или в полости малого таза, при которой стреловидный шов был отклонен от срединной линии таза. При этом, в 25,7% случаев был диагностирован патологический задний асинклитизм (асинклитизм Негеле), или заднетеменное вставление, а в 5,7% случаев – передний асинклитизм (асинклитизм

Литцманна), когда стреловидный шов был приближен к мысу. Так как прогноз при формировании патологического асинклитизма сомнителен как для матери, так и для плода, все эти женщины были своевременно родоразрешены путем операции кесарева сечения.

Следующей по частоте причиной формирования цефало-пельвической дистонии явился крупный плод или макросомия плода, которая диагностирована у 34,3% рожениц. Средний вес извлеченных при операции новорожденных у данных рожениц составил  $4232,7 \pm 221$  грамм.

Среди других причин формирования клинического несоответствия на третьем месте было высокое прямое стояние стреловидного шва и доля данной патологии в структуре причин, способствовавших формированию цефало-пельвической дистонии, составила 17,1%. И хотя, по данным литературы, этот вид аномалии вставления головки встречается редко - в 0,06% случаев, в наших исследованиях среди женщин с развившимся клиническим несоответствием он диагностирован почти у каждой шестой роженицы. Анализ соотношения выявленных видов высокого прямого стояния стреловидного шва - переднего и заднего показал, что в 66,7% случаев это был задний вид, а в 33,3% - передний.

У 6,4% женщин цефало-пельвическая дистония в родах развилась на фоне позднего гестоза беременных. У 27,4% был отягощенный акушерский анамнез, у 1,4% произошло выпадение петель пуповины, а у 26,4% развилась аномалия родовой деятельности.

Во всех наблюдаемых случаях вопрос об оперативном родоразрешении решался в активной фазе первого периода родов. При этом учитывались многие диагностические критерии. Показанием к пересмотру консервативного плана ведения родов являлись такие признаки, как выявление при влагалищном исследовании аномалий вставления головки плода (51,3%), определение резко выраженной конфигурации головки (17,8%), положительный симптом Вастена (22%), появление симптомов прижатия мочевого пузыря (7,9%), развитие вторичной слабости родовой деятельности (8,5%), нарастающая отечность шейки матки (44,1%) и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях (47,5%). У 8,7% рожениц отмечено появление потуг при высоко стоящей головке.

## Выводы:

1. Осложненное течение настоящей беременности у женщин, роды которых осложнились цефало-пельвической дистонией, было у 46% из них, при этом, в структуре осложнений беременности на первом месте находилась анемия беременных, на втором - ранний гестоз, на третьем - преэклампсия различной степени тяжести, далее, по мере убывания наблюдалась угроза прерывания беременности, хроническая внутриутробная гипоксия плода и синдром задержки внутриутробного развития.

2. Показаниями к пересмотру консервативного

плана ведения родов послужило выявление аномалий вставления головки плода, положительный симптом Вастена, появление симптомов прижатия мочевого пузыря, развитие вторичной слабости родовой деятельности, нарастающая отечность шейки матки и отсутствие опускания предлежащей части плода при адекватных маточных сокращениях.

3. Причинами, способствовавшими формированию цефало - пельвической дистонии по мере убывания были патологический асинклитизм, макросомия плода, высокое прямое стояние стреловидного шва, анатомически узкий таз, лобное вставление и поперечное положение плода.

## Литература:

1. Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска [Текст] / В.В.Абрамченко. - М.: Медицинское информационное агентство. - 2004. - 400 с.
2. Баранов И.И. Эпидемиология материнской смертности в мире [Текст] / И.И. Баранов, З.З. Токова // Здоровоохранение Российской Федерации. - 2012. - № 1. - С. 13 - 17.
3. Здоровье женщин и новорожденных детей в Кыргызстане и Чуйской области: оценка и обоснование вмешательств [Текст] / Бутта З.А., Хан Я.П. // Бишкек, 2009. - 51 с.
4. Ковалев В.В. Оптимизация ведения родов при высоком риске функционально узкого таза [Текст] / В.В. Ковалев, В.А. Ломовских // Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». - М., 2002. - Часть I. - С. 324 - 325.
5. Ковалев В.В. Эпидемиология функционально узкого таза / В.В. Ковалев, Е.В. Горемыкина [Текст] / Материалы IV Российского форума «Мать и дитя» Часть I - М., 2002. - С. 321 - 322.
6. Копырин И.Ю. Анализ факторов риска по возникновению клинически узкого таза [Текст] / И.Ю. Копырин, Е.В. Сурвилло // Сб. материалов VII Всероссийской научно-практической конференции по медицине. - Тула, 2008. - С. 168 - 169.
7. Мыльникова Ю.В. Акушерско-гинекологический анамнез у женщин с макросомией [Текст] / Ю.В. Мыльникова, Н.В. Протопопова, В.П. Ильин // Материалы III Рос. - фр. науч. - практической конференции "Современный взгляд на вопросы репродуктивной медицины". - Иркутск, 2009. - С.107.
8. Сурвилло Е.В. Анализ факторов, влияющих на возникновение клинически узкого таза [Текст] / Е.В. Сурвилло // Вестник Российского государственного медицинского университета. - 2008. - №2 (61). - С. 173.
9. Чернуха Е.А. Анатомически и клинически узкий таз [Текст] / Е.А.Чернуха, А.И. Волобуев, Т.К. Пучко. М.: Триада - X, 2005. - 256 с.
10. Bai J. Parity and pregnancy outcomes [Text] / F.W., A. Wong Bauman. et al. // Am. J. Obstet. Gynecol. - 2002. - Vol. 186. - № 2. - P. 274 - 278.
11. Ferber A. Maternal complication of fetal macrosomia [Text] / A. Ferber // Clin. Obstet. Gynecol.- 2000. Vol. 43, N 2. - P. 335 - 339.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А.,  
Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева  
Республиканская клиническая инфекционная больница  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе проведен анализ историй болезней 61 ребенка с коклюшем, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. При сравнении среднетяжелых и тяжелых формах коклюша у детей раннего возраста выявлено преобладание детей до года при тяжелой форме болезни, проживающих в сельской местности и имеющих гипоксически-ишемическую энцефалопатию (ГИЭ). Выявлена недооценка тяжести коклюша, хотя лечение у многих соответствовало тяжелой форме болезни.

**Ключевые слова:** коклюш, диагностика, тяжесть болезни, лечение.

АЗЫРКЫ УБАКТАГЫ КӨК ЖӨТӨЛДҮН АКТУАЛДУУЛУГУ

Юрчук А.А., Чечетова С.В., Карамурзаева Г.А.,  
Чыныева Д.К., Журавлева О.Ю.

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

**Корутунду.** Бул илимий изилдөөдө 2015 - жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында көк жөтөлдөн даарыланган 61 баланын бейтап баяны изилденди. Көк жөтөлдүн орто жана оор формалары салыштырылганда, бир жашка чейинки балдарда оорунун оор абалы көбүрөөк кездешери, балдардын басымдуу бөлүгү айыл-жергесинде жашаары жана балдардын мээсинин гипоксикалык ишемикалык жабыркаганы аныкталды. Көк жөтөлдүн оордугу жакшы бааланбагандыгына карабай дарылоо оор түрүндөгүдөй болгон.

**Негизги сөздөр:** көк жөтөл, даргтты аныктоо, оорунун оордугу, даарылоо.

TOPICAL ISSUES OF PERTUSSIS IN CHILDREN AT THE PRESENT STAGE

Yurchuk A.A., Chechetova S.V., Karamurzaeva G.A.,  
Chinieva D.K., Zhuravleva O.Y.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy  
Republican clinical infectious hospital  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** When compared moderate and severe forms of pertussis in infants revealed the prevalence of infants with severe forms, living in rural areas and with hypoxic ischemic encephalopathy. Revealed an underestimation of the severity of disease, although treatments, corresponded to a severe form of disease.

**Key words:** pertussis, diagnostics, severity of disease, treatment.

**Введение.**

Коклюш — острое инфекционное заболевание, сопровождающееся воспалительными явлениями в верхних дыхательных путях и приступообразным спазматическим кашлем. Коклюш широко распространен в мире. Ежегодно болеет около 60 млн. человек, из которых около 600 000 умирает. По оценкам ВОЗ 90,0% из зарегистрированных случаев коклюша наблюдается в развивающихся странах [1,2]. Несмотря на то, что систематически проводится активная иммунизация, уровень заболеваемости коклюша остается высоким.

Болеют и дети, и взрослые. Наиболее часто заражаются непривитые дети в возрасте до 5 лет, причем особенно опасен коклюш для детей первого года жизни [3]. Ребенок до первого полугодия жизни не защищен от коклюша т.к. материнский иммунитет не передается, а первичный вакцинальный комплекс (3 прививки) формируется только с 5-6 месяцев. Низкий охват детей до года прививками против коклюша не позволяет реализовать вакцинацию как эффективное профилактическое средство [4,5].

Это заболевание продолжает оставаться важнейшей проблемой здравоохранения даже в странах с высоким охватом прививок против коклюша. При обследовании лиц с упорным продолжительным кашлем у 20,0—26,0% серологически выявляется коклюшная

инфекция, бактериологические исследования последние 10-20 лет не дают положительных результатов. Проводимая традиционная терапия больных коклюшем, которая заключалась в назначении этиотропных, патогенетических и симптоматических средств не всегда эффективна для больных с тяжелыми формами коклюша, что диктует поиск новых подходов к данной проблеме.

**Цель данного исследования** представить клинико-эпидемиологические особенности коклюша у детей раннего возраста на современном этапе.

**Материалы и методы.**

В работе проведен анализ историй болезни 61 ребенка с коклюшем, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г. Бишкек в 2015 году.

Применялись общеклинические методы исследования, анализ акушерского анамнеза матери и болезни ребенка, эпидемиологический анамнез. Проводилось изучение результатов показателей общего анализа крови, бактериологического исследования мазка из зева больного ребенка, а также других биохимических методов исследования крови. Статистическая обработка данных была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

**Результаты и обсуждение.**

Нами проведен анализ 61 истории болезни детей,

больных коклюшем и находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. Изучая возрастную структуру наблюдаемых нами больных, было выявлено, что большинство (86,9%) пациентов составили дети первого года жизни (рис.1), что обусловлено отсутствием материнского иммунитета, а также коротким периодом времени для формирования поствакцинального иммунитета при удлинении сроков вакцинации на первом году жизни из-за острых заболеваний.

Был проведен сравнительный анализ клинико-эпидемиологических и лабораторных критериев в двух группах, это I группа детей со среднетяжелой формой коклюша (36 – 59,0%) и II группа с тяжелой формой заболевания (25 - 41,0%).

Коклюш в среднетяжелой форме болезни отмечался, в основном у детей до 1 года жизни (80,6%) и у 19,4% детей старшего возраста. При тяжелой форме коклюша возрастная структура больных была представлена в основном детьми первого года жизни (96,0%). Интересно отметить, что среди больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали девочки (58,3%), в то время как при тяжелых (рис.2) формах болезни пациентами чаще были мальчики (52,0%).

В группе больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали городские жители (61,1%), в то время, как тяжелые формы заболевания чаще встречались среди сельских жителей (68,0%). Возможно, это было связано с более высоким охватом вакцинопрофилактикой в условиях города, по сравнению с сельской местностью,

где тяжелые формы болезни развиваются у непривитых от коклюша

Дети, больные коклюшем со среднетяжелой и с тяжелой формой заболевания были не организованными. Контакт с коклюшным больным при сборе эпидемиологического анамнеза не был установлен скорее всего потому, что источниками болезни были взрослые в семье, у которых коклюш протекал в легкой форме под маской «бронхита». Поступали дети с коклюшем, в среднем на 3-й недели болезни ( $13,7 \pm 4,5$ ;  $15,9 \pm 5,3$ ), что связано с окончанием катарального периода и началом периода спазматического кашля. С направлением в стационар обратилось 72,2% больных со среднетяжелой формой и 64,0% пациентов с тяжелой формой коклюша. Среди направительных диагнозов в группах со среднетяжелой и тяжелой формами болезни были такие, как коклюш (73,1%; 87,5%), микст-инфекция - ОРВИ+коклюш (3,8%; 6,3%), ОРВИ (23,0%; 6,3%).

При поступлении диагноз коклюша выставлен у 100,0% больных со среднетяжелой формой и 92,0% больных с тяжелой формой заболевания. В связи с тем, что для коклюшной инфекции не характерна интоксикация критериями тяжести болезни были: частота и длительность приступов спазматического кашля, частота рвоты и репризов, наличие апноэ, развитие судорожного синдрома или признаки угнетения центральной нервной системы

Среди сопутствующей патологии, в группах со среднетяжелой и тяжелой формами болезни была выявлена анемия (13,9%; 16,0%), ВПС (5,6%; 8,0%), и у 16,0% детей

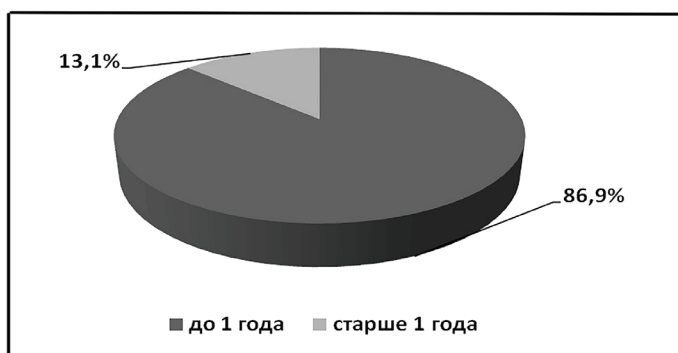


Рис.1. Возрастная структура детей, больных коклюшем

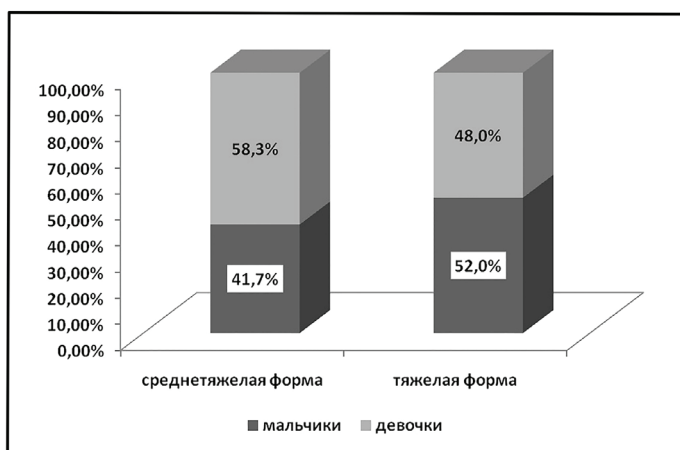


Рис.2. Распределение больных коклюшем по полу.

с тяжелой формой коклюша – гипоксически-ишемическая энцефалопатия(ГИЭ).

По данным акушерского анамнеза, беременность протекала, в основном, гладко (97,2%; 96,0), лишь у небольшой части (2,8%; 4,0%) матерей роды протекали путем кесарева сечения. В основном (97,2%; 84,0%), вес детей при рождении был в пределах нормы, низкий вес при рождении (до 2-х килограмм) был реже (2,8%; 12,0%).

Некоторые пациенты (8,3%; 28,0%), находившиеся под нашим наблюдением, получали антибактериальную терапию на догоспитальном этапе. Лечение больных детей на догоспитальном этапе проводилось (100,0%; 85,7%) препаратами ампициллинового ряда (ампициллин, амоксициллин, амоксиклав), лишь 14,3% детей с тяжелой формой коклюша получили препараты цефалоспоринового ряда (цефатоксим, цефтриаксон).

В катаральный период коклюша родителей больных детей отмечали повышение температуры тела до субфебрильных цифр (37,0-38,4<sup>0</sup>С), при этом длительность лихорадки не превышала 2-3-х дней (11,2%; 24,0%).

Среди катаральных явлений в клинической картине коклюша, в основном у всех был нарастающий кашель, насморк (63,9%; 88,0%), и умеренная гиперемия зева (33,4%; 74,0%). У 2,8% больных со среднетяжелой формой коклюша и 4,0% детей с тяжелой формой приступ кашля заканчивался рвотой, что свидетельствует о начале периода спазматического кашля.

Из осложнений коклюша, чаще развивалась пневмония (8,3%; 48,0%). Методом УЗИ головного мозга у 4,0% детей выявлены признаки внутри черепной гипертензии, как следствие ГИЭ. У всех наблюдаемых нами больных в периферической крови отмечался лейкоцитоз с лимфоцитозом (типичные изменения крови при коклюше), причем существенных различий при среднетяжелой и тяжелой формах коклюша выявлено не было (P>0,05).

При лечении, в основном, у всех детей с коклюшем (94,4%; 100,0%) использовали этиотропную антибактериальную терапию в течение 6,7±2,2 дней при среднетяжелой форме болезни и 8,6±2,8 дней при тяжелой. Антибактериальная терапия проводилась в виде монотерапии (91,4%; 80,0%), последовательного назначения антибиотиков (8,6%; 16,0%), и у 4,0% пациентов с тяжелой формой коклюша использовалась комбинированная этиотропная терапия. Стартовым препаратом, как правило, был ампициллин, который у 8,0% больных в дальнейшем был заменен на цефтриаксон. Также, в качестве монотерапии использовались препараты

цефалоспоринового ряда, и в 8,0% случаев переходили на цефалоспорины 4-го поколения.

Все дети со среднетяжелой, так и с тяжелой формами коклюша, получали синекод (61,1%; 64,0%) в качестве препарат, подавляющего кашлевой центр.

В большинстве случаев (72,2%; 80,0%) для лечения коклюша у детей до года в стационаре применялся аминазин в возрастных дозировках, хотя необходимо было использовать только при тяжелых формах болезни. Назначение ноотропа - кортексина (33,3%; 60,0%) чаще было выявлено на фоне тяжелого течения коклюша. Косвенно по объему применения аминазина и кортексина следует предполагать гиподиагностику ГИЭ и недооценку степени тяжести коклюша у детей до года. Эти данные подтверждают преобладание тяжелых форм коклюша у детей до года на фоне не диагностированных, частых имеющихся у этих детей ГИЭ.

Среднее пребывание в стационаре больных с коклюшем составило 7-10 дней. При тяжелой форме коклюша, также как и при среднетяжелой форме болезни момент выписки отмечалось улучшение состояния ребенка

#### **Выводы:**

1. В возрастной структуре детей, больных коклюшем и госпитализированных в стационар преобладали пациенты первого года жизни (86,9%).

2. В группе больных со среднетяжелой формой коклюша преобладали городские жители (61,1%), в то время, как тяжелые формы заболевания чаще встречались среди сельских жителей (68,0%). Чаще всего коклюш у детей до года протекает в тяжелой форме, была недооценка тяжести состояния и роль ГИЭ в формировании тяжелых форм коклюша.

3. Назначение аминазина и ноотропа – кортексина показано только при тяжелой форме болезни, особенно с отягощенным ГИЭ преморбидным фоном.

#### **Литература:**

1. *Коклюш у детей. Методические рекомендации, Бишкек 2012. – 28с.*
2. *Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей // учебник - Геотар Медицина, 2010. – 687 с.*
3. *Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей // Москва, 2002. – 321 с.*
4. *Махмудов О.С. Справочник по инфекционным болезням детского возраста // Ташкент, 2006. – 196 с.*
5. *Соколова Н.Г. Педиатрия с детскими инфекциями // Феникс, 2006. – 326с.*

### КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗОМ «АНТОКСИДА»

Абасканова П.Д., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

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

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье представлены клиничко-рентгенологические исследования хронического генерализованного пародонтита. К концу лечения выявлено: полное восстановление костной ткани пародонта у 53,4% и частичное 46,6% случаев, соответственно в группе традиционного лечения наблюдалось частичное восстановление в 15% случаев.

**Ключевые слова:** пародонтит, ультрафонофорез, лечение.

### ОРТОЧО ДАРАЖАДАГЫ ӨНӨКӨТ ЖАЙЫЛГАН ПАРОДОНТИТТИ «АНТОКСИД» КАРАЖАТЫН УЛЬТРАФОНОФОРЕЗ ЖҮРГҮЗҮП НАТЫЙЖАСЫН

КЛИНИКА-РЕНТГЕН АРКЫЛУУ БАА БЕРҮҮ

Абасканова П.Д., Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университети

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада өнөкөт жайылган пародонтитти «Антоксид» менен ультрафонофорез жүргүзүнүн клиникалык жана рентгенологиялык изилдөөсүнүн натыйжасы көрсөтүлгөн. Дарылоонун жыйынтыгында: пародонт сөөгүнүн толук калыбына келүүсү 53,4%, толук эмес 46,6%, учурда ал эми, традициялдуу дарылоо тобунда толук эмес калыбына келүү 15% түзгөн.

**Негизги сөздөр:** пародонтит, ультрафонофорез, дарылоо.

### CLINICAL-RENTGENOLOGICAL REVIEW OF EFFECTIVE CUREMENT OF CHRONIC GENERALIZED PARADONTITIS IN MIDDLE FASE OF DEVELOPMENT CUREMENT WITH THE HELP OF ULTRAPHONOPHOREZ «ANTOKSIDA»

Abaskanova P.D., Alymkulov R.D., Saralinova G.M.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Kyrgyz – Russian Slavic University named after B.N. Elsin

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Clinical-rentgenological researches of chronic generalized parodontitis were discussed in the article. At the end of curement full rehabilitation of bone tissue of parodont in 53,4%, partial occasion in 46,6% of occasion was observed. Thus, in group of traditional curement partial rehabilitation in 15% of occasion was observed.

**Keywords:** parodontitis, ultraphonophorez, treatment.

**Актуальность** заболеваний пародонта определяется широкой распространенностью их во всех возрастных группах (90%), тяжестью течения, негативным влиянием на состояние зубочелюстной системы и организма пациента в целом. В связи с этим, важную роль в стоматологии занимает проблема профилактики, диагностики и лечения воспалительных заболеваний пародонта [2,4]. За последние годы предложены и разработаны множество методов и средств для профилактики и лечения заболеваний пародонта. Особое внимание при этом уделяется разработке и внедрению новых лекарственных средств и физиотерапевтических методов для комплексного лечения воспалительных заболеваний пародонта. Среди применяемых физиотерапевтических методов лечения особое место отводится ультрафонофорезу, которое связано с влиянием его на активность репаративных процессов. При этом частичная деминерализация костной ткани, возникающая после курсового проведения ультрафонофореза (УФФ) приводит к стимулированию остеоиндуктивных процессов выполняя роль пускового механизма костной регенерации [3]. Исходя из этого для лечения хронического генерализованного пародонтита (ХГП) средней степени

тяжести нами была разработана и запатентована рецептура лечебной стоматологической пасты «Антоксид». Средство содержит в оптимальных количествах антоксидные минеральные элементы: медь, кобальт и селен, которые активизируют работу основных антоксидных ферментов, что в свою очередь, приводит к дезактивации пероксидов [1].

**Цель исследования:** повышение эффективности лечения хронического генерализованного пародонтита средней степени тяжести путем включения в комплексную терапию ультрафонофореза «Антоксида».

#### Материал и методы исследования.

Клиническое исследование включало в себя комплексное обследование и лечение 48 пациентов. Первая группа традиционного лечения составила 26 пациентов с ХГП средней степени тяжести, из них: 19,2% были в возрасте 20-29 лет, 23,1% - 30-39 лет, 30,8% - 40-49 лет и 26,9% - больные 50-59 лет.

Все пациенты до начала лечения предъявляли следующие жалобы: зуд в деснах - 5 пациентов (19,2%), ноющие боли в десне - 12 пациентов (46,1%), неприятный запах изо рта - 20 пациентов (76,9%). Повышенная чувствительность шеек зубов наблюдалась у 7 пациентов

(26,9%), кровоточивость десен и выделения из пародонтальных карманов имели 25 пациентов (96,2%). У всех обследованных I группы (100%) выявлены минерализованные над- и поддесневые зубные отложения. Подвижность зубов различной степени отмечали 14 пациентов (53,8%). При объективном обследовании определялись отекие, рыхлые, неплотно прилегающие к шейкам зубов десны, кровоточащие при дотрагивании. Средняя глубина пародонтальных карманов составила  $5,18 \pm 0,15$  мм. Значения ГИ по Федорову-Володкиной интерпретировались как «неудовлетворительные» или «плохие» и составили в среднем  $2,8 \pm 0,17$  баллов. Среднее значение ПИ равнялось  $3,2 \pm 0,2$ . Усредненный показатель времени образования гематомы был равен  $15 \pm 0,22$  секунды. Анализ рентгенологической картины альвеолярных отростков показал признаки остеопороза вблизи резорбированных перегородок, где резорбция костной ткани межзубных перегородок составила  $\frac{1}{2}$  длины корня. Вторая группа-введение «Антоксида» методом УФФ включала в себя комплексное обследование и лечение 22 пациентов с ХГП средней степени тяжести, из них: 16,7% были в возрасте 20-29 лет, 20,8% - 30-39 лет, 30,6% - пациенты в возрасте 40-49 лет, 31,9% - 50-59 лет. Объективное обследование показало, что 17 пациентов (77,3%) отмечали жалобы на кровоточивость, неприятный запах, гноетечение из зубодесневых карманов, 10 пациентов (45,4%) ноющие боли, у 4 больных подвижность зубов II-III степени. Показатели клинических индексов отчетливо указывали на запущенный патологический процесс в пародонте и неудовлетворительное состояние гигиены полости рта. ГИ у пациентов группы исследования в среднем составил  $3,7 \pm 0,44$  балла. ПИ при этом был  $3,9 \pm 0,12$  балла. Глубина пародонтального кармана у пациентов до лечения, в среднем, составляла  $5,7 \pm 0,5$  мм. Определение стойкости капилляров десны выявило достоверное снижение времени образования гематомы и составило  $18 \pm 0,11$  секунды. Рентгенологическое обследование с помощью внутри - и внеротовых рентгеновских снимков выявило появление крупнопетливой структуры кости, убыль костной ткани межальвеолярных перегородок зуба и неравномерную атрофию кости у зубов разных групп.

Комплексная терапия пациентов в обеих

группах согласно общепринятым схемам начиналась с ультразвуковой чистки минерализованных зубодесневых отложений и эпителиального содержимого патологических карманов, обработку проводили под «антисептическим прикрытием» раствором фурацилина. В среднем курс лечения в первой группе с применением традиционного метода состоял из 10-12 процедур. Во второй группе после прекращения экссудации, проводили процедуру УФФ «Антоксида» по 5-7 минут на верхней и нижней челюстях. Курс состоял из 6-8 воздействий через 1 день. Процедуру заканчивали накладыванием на десневой край давящей твердеющей повязки «Парасепт». По показаниям пациентов санировали (проводили терапию кариеса и его осложнений, удаляли нефункциональные корни зубов и подвижные зубы). На дом местно назначалось средство «Антоксид» в виде лечебно-профилактического средства гигиены полости рта. По патогенетическим показаниям назначались десенсибилизирующие средства, поливитамины и препараты кальция. Все пациенты 2 группы не имели противопоказаний к проведению физиотерапевтических методов лечения.

## Результаты и их обсуждения.

Результаты клинико-рентгенологического обследования пациентов первой группы были следующие: через 6 месяцев у 8 пациентов (40%) появились минерализованные зубные отложения. Дискомфорт, кровоточивость десен и ноющие боли небольшой интенсивности отмечали 7 пациентов (35%). Клинические и рентгенологические показатели представлены в таблице 1 и 2.

Как видно из таблицы 3, через 6 месяцев средняя глубина пародонтального кармана у пациентов обследуемой группы составила  $2,1 \pm 0,14$  мм, ГИ –  $1,2 \pm 0,23$  балла, ПИ –  $1,1 \pm 0,4$  балла, стойкость капилляров не претерпела существенных изменений и составила  $55 \pm 0,15$  секунд. Через 12 месяцев показатели существенно не изменились.

Рентгенологические показатели у больных 2 группы указывали на стабилизацию патологического процесса, проявляющуюся в оссификации резорбированных межальвеолярных перегородок и уплотнение их контуров. Данные рентгенологических исследований больных, леченных с использованием ультрафонофореза

**Таблица 1.**  
**Результаты лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом, леченных традиционным методом**

| Сроки наблюдения | Кол-во больных | Показатели         |                    |                       |                                      |
|------------------|----------------|--------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------------------|
|                  |                | ГИ                 | ПИ                 | Проба Кулаженко (сек) | Глубина пародонтального кармана (мм) |
| До лечения       | 26             | $2,8 \pm 0,5$      | $3,2 \pm 0,1$      | $15 \pm 0,3$          | $5,2 \pm 0,1$                        |
| Через 6 месяцев  | 20             | $1,2 \pm 0,1^*$    | $1,4 \pm 0,3^*$    | $25 \pm 0,5^*$        | $3,2 \pm 0,2^*$                      |
| Через 12 месяцев | 20             | $1,4 \pm 0,1^{**}$ | $1,6 \pm 0,1^{**}$ | $20 \pm 0,3^{**}$     | $3,6 \pm 0,2^{**}$                   |

Примечание: \*, \*\* - разница статически значима в сравнении с пациентами до лечения ( $P < 0,01$ )

**Таблица 2.**  
**Рентгенологические данные больных с хроническим генерализованным пародонтитом, леченных традиционным методом**

| Степень восстановления костной ткани                                | Пол        |            | Возраст   |           |           |           |
|---------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                                                     | М          | Ж          | 20-29 лет | 30-39 лет | 40-49 лет | 50-59 лет |
| Всего (до лечения), n=26                                            | 12 (46,2%) | 14 (53,8%) | 5 (19,2%) | 6 (23,1%) | 8 (30,8%) | 7 (26,9%) |
| Через 6 мес., n=20                                                  | 9 (45%)    | 11 (55%)   | 5 (25%)   | 7 (35%)   | 4 (20%)   | 4 (20%)   |
| Через 12 мес., n=20                                                 | 7 (35%)    | 13 (65%)   | 6 (30%)   | 3 (15%)   | 7 (35%)   | 4 (20%)   |
| Полное восстановление межзубных перегородок через 6 месяцев         | -          | -          | -         | -         | -         | -         |
| Частичное восстановление (склеротизация краев альвеол) через 6 мес. | 3 (15%)    | 1 (5%)     | 2 (10%)   | 2 (10%)   | -         | -         |
| Полное восстановление через 12 месяцев                              | -          | -          | -         | -         | -         | -         |
| Частичное восстановление через 12 месяцев                           | 2 (10%)    | 1 (5%)     | 2 (10%)   | 1 (5%)    | -         | -         |

**Таблица 3.**  
**Результаты лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом, леченных с использованием ультрафонофореза «Антоксида»**

| Сроки наблюдения | Кол-во больных | Показатели |           |                       |                                      |
|------------------|----------------|------------|-----------|-----------------------|--------------------------------------|
|                  |                | ГИ         | ПИ        | Проба Кулаженко (сек) | Глубина пародонтального кармана (мм) |
| До лечения       | 22             | 3,7±0,4    | 3,9±0,1   | 18±0,1                | 5,7±0,5                              |
| Через 6 месяцев  | 18             | 1,2±0,2*   | 1,1±0,4*  | 55±0,2*               | 2,1±0,1*                             |
| Через 12 месяцев | 18             | 1,2±0,1**  | 1,0±0,2** | 50±0,2**              | 2,2±0,2**                            |

*Примечание: \*, \*\* - разница статически значима в сравнении с пациентами до лечения (P<0,05)*

**Таблица 4.**  
**Рентгенологические данные больных с хроническим генерализованным пародонтитом, леченных с использованием ультрафонофореза «Антоксида»**

| Степень восстановления костной ткани                                | Пол       |            | Возраст   |           |           |           |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                                                                     | М         | Ж          | 20-29 лет | 30-39 лет | 40-49 лет | 50-59 лет |
| Всего (до лечения), n=22                                            | 9 (40,9%) | 13 (59,1%) | 4 (16,7%) | 6 (20,8%) | 7 (31,8%) | 5 (31,9%) |
| Через 6 мес., n=17                                                  | 8 (47,1%) | 9 (52,9%)  | 5 (29,4%) | 7 (41,2%) | 3 (17,6%) | 2 (11,8%) |
| Через 12 мес., n=15                                                 | 7 (46,7%) | 8 (53,3%)  | 3 (20%)   | 4 (26,7%) | 6 (40%)   | 2 (13,3%) |
| Полное восстановление межзубных перегородок через 6 месяцев         | 3 (17,6%) | 3 (17,6%)  | 3 (17,6%) | 3 (17,6%) | -         | -         |
| Частичное восстановление (склеротизация краев альвеол) через 6 мес. | 6 (35,2%) | 5 (29,4%)  | 5 29,4%   | 5 (29,4%) | 1 (5,9%)  | -         |
| Полное восстановление через 12 месяцев                              | 3 (20,0%) | 5 (33,3%)  | 4 (26,7%) | 3 (20,0%) | 1 (6,7%)  | -         |
| Частичное восстановление через 12 месяцев                           | 3 (20%)   | 4 (26,7%)  | 4 (26,7%) | 2 (13,3%) | 1 (6,7%)  | -         |

«Антоксида» представлены в таблице 4.

### Вывод.

Сравнительный анализ эффективности УФФ «Антоксида» и традиционного метода лечения больных с хроническим генерализованным пародонтитом в клиническом аспекте привело к нормализации ГИ до  $1,2 \pm 0,2$  в основной группе, в традиционной –  $1,4 \pm 0,1$ , ПИ  $-1,0 \pm 0,2$ , соответственно  $12,6 \pm 0,1$ , глубина пародонтального кармана  $2,2 \pm 0,2$  в контроле  $3,6 \pm 0,2$ , проба Кулаженко  $50 \pm 0,2$ , в контроле  $20 \pm 0,3$  при  $P < 0,05$  и  $P < 0,01$ . Рентгенологические исследования к концу лечения выявили: полное восстановление костной ткани пародонта у 53,4% и частичное 46,6% случаев, соответственно в группе традиционного лечения наблюдалось частичное восстановление в 15% случаев.

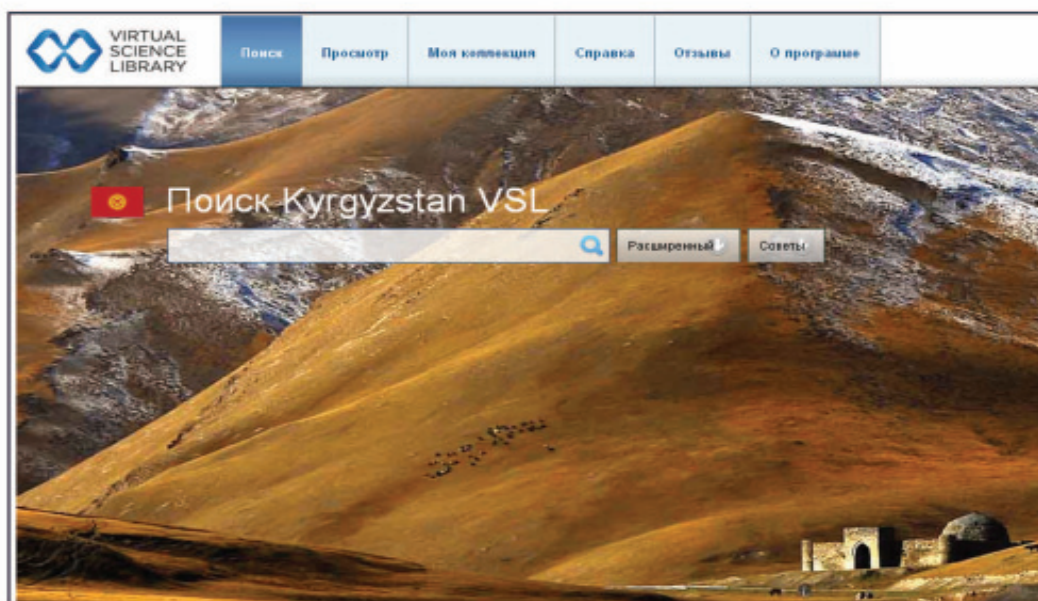
Таким образом, проведенные клинические и рентгенологические исследования, позволяют утверждать, что введение «Антоксида» методом ультрафонофореза

является целесообразным и эффективным компонентом системной терапии пациентов с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести и рекомендовать предложенный метод лечения для использования в клинической практике.

### Литература:

1. Абасканова П.Д., Алымкулов Р.Д., Куттубаева К.Б. и др. Лечебная стоматологическая зубная паста «Антоксид» // Интеллектуалдык Менчик. - Бюллетень № 6. - Бишкек, 2007. - С.18.
2. Прикулс В.Ф. Лекарственный фотофорез в восстановительном лечении больных с хроническим генерализованным пародонтитом / автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.51, 14.00.21 / В.Ф. Прикулс. - М., 2009. - 44с.
3. Пономаренко Г.Н. Общая физиотерапия / Г.Н. Пономаренко. - 2012. - 510 с.
4. Барер Г.М. Болезни пародонта / Г.М. Барер. - М., 2015. - Ч. 2. - 224 с.

WWW.KYRGYZSTANVSL.ORG



Виртуальная научная библиотека Кыргызстана (ВНБ) недавно запустила новую функцию удаленного доступа, которая будет расширять доступ к ВНБ через любое подключение к интернету. В результате, доступ к рецензируемым статьям и электронным книгам, которые ранее требовали подключение к интернету в научно-исследовательском институте, теперь доступен для любого аспиранта, профессора, или исследователя при вузе-партнере ВНБ с любым стабильным доступом в Интернет.

## ПРИМЕНЕНИЕ ЕВРОПЕЙСКИХ ИНДИКАТОРОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ БИШКЕКА

Чолокова Г.С., Калбаев А.А.

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

**Резюме.** В статье приводятся результаты определения специфичности и степени информативности Европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья 200 детей школьного возраста г. Бишкек, Кыргызская Республика. Процент здоровых 12 и 15-ти летних составил 10% и 3% соответственно. КПУ-3.8 в 12 лет и КПУ-5.4 у 15-ти летних. Европейские индикаторы могут быть использованы для мониторинга эффективности первичной профилактики.

**Ключевые слова:** стоматологическое здоровье, дети, Кыргызстан.

## БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН БАЛДАРДЫН СТОМАТОЛОГИЯЛЫК ДЕН-СООЛУГУН ЕВРОПАЛЫК ИНДИКАТОРЛОРДУ КОЛДОНУУ МЕНЕН ИЗИЛДӨӨ

Чолокова Г.С., Калбаев А.А.

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

**Корутунду.** Бул илимий макалада Кыргыз Республикасынын Бишкек шаарында жашаган мектеп жашында 200 баланын стоматологиялык ден соолугуна баа берүү үчүн Европалык индикаторлордун спецификасы жана маалымат берүү денгелинин натыйжалары көрсөтүлгөн. Он эки жаштагы балдардын стоматологиялык ден соолугу жакшы көрсөткүчү 10%, КПУ – 3,8 ал эми он беш жаштагылардыкы 3%, КПУ – 5,4 түздү.

Натыйжада стоматологиялык ооруларды биринчи ирээтте алдын алуунун эффективдүүлүгүн мониторинг жасоо үчүн Европалык индикаторлорду колдонсо болот.

**Негизги сөздөр:** стоматологиялык ден соолук, балдар, Кыргызстан.

## BISHKEK CHILD'S STOMATOLOGICAL HEALTH EUROPEAN INDICATORS

Cholokova G.S., Kalbaev A.A.

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

**Resume.** Article presents results of evaluation of European Indicators specificity and informative level for Estimation of 200 Bishkek (Kyrgyzstan) school-age child. Fraction of healthy 12 and 15 years child were 10% and 3% accordingly. European Indicators can be used for monitoring of Primary Prophylaxis Effectiveness.

**Key words:** stomatological Health, child, Kyrgyzstan.

Национальная система стоматологической помощи населению, согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения должна включать мониторинг стоматологического здоровья, используя общепринятые на международном уровне критерии, что позволяет объективно оценивать качество лечебно-профилактической стоматологической помощи, обоснованно и своевременно вносить соответствующие коррективы в программы профилактики стоматологических заболеваний, планировать материальное и кадровое обеспечение отрасли [1,2]. В Кыргызской Республике имеется многолетний опыт эпидемиологических исследований детей и взрослого населения и данные этих исследований регулярно публикуются в национальных и международных профессиональных изданиях.

Наиболее часто для оценки стоматологического здоровья детей используют индексы КПУ постоянных зубов «ключевых» возрастных групп 12 и 15 лет, что позволяет определить динамику заболеваемости детского населения кариесом. Так, в Кыргызстане средний КПУ постоянных зубов у 12-летних детей в 1995 году был 3.1, что дает основание для предположения о тенденции роста заболеваемости детей кариесом. Однако, при этом, достаточно сложно, или невозможно определить возможные причины наблюдаемой тенденции и дать научно обоснованные рекомендации по устранению негативных факторов, способствующих ухудшению

стоматологического здоровья детей.

Факторы риска возникновения основных стоматологических заболеваний – кариеса зубов и болезней пародонта – общеизвестны: дефицит фтора в питьевой воде, частое употребление сладких продуктов питания и избыточное накопление на зубах микробного налета [3,4]. Однако, по разным причинам, эти факторы в системе стоматологической помощи не всегда учитываются, а в научных работах используется большое разнообразие методик исследований и оценочных критериев, что, в конечном итоге, делает проблематичным, или невозможным использовать предлагаемые рекомендации на практике. Так, по данным руководителя рабочей группы FDI-ERO по профилактике D.Bourgeois, в мире применяются более 600 разных критериев оценки стоматологического здоровья и качества стоматологической помощи населению [5].

Для мониторинга стоматологического здоровья населения стран Европы, группой экспертов по стоматологии, рекомендованы 40 индикаторов, включающих субъективные (мнение пользователей стоматологических услуг) и объективные (данные профессионального стоматологического исследования) критерии [6]. Наиболее значимыми в этой системе оценок стоматологического здоровья детей по субъективным критериям являются: а) самооценка здоровья и вида своих зубов; б) соблюдение правильного режима чистки

зубов и приема сладких пищевых продуктов; в) случаи зубной боли. Врачебная оценка стоматологического здоровья включает определение компонентов индекса КПУ и распространенности кровоточивости десен. Определение обозначенных субъективных и объективных показателей в измеримых параметрах позволяет выявить возможные взаимосвязи уровня стоматологического статуса, факторов образа жизни и качества стоматологической помощи. В Кыргызстане комплексной оценки стоматологического здоровья детей с использованием Европейских индикаторов ранее не проводилось.

**Целью** настоящего исследования явилось определение специфичности и степени информативности Европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей школьного возраста.

## Методы исследования.

Стоматологические осмотры двух «ключевых» возрастных групп, 12 и 15 лет, и анонимное анкетирование 15-летних школьников проведены клинически калиброванными врачами-стоматологами в трех школах г. Бишкека по 100 детей в каждой возрастной группе в стандартных условиях с использованием карт и вопросников Всемирной организации здравоохранения 2013 года. Для исследования выбраны типичные для города школы, в которых было получено согласие администрации и родителей школьников. При осмотре детей регистрировали КПУ постоянных зубов, индекс гигиены рта Грина – Вермиллиона (ОHI-S) и кровоточивость десен по методике ВОЗ.

Модифицированный анонимный вопросник ВОЗ-2013 содержал 10 вопросов с несколькими вариантами ответов, включая: «не знаю», или «не помню». В кратком изложении, в нем были следующие вопросы:

- субъективная оценка состояния и внешнего вида своих зубов;
- случаи зубной боли; посещение врача-стоматолога и повод; частота чистки зубов и название зубной пасты;
- употребление сладких продуктов и свежих фруктов.

Анализ полученных данных проведен путем вычисления средних величин индексов стоматологического статуса, процентного отношения ответов на поставленные вопросы и определения возможных взаимосвязей поведенческих факторов с состоянием зубов и десен, а также приемлемости европейских индикаторов для оценки стоматологического здоровья детей в условиях существующей системы стоматологической помощи детскому населению.

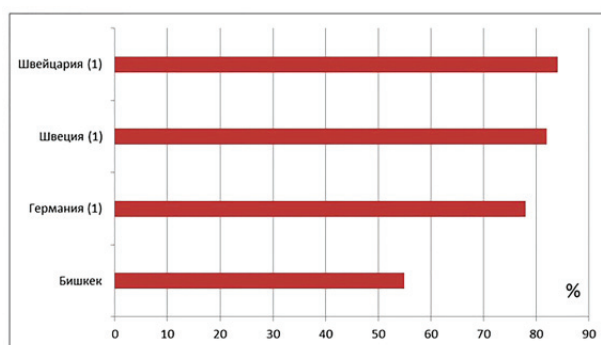
## Результаты и обсуждение.

Результаты анонимного анкетирования 15-летних школьников обобщены в таблице 1. Анализируемые в этой работе субъективные индикаторы стоматологического здоровья детей, изолированные от данных стоматологического статуса, недостаточно информативны, так как ответы «отлично», «хорошо», и т. п. весьма условны, а общепринятых «нормативов» в международной практике не существует. Однако, оценивая поведенческие привычки детей, можно достаточно определенно обозначить, что все относящееся к факторам риска возникновения стоматологических заболеваний относится к негативу. Так, критическое накопление микробного налета на зубах, возможно предотвратить регулярной чисткой зубов и, соответственно, все дети должны соблюдать эту общепринятую рекомендацию. Согласно полученным данным анкетирования, только 55% 15-летних подростков в исследованных школах г. Бишкека практикуют ежедневную 2-разовую чистку зубов (табл. 1).

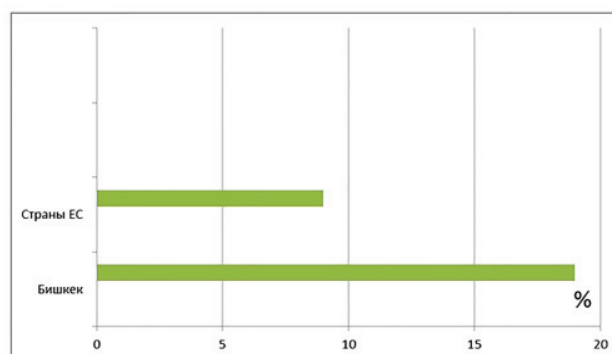
Следовательно, на коммунальном уровне, т.е. среди всех, или для большинства детей этой возрастной группы, явно существует проблема несоблюдения рекомендованного режима гигиены рта, что определенно может способствовать возникновению стоматологических заболеваний. Научно доказано, что самым эффективным средством первичной профилактики кариеса зубов являются фториды при условии их системного поступления в организм, или локального нанесения на зубы. Наиболее практичный метод местной фтор профилактики кариеса – доставка фторидов к зубам при их чистке фторсодержащими зубными пастами [7].

**Таблица 1.**  
**Субъективные индикаторы стоматологического здоровья 15-летних подростков.**

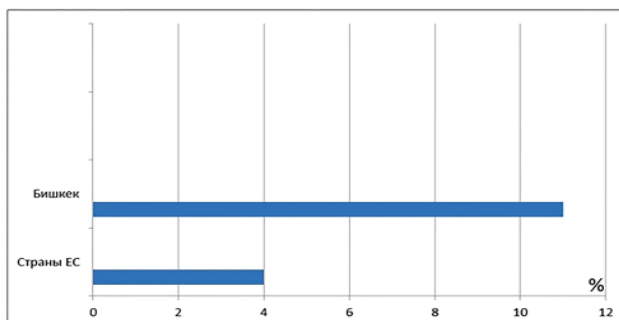
| Индикаторы   | Основные данные анкетирования 15-летних школьников                                   |      |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Детерминанты | 1. Чистка зубов 2 раза в день                                                        | 55%, |
|              | 2. Используют для чистки зубов фторсодержащие зубные пасты                           | 29%  |
|              | 3. Курят изредка, или постоянно                                                      | 8%   |
|              | 4. Часто употребляют сладкие продукты и напитки                                      | 41%  |
| Процесс      | 1. В течение года обратились к стоматологу самостоятельно, или по вызову для осмотра | 82%  |
|              | 2. Обратились по поводу зубной боли                                                  | 19%  |
| Результат    | 1. Оценили состояние своих зубов как «отличное», или «хорошее»                       | 39%  |
|              | Довольны видом своих зубов                                                           | 44%  |
|              | Избегают улыбаться из-за вида своих зубов                                            | 11%  |
|              | 2. В течение года испытали зубную боль                                               | 56%  |
|              | Пропускали уроки из-за зубной боли                                                   | 11%  |



**Рис 1. Процент 15 – летних школьников, практикующих рекомендованный режим чистки зубов 2 раза в день [8].**



**Рис 2. Пропорция 15 – летних школьников, которые в течение последних 12 месяцев испытали зубную боль.**



**Рис 3. Пропорция 15 – летних школьников, испытывавших неудобства в общении из-за вида своих зубов.**

Всего лишь 29% подростков, из числа анкетированных используют для чистки зубов пасты содержащие фториды. 67% детей не знали, какие зубные пасты они используют, однако, это также негативный фактор, что 15-летние школьники не информированы о правильном выборе средств гигиены рта для профилактики кариеса зубов. Ряд других субъективных индикаторов также можно отнести к очевидным факторам риска.

Анализируя индикаторы, относящиеся к «процессу» оказания стоматологической помощи детям и «результату», можно заметить сравнительно большой процент анкетированных обратившихся в течение последних 12 месяцев к стоматологу по поводу зубной боли – 19%. Это может указывать на недостаточно эффективную, или нерегулярную ежегодную стоматологическую санацию детей школьного возраста.

Достаточно наглядно и убедительно, значимость субъективных индикаторов можно оценивать путем сравнения полученных в настоящей работе данных

с аналогичными критериями, используемыми в странах Европейского Союза. На рисунках 1, 2, 3 проиллюстрированы индикаторы, относящиеся к трем составляющим предложенной системы мониторинга стоматологического здоровья детского населения: «детерминантам», «процессу» и «результату».

Сравнивая полученные нами данные ряда субъективных индикаторов стоматологического здоровья подростков в г. Бишкеке с аналогичной возрастной группой детей в странах ЕС, можно сделать вывод, что метод анкетирования достаточно специфичен, и может указывать на имеющиеся резервы в системе лечебно-профилактической помощи Кыргызстана, если учесть совпадение двух из трех индикаторов с известными данными о большом проценте здоровых детей и низкой интенсивности кариеса зубов у детей большинства стран Западной Европы [9].

Данные стоматологического исследования двух «ключевых» возрастных групп детей 12 и 15 лет,

Таблица 2.

Объективные индикаторы стоматологического здоровья детей 12 – 15 лет.

| Индикаторы                                                 | Возрастные группы |             |
|------------------------------------------------------------|-------------------|-------------|
|                                                            | 12 лет            | 15 лет      |
| Процент здоровых (без кариеса зубов)                       | 10%               | 3%          |
| Индекс гигиены рта Грина-Вермиллиона                       | 1.1               | 0.7         |
| Кровоточивость десен                                       | 39%               | 49%         |
| Флюороз зубов                                              | 1% (легкий)       | 4% (легкий) |
| Средний КПУ зубов                                          | 3.8               | 5.4         |
| Нелеченый кариес (компонент «К»)                           | 2.6 (68%)         | 3.2 (60%)   |
| Удаленные постоянные зубы («У»)                            | 0.07              | 0.24        |
| SiC-index (наивысшая интенсивность)                        | 7-8               | 9-10        |
| Нуждаемость в профилактике и/или стоматологическом лечении | 95%               | 100%        |
| Нуждаемость в неотложном стоматологическом лечении         | 30%               | 56%         |

которые включены в список наиболее существенных Европейских индикаторов стоматологического здоровья суммированы в табл. 2.

Процент здоровых (не имеющих кариеса зубов) 12 и 15 – летних детей составил 10% и 3% соответственно и, закономерно, у этих детей выявлен высокий уровень интенсивности кариеса постоянных зубов: КПУ 3.8 в 12 лет и КПУ 5.4 у 15-летних. Высокая интенсивность кариеса подтверждается индикатором SiC-index (наивысшая интенсивность кариеса зубов), который варьирует в пределах от 7-8 до 9-10 КПУ. Обычно, большая распространенность и высокая интенсивность кариеса зубов «не сочетается» с флюорозом, поэтому необходимо дополнительно изучить происхождение легкой формы пятнистости постоянных зубов у 5 из 200 обследованных детей. Не только субъективные индикаторы, такие как несоблюдение должного режима чистки зубов, частое употребление сладких продуктов, но и объективные данные указывают на наличие важнейшего фактора риска возникновения кариеса зубов и болезней пародонта – микробного зубного налета. Однако показатели ОНІ-S были на уровне 0.7-1.1 ед., что оценивается как удовлетворительная гигиена рта. Это не согласуется с большой распространенностью кровоточивости десен (39% среди 12-летних детей и 49% среди 15-летних), которая обычно взаимосвязана с отсутствием, или нерегулярной чисткой зубов.

Нуждаемость в профилактике и/или лечении исследованных детей близка к 100%, что может указывать на недостаточно результативную плановую стоматологическую санацию школьников. Также информативным является индикатор «нуждаемость в неотложном лечении», который определен на уровне 30-56% от числа осмотренных детей. Важно отметить, что эти данные указывают на возможное происхождение сравнительно большой пропорции детей испытывавших зубную боль. Таким образом, можно отметить высокую специфичность и информативность изученных нами индикаторов стоматологического здоровья, предложенных ВОЗ и Еврокомиссией для стран Европы.

## Заключение.

Определена высокая специфичность и информативность изученных нами Европейских индикаторов стоматологического здоровья детей

школьного возраста в выявлении поведенческих факторов риска возникновения кариеса зубов и болезней пародонта (кровоточивости десен), а также в оценке качества стоматологической помощи детскому населению, по процентному отношению не леченого кариеса, количеству удаленных постоянных зубов и высокой распространенности болезней пародонта.

Европейские индикаторы стоматологического здоровья детского населения могут быть использованы в системе здравоохранения для мониторинга медицинской эффективности первичной профилактики основных стоматологических заболеваний, они позволяют делать сравнительную оценку показателей в разных странах, и будут способствовать унификации и объективизации существующей в стране информационной системы в стоматологии, что позволит использовать положительный международный опыт для улучшения качества стоматологической помощи населению и сохранения здоровья.

## Литература:

1. *Planning of Oral Health Services. WHO offset Publication №53, WHO – Geneva. – 1980. - 40 p.*
2. *World Health Organization. WHO HFA indicators for the new health policy in Europe. – Netherland. – 2000 (www.who.dk/document/E68894.pdf).*
3. *Всемирная организация здравоохранения. Методы и программы профилактики основных стоматологических заболеваний. Доклад комитета экспертов ВОЗ, СТД-713, WHO. - Geneva. - 1986, 48 p.*
4. *Леонтьев В.К., Пахомов Г.Н. Профилактика стоматологических заболеваний. - Медицинская книга, М. - 2007, 450 с.*
5. *European Commission, Health and Consumer Protection Directorate -General. Health Surveillance in Europe. A Selection of Essential Oral Health Indicators. Ed. by D.M. Bourgeois et al. - 2005 Catalogue.*
6. *Леус П.А. Европейские индикаторы стоматологического здоровья населения. - Экономика и менеджмент в стоматологии (РФ), 2012. - № 3, -С.50-54.*
7. *Fluorides and Oral Health. World Health Organization. STR 846. – Geneva. - 1994, 55p.*
8. *Maes L. et al., Tooth brushing in 32 countries. International Dental Journal. – 2006. - v. 56, p. 159 – 167.*
9. *Леус П.А. Профилактическая коммунальная стоматология. М., Медицинская книга. - 2008, 445 с.*

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЙ У БОЛЬНЫХ  
РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП****Алымкулов М.Ч.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью работы являлась оценка метода лечения больных с желчнокаменной болезнью различных возрастных групп. Использовали клинические показатели: продолжительность операции, частота осложнений в момент операций и после нее. Представлены результаты лапароскопических холецистэктомий у 322 больных с желчнокаменной болезнью в различных возрастных группах. В молодом и среднем возрасте (115 и 141 чел.) осложнения были единичные (0,9 и 2,1%). В пожилом возрасте осложнения имели место у 2 больных (1,4 %). С увеличением возраста не увеличивается частота осложнений.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, острый и хронический холецистит, оперативное лечение, эндовидеолапароскопия, возрастная группа, показания к операции, осложнения, исходы.

**АР ТҮРДҮҮ КУРАКТАГЫ ООРУЛУУЛАРДЫН ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК  
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯСЫНЫН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ****Алымкулов М.Ч.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Изилдөөнүн максаты болуп өтөгү таш оорусу менен ооруган ар түрдүү курактагы оорулуулардын оорусун дарылоонун методуна баа берүү эсептелет. Клиникалык көрсөткүчтөр баа берүү үчүн колдонулду: операциянын созулушу, операция убагында жана кийин болуучу кабыдоолордун жыштыгы. Ар түрдүү курактагы өтөгү таш оорусунун менен ооруган 322 оорулуунун лапароскопиялык холецистэктомиясынын жыйынтыктары берилди. Жаш жана орто жаштагыларда (115 жана 141 адам) кабылдап кетүүлөр бирин-экин эле болду (0,9 жана 2,1 %). Улгайган курактагыларда (60 адам) 2 оорулуунун жарааты кабыл кетти (1,4 %).

Жашы өйдөлөгөн сайын кабылдоолор көп болбойт.

**Негизги сөздөр:** өтөгү таш оорусу, курч жана өнөкөт холецистит, операция жасоо, эндовидеолапароскопия, жаш курак, операцияга көрсөтмө, кабылдоо, натыйжалар.

**THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS  
OF DIFFERENT AGE GROUPS****Alymkulov M.Ch.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The aim of the work was to evaluate the treatment of patients with cholelithiasis different age groups. We used clinical parameters: duration of surgery, the complication rate at the time of and after the operation. The results of laparoscopic cholecystectomy in 322 patients with gallstone disease in different age groups. In young and middle age (115 and 141 people). Complications were isolated (0.9 and 2.1%). In old age, complications occurred in 2 patients (1.4%). With increasing age does not increase the rate of complications.

**Keywords:** cholelithiasis, acute and chronic cholecystitis, surgery, endovideolaparoskopiya, age group, indications for surgery, complications, outcomes.

**Введение.**

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) распространенное заболевание во всем мире и Кыргызская Республика не является исключением [3,5] и кроме того все исследователи отмечают неуклонный рост заболеваемости, который обусловлен многими факторами: особенностями питания, образа жизни, экологическими. Все авторы отмечают наибольшую заболеваемость у лиц пожилого и старческого возраста, но в последние годы наблюдается увеличение числа больных и в молодом возрасте.[4,5]

Основным методом лечения является хирургический, хотя и разрабатываются методы использования медикаментозных средств и литотрипсии, но пока они еще не нашли широкого применения из-за низкой эффективности. На протяжении многих лет оперативное лечение включало широкую лапаротомию, удаление желчного пузыря и при необходимости выполнение операции на желчных протоках. Но по мере накопления большого клинического материала были выявлены и недостатки метода: травматичность, высокий процент осложнений в ближайшие сроки после операции и большая

частота возникновения послеоперационных вентральных грыж - в отдаленные сроки [6,7]. Появилась необходимость в разработке новых методов оперативного лечения ЖКБ и ее осложнений, чтобы улучшить результаты лечения.

С появлением эндовидеолапароскопических аппаратов появилась возможность использовать эту аппаратуру в лечении больных с многими заболеваниями и, в частности, с ЖКБ. Была разработана методика выполнения операции- получившая название «золотого стандарта», которая имеет большие преимущества перед традиционной лапаротомией. Все исследователи [1,2,8,9] обращают внимание на то обстоятельство, что операция не только малотравматична, но и снижает частоту послеоперационных осложнений, сроки стационарного лечения, сроки нетрудоспособности.

К настоящему времени накоплен достаточный клинический материал, чтобы оценить это оперативное вмешательство, но в литературе рассматривается эффективность в целом на все количество выполненных операций и не дана оценка этого оперативного лечения с учетом возраста оперированных больных.

Цель исследования - представить результаты эндовидео-лапароскопической холецистэктомии при ЖКБ у больных различных возрастных групп.

## Материал и методы исследования.

Под наблюдением было 322 больных, поступивших по поводу хронического и острого калькулезного холецистита. При определении группы возраста мы пользовались классификацией ВОЗ: молодой от 25 до 44 лет, средний от 44 до 60 лет, пожилой от 60-75 лет, старческий от 75-90 лет, старше 90 лет – долгожители. Их распределение по полу и возрасту дано в таблице 1.

Наиболее часто поступали женщины в сравнении с мужчинами (5,6:1,0). Большую часть больных составили лица с хроническим калькулезным холециститом и лишь

25 больных- с острым. Это связано с тем, что мы стали выполнять ЛХЭ лишь в последние годы и после освоения методики использовали ее в основном у больных с хроническим холециститом, и очень редко при остром, но и литературные сведения касаются в основном хронических форм холецистита.

При анализе давности заболевания было установлено, что чаще больные поступали на оперативное лечение во всех возрастных группах с давностью до 6 месяцев и от одного года до трех лет (соответственно 46% и 16,4%). Особое внимание было обращено на выявление сопутствующих заболеваний. (табл. 2), которые имеют немаловажность значения в выборе метода лечения больных с ЖКБ.

**Таблица 1.**  
**Распределение больных по полу в различных возрастных группах.**

| Пол     | Всего |       | из них в возрасте: |       |                  |       |                 |       |                   |                    |
|---------|-------|-------|--------------------|-------|------------------|-------|-----------------|-------|-------------------|--------------------|
|         |       |       | молодой<br>n-115   |       | средний<br>n-141 |       | пожилой<br>n-60 |       | старческий<br>n-5 | долгожители<br>n-1 |
|         | абс   | %     | абс                | %     | абс              | %     | абс             | %     | абс               | абс                |
| Женский | 273   | 84,8  | 92                 | 80,0  | 125              | 88,7  | 51              | 85,0  | 4                 | 1                  |
| Мужской | 49    | 15,2  | 23                 | 20,0  | 16               | 11,3  | 9               | 15,0  | 1                 |                    |
| Итого   | 322   | 100,0 | 115                | 100,0 | 141              | 100,0 | 60              | 100,0 | 5                 | 1                  |

**Таблица 2.**  
**Характер сопутствующих заболеваний.**

| Заболевания                                  | Всего |      | из них в возрасте |                  |                 |                   |                    |
|----------------------------------------------|-------|------|-------------------|------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
|                                              | абс   | %    | молодой<br>n-115  | средний<br>n-141 | пожилой<br>n-60 | старческий<br>n-5 | долгожители<br>n-1 |
| Гипертоническая болезнь                      | 3     | 0,9  |                   | 1                | 2               |                   |                    |
| Общий атеросклероз                           | 2     | 0,6  |                   |                  | 2               |                   |                    |
| КБС                                          | 5     | 1,6  |                   | 1                | 2               | 2                 |                    |
| Хронические<br>бронхолегочные<br>заболевания | 1     | 0,3  |                   |                  | 1               |                   |                    |
| Хронический пиелонефрит                      | 1     | 0,3  |                   |                  | 1               |                   |                    |
| Сахарный диабет                              | 7     | 2,2  | 1                 | 6                |                 |                   |                    |
| Проляпс митрального<br>клапана               | 1     | 0,3  |                   | 1                |                 |                   |                    |
| Синдром Жильбера                             | 1     | 0,3  |                   | 1                |                 |                   |                    |
| Пупочная грыжа                               | 1     | 0,3  |                   | 1                |                 |                   |                    |
| Хронический гастрит                          | 1     | 0,3  |                   | 1                |                 |                   |                    |
| Пигментный гепатоз печени                    | 1     | 0,3  | 1                 |                  |                 |                   |                    |
| Люмбоишалгия                                 | 1     | 1    |                   | 1                |                 |                   |                    |
| Полип желчного пузыря                        | 8     | 2,5  | 4                 | 3                |                 | 1                 |                    |
| Железодефицитная анемия<br>1 ст              | 6     | 1,9  | 1                 | 5                |                 |                   |                    |
| Хронический панкреатит                       | 2     | 0,6  | 1                 | 1                |                 |                   |                    |
| Всего                                        | 41    | 12,7 | 8<br>(6,9%)       | 22<br>(15,6%)    | 8 (13,3%)       | 3                 |                    |

Анализ сопутствующих заболеваний позволил установить, что в молодом возрасте сопутствующие заболевания имели место у 6,9%, в среднем у 15,6% и пожилым у 13,3%. Это требовало выполнения предоперационной подготовки.

В обследовании больных, помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, печеночные и почечные тесты, ЭКГ- старше 50 лет, свертываемость крови) использовали УЗИ до операции для определения характера заболевания и в послеоперационном периоде – для своевременного выявления осложнений. Показанием для выполнения ЛХЭ служило: наличие болевого синдрома с диспептическими явлениями, снижение качества жизни (снижение физической активности, социального и ролевого функционирования), выявление при УЗИ конкрементов в желчном пузыре и изменения стенок пузыря. Противопоказанием служило ожирение – III ст., наличие тяжелых сопутствующих заболеваний. При остром холецистите ЛХЭ выполнялись при сроке острого процесса не более 3 суток. Все операции выполняли под эндотрахеальным обезболиванием.

#### Результаты и их обсуждение.

У всех выполнена ЛХЭ по общепринятой методике. Под эндотрахеальным наркозом (положение больного на спине, со сведенными ногами) после обработки операционного поля, с помощью иглы Вериша наложен пневмоперитонеум (10-12 мм.рт.ст.) в параумбиликальной области установлен 10мм троакар и введен лапароскоп. После ревизии брюшной полости, установлены дополнительные троакары, в эпигастрии 10мм троакар, 2 троакара 5мм установлены ниже реберной дуги по средне-ключичной линии. Операционный стол переведен в положение Фовлера и наклонен влево на 15°. Желчный пузырь освобождали от спаек. После разъединения спаек открыты элементы треугольника Кало, рассечена брюшина в области шейки, по ходу гемостаз.

Выделяли пузырную артерию и пузырный проток, отдельно клипировали (проксимально 2 дистально 1 клип) и пересекали ножницами между клипсами. Электроотсосом эвакуировали желчь из полости пузыря, далее коагуляция ложа электродом в виде лопаточки. Затем ложе и подпеченочное пространство промывали и тщательно осушивали. Желчный пузырь из брюшной полости удаляли через эпигастральную рану. Контроль гемо-и холестаза. В подпеченочное пространство устанавливали контрольный микроиригатор и выводили через рану в правом подреберье и фиксировали. Затем троакары удаляли. Раны ушивали. Характер и частота осложнений даны в таблице 3.

Больных молодого возраста было 115, из них осложнение имело место у одного больного – желчеистечение. После операции через страховой дренаж выделялась желчь и количество ее не уменьшалось. Мы проанализировали ход операции, при которой было установлено, что пузырный проток окаймлял холедох и впадал в области передней стенки холедоха, при выделении пузырного протока были сложности в его обработке из-за нетипичного его впадения в холедох, поэтому было решено, что здесь имеет место повреждение желчных путей. Выполнена релапаротомия и при ревизии обнаружено пристеночное повреждение холедоха, которое в момент первой операции не было замечено. Релапаротомия закончена дренированием холедоха. Послеоперационный период протекал без осложнений, на 8 сутки выполнена холангиография, дренаж удален. Больной выписан в удовлетворительном состоянии. Других осложнений в этой группе не наблюдали.

Из 141 больного среднего возраста осложнения после операции возникли у 3 больных (2,1%). У одного было кровотечение, после операции через страховой дренаж стала выделяться серозно-геморрагическая жидкость, введение гемостатических средств позволило снизить количество отделяемого при контрольном УЗИ скопление

**Таблица 3.**  
**Характер и частота осложнений в различных возрастных группах после эндовидеолапароскопической холецистэктомии.**

| Возрастные группы | Всего осложнений |     | из них возникли осложнения |                     |                              |                                 |           |             |
|-------------------|------------------|-----|----------------------------|---------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------|-------------|
|                   | абс              | %   | крово-<br>течение          | желче-<br>истечение | повреж-<br>дение<br>холедоха | инфильтрат<br>троакарных<br>ран | пневмония | итого       |
| Молодой<br>n-115  | 1                | 0,9 |                            |                     | 1                            |                                 |           | 1           |
| Средний<br>n-141  | 3                | 2,1 | 1                          | 1                   |                              | 1                               |           | 3           |
| Пожилрой<br>n-60  | 2                | 1,4 |                            | 1                   |                              |                                 | 1         | 2           |
| Старческий<br>n-5 | 1                | 0,9 |                            |                     |                              | 1                               |           | 1           |
| Итого<br>n -322   | 7                | 2,2 | 1                          | 2                   | 1                            | 2                               | 1         | 7<br>(2,2)% |

жидкости в брюшной полости не обнаружено, дренаж удален на 3 сутки после операции. В удовлетворительном состоянии выписан домой. При контрольном обследовании через 2 недели: состояние удовлетворительное, при УЗИ патологии не выявлено.

У одной больной отмечено желчеистечение, через страховой дренаж выделилась желчь, количество которой не уменьшалось. На 3 сутки после операции при УЗИ выявлено наличие жидкости в подпеченочном пространстве и в отлогах местах брюшной полости, что явилось основанием для выполнения лапаротомии, при которой выявлено истечение желчи из пузырного протока (произошло соскальзывание клипса), пузырный проток перевязан, брюшная полость тщательно обработана озонированным физиологическим раствором хлорида натрия и дренирована (подпеченочное пространство и малый таз). В послеоперационном периоде получала антибиотики (цефазолин по 1,0 х 2 раза в сутки внутримышечно, метрид по 100,0 мл х 2 раза в сутки внутривенно), инфузионную терапию и обезболивающие средства по показаниям. Состояние постепенно улучшалось, выписана на 12 сутки после лапаротомии в удовлетворительном состоянии. Еще у одной больной этой группы отмечено наличие инфильтрата в области троакарных ран, назначен курс инфракрасного излучения, инфильтраты излечены.

В группе пожилого возраста из 60 оперированных осложнения были у 2 больных, что составило 1,4%. У одной больной на 3 сутки повысилась температура тела, боли в грудной клетке и при рентгенологическом исследовании выявлена пневмония. К лечению добавлен еще один антибиотик, вибромассаж грудной клетки, отхаркивающие средства, состояние быстро улучшалось и она была выписана.

Еще у одной больной этой группы появилось желчеистечение на вторые сутки после операции, но количество желчи постепенно уменьшалось, страховые дренажи обеспечивали адекватное дренирование. Повторная операция не производилась, дренажи удалены после прекращения отделяемого, а при УЗИ жидкости в подпеченочном пространстве не определялось. В старческом возрасте из 5 оперированных у одного возник

инфильтрат в области троакарных ран. Долгожителем была только одна больная, осложнений у нее не отмечено.

Из 322 больных переход на конверсию отмечен у 2,5% больных из-за сложностей выделения пузырной артерии и пузырного протока. Среднее пребывание в стационаре после ЛХЭ составило  $3,9 \pm 0,92$  койко-дней.

Таким образом наши исследования показали целесообразность выполнения ЛХЭ во всех возрастных группах, но с обязательным учетом показаний и противопоказаний к данному типу операций. Осложнения отмечены на начальном этапе наших исследований и их частота не зависела от возраста больных.

## Литература:

1. Запорожан В.Н. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. [Текст]/ В.Н. Запорожан. Киев: Здоровье.-2012-301 с.
2. Луцевич Э.В. Возможности эндохирургической коррекции сочетанной хирургической патологии [Текст]/ Э.В. Луцевич, Э.А. Галлямов // 6-ой Всероссийский съезд по эндохирургии. Москва, 2013.- С.78-81.
3. Мамакеев, М.М. Проблемы и перспективы хирургического лечения острого холецистита [текст]/М.М. Мамакеев//Хирургия Кыргызстана,-2008.-№1.-С.19-25
4. Меджидов, Р.Т. Сложные и нерешенные проблемы лапароскопической холецистэктомии. [текст]/Р.Т.Меджидов, М.А. Ибраимов//Анналы хирургии.-2011.-№6.-С.56-58.
5. Оморев Р.А. Хирургия желчнокаменной болезни: эволюция доступов, щадящие технологии. [текст]/Р.А. Оморев, Б.А. Авазов, Р.К. Бейшенбаев//Бишкек: Maxima, 2005.-337с.
6. Руттенберг Д.Г., Влияние оперативного доступа на состояние психики пациентов [Текст]/Д.Г. Руттенберг, А.В. Коннычев // Эндоскопическая хирургия- Москва.- 2013.- №5.- С. 45-48
7. Сажин, В.П. Возможности эндоскопических методов лечения холедохолитиаза [текст]/В.П. Сажин, В.А. Юрицев, В.М. Савельев// Анналы хирургической гепатологии.-2005.-№2.-С.219-221
8. Tsuyuguchi, T. Techniques of biliary drainage for acute cholangitis Tokyo Guidelines [Text]/T.Tsuyuguchi, T. Takada, J. Kawazada //Gastroenterol..Hepatol.-2007.-Vol.14,№1.-P.35-45
9. Zhn, B. Comparizon of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis within and beyond 74 h of symptom onset during emergency admissions [Text]/B.Zhn, Z. Zhang, V. Wang// World. y. surg.-2012.-Vol. 36, #1.-P.2654-2658.

**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО МЕДИАСТИНИТА****Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В данной статье проанализированы результаты хирургического лечения различных форм острого медиастинита. Представлены данные о распределении больных по этиологическому признаку. Рассмотрена локализация воспалительного процесса. Также приведена тактика хирургического лечения больных с различными формами острого медиастинита. При написании статьи были использованы статистические данные отделений торакальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и отделения оториноларингологии Национального Госпиталя при МЗ Кыргызской Республики. В последующем, был сделан вывод о том, что летальность при остром медиастините остается высокой и составляет 31,5%.

**Ключевые слова:** медиастинит, шея, хирургия.

**КУРЧ МЕДИАСТИНИТТИ ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛОО****Ашиналиев А.А., Степанчук И.В., Бейшеналиев А.С.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Макалада курч медиастиниттин ар түрдүү формаларын хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжалары талданат. Бейтаптарды дарылоодо келип чыгуу белгилерине жараша бөлүштүрүүдөн алынган маалымат берилет. Жаракат процессинин жайгашкан жери каралат. Ошондой эле курч медиастиниттин ар түрдүү формалары менен жабыркаган бейтаптарды хирургиялык дарылоонун тактикасы берилет. Макаланы жазууда Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин алдындагы Улуттук Госпиталдын торакалдык хирургия бөлүмүнүн, жаак-бет хирургиясынын жана оториноларингология бөлүмүнүн статистикалык маалыматы колдонулган. Анык болгондой курч медиастиниттеги леталдуулук жогорку көрсөткүчтө турат жана ал 31,5 пайызды түзөт.

**Негизги сөздөр:** медиастинит, моюн, хирургия.

**SURGICAL TRESTMENT OF ACUTE MEDIASTINITES****Ashinaliev A.A., Stepanchuk I.V., Beishenaliev A.S.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Results of surgical treatment of different forms of acute mediastinites are analyzed in this article. Findings about distribution of patients according to ecological sings are given. Localization of inflammatory processes istaken into account. Also tactics of surgical treatment of the patients with different forms of acute mediastinitis is given. Statistic findings of the thoracic, maxillofacial departments, department of otorhinolaryngology of the National Hospital of the KR ministry of Republic Health were used during writing this article. A conclusion, that mortality is high, about 31.5% was made further.

**Keywords:** the mediastinitis, neck, surgery.

**Введение.**

Одной из самых трудноразрешимых проблем современной хирургии во всех странах мира вот уже на протяжении многих десятилетий является лечение медиастинитов различной этиологии [7].

Общепризнано деление медиастинитов на первичные, возникающие при первичном инфицировании клетчатки средостения, чаще в результате травм гортаноглотки, трахеи, пищевода, и вторичные медиастиниты, наиболее частой причиной которых служит распространение на средостение одонтогенных и тонзиллогенных флегмон глубоких клетчаточных пространств шеи [1,4,8].

Сложность анатомического строения средостения и его особенности обуславливают высокую летальность, которая колеблется, по данным литературы от 46% до 76% и более [2,3].

Острый медиастинит, вследствие разрыва пищевода, в процессе его бужирования сопровождается летальностью от 0,018% до 11,4% по данным различных авторов [5].

Естественно, что при остром медиастините, вызванном повреждением пищевода интубационной трубкой, во время бужирования, травмах, после операции, при одонтогенном характере заболевания, метод лечения, тип оперативного вмешательства, вид хирургического

доступа, комплексность терапии будут различными [6]. В связи с этим резко возрастает значимость выработки показаний к тому или иному виду оперативного вмешательства, что в значительной степени предопределяет успех лечения этой тяжелой категории больных [7].

Существующие методы лечения острого медиастинита нельзя признать удовлетворительными. До настоящего времени не решены полностью вопросы доступа к очагу поражения, объем и методы хирургического пособия, четко не обоснованы рациональные методы питания больных [1,7].

**Целью данного исследования** является анализ результатов лечения различных форм острого медиастинита.

**Материал и методы исследования.**

Эффективность лечения острого медиастинита напрямую зависит от наиболее ранних сроков диагностики и оперативного вмешательства в воспалительный процесс средостения. В большинстве случаев поздняя обращаемость пациентов является причиной развития осложнений. Основная масса госпитализированных больных с острым медиастинитом была доставлена по линии сан авиации из районных лечебных учреждений. Истечение времени от момента развития острого медиастинита переведенных больных составляет около 2-3 суток и более. В связи с чем наблюдается тяжелая

гнойная интоксикация, о чем свидетельствует сдвиг биохимических анализов, в частности печеночных тестов-повышение кетоновых тел. Что указывает на нарушение дезинтоксикационной функции.

В связи с тяжестью состояния больным производилось незамедлительное хирургическое лечение. Предоперационная подготовка больных проводилась в условиях операционной. И, в первую очередь, заключалась в борьбе с интоксикационным синдромом, гиповолемическим синдромом, синдромом полиорганной недостаточности, сепсисом, острой дыхательной недостаточности.

Для диагностики больных с острым медиастинитом наиболее доступными информативными методами являются: обзорная рентгенологическое исследование органов грудной клетки и шейного отдела, контрастное исследование пищевода, эзофагоскопия, бронхоскопия, биохимические показатели крови.

При рентгенологическом исследовании картина острого медиастинита отличительной чертой является исчезновение крупных сосудов, усиление линии медиастинальной плевры с обеих сторон, наличие тени расширения средостения. Таким образом, тактика хирургического лечения острого медиастинита выбирается исходя из степени расширения тени средостения.

Под нашим наблюдением находилось 108 больных с различными формами острого медиастинита находившиеся, на стационарном лечении в отделениях торакальной хирургии, челюстно-лицевой хирургии и отделения оториноларингологии НГ МЗ КР: мужчин - 69 (63,8%), женщин - 39 (36,2%) больных.

В возрасте до 20 лет наблюдали больных - 7 (6,5%), а более многочисленную группу составили лица в возрасте от 30 до 60 лет - 66 (61,1%), однако лиц старше 60 лет было

- 20 (18,5%) больных, они и составляли наиболее тяжелую группу пациентов.

Преобладание старческого и пожилого возрастного состава предопределило и наличие сопутствующих заболеваний, которые имелись у пациентов (25,9%). Среди них преобладали болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания (гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, пневмосклероз), потребовавшие тщательной предоперационной подготовки.

## Результаты и обсуждение.

Данные о распределении больных по этиологическому признаку представлены в табл.1.

Первичный медиастинит встречался у 57(52,8%) больных. Причиной первичного медиастинита были инородное тело пищевода – у 14(13,0%) больных, повреждения пищевода во время интубации – у 9(8,3%) больных, повреждения пищевода во время бужирования- у 11(10,2%) больных, ранения трахеи и пищевода – у 17(15,7%) больных, спонтанный разрыв пищевода – у 3(2,8%) больных, разрыв пищевода сжатым воздухом у 1 (0,9%) больного, во время эзофагогастродуоденоскопии ранение пищевода произошло у 2 (1,9%) больных.

С вторичным медиастинитом был 51 (47,2%) больной.

Данные о локализации воспалительного процесса представлены в табл.2.

У 29(26,9%) больных воспалительный процесс локализовался в шейных отделах средостения, передний медиастинит был выявлен лишь у 2 (1,9%) больных, верхне-задний медиастинит – у 33(30,5%) человек, задний медиастинит – у 26 (24,1%) больных и у 18(16,6 %) больных был установлен тотальный медиастинит. Данные о распределении больных по характеру проведенных

**Таблица 1.**  
**Распределение больных по этиологическому признаку**

| Характер ОМ | Этиология медиастинита                              | Всего      |      |
|-------------|-----------------------------------------------------|------------|------|
|             |                                                     | абс. число | %    |
| Первичный   | Инородные тела пищевода                             | 14         | 13,0 |
|             | Повреждения пищевода во время интубации             | 9          | 8,3  |
|             | Повреждения пищевода во время бужирования           | 11         | 10,2 |
|             | Ранения трахеи, пищевода                            | 17         | 15,7 |
|             | Спонтанный разрыв пищевода                          | 3          | 2,8  |
|             | Разрыв пищевода сжатым воздухом                     | 1          | 0,9  |
|             | Эзофагогастродуоденоскопия                          | 2          | 1,9  |
|             | Всего                                               | 57         | 52,8 |
| Вторичный   | Одонтогенная флегмона с вовлечением дна полости рта | 26         | 24,1 |
|             | Паратонзиллярный абсцесс                            | 6          | 5,5  |
|             | Некротическая ангина                                | 3          | 2,7  |
|             | Заклоточный абсцесс                                 | 2          | 1,9  |
|             | Абсцесс надгортанника                               | 1          | 0,9  |
|             | Поверхностная флегмона шеи                          | 13         | 12,1 |
|             | Всего                                               | 51         | 47,2 |
| Итого       |                                                     | 108        | 100  |

Таблица 2.

Локализация воспалительного процесса

| Локализация процесса             | Первичный медиастинит |      | Вторичный медиастинит |      | Всего ОМ  |      |
|----------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|------|-----------|------|
|                                  | абс. чис.             | %    | абс. чис.             | %    | абс. чис. | %    |
| Шейный отдел                     | 15                    | 26,3 | 14                    | 27,5 | 29        | 26,9 |
| Передний медиастинит             | -                     | -    | 2                     | 3,9  | 2         | 1,9  |
| Верхнее-задний отдел средостения | 16                    | 28,1 | 17                    | 33,3 | 33        | 30,5 |
| Задний отдел средостения         | 13                    | 22,8 | 13                    | 25,5 | 26        | 24,1 |
| Тотальный медиастинит            | 13                    | 22,8 | 5                     | 9,8  | 18        | 16,6 |
| Итого                            | 57                    | 100  | 51                    | 100  | 108       | 100  |

Таблица 3.

Характер оперативных вмешательств

| Характер оперативных вмешательств   | Первичный медиастинит |      | Вторичный медиастинит |     | Всего ОМ  |      |
|-------------------------------------|-----------------------|------|-----------------------|-----|-----------|------|
|                                     | абс. число            | %    | абс. число            | %   | абс.число | %    |
| Шейная медиастинотомия              | 41                    | 28,1 | 51                    | 51  | 92        | 37,4 |
| Торакотомия                         | 31                    | 21,2 | 14                    | 14  | 45        | 18,3 |
| Ушивание дефектов трахеи и пищевода | 11                    | 7,5  | -                     | -   | 11        | 4,5  |
| Дренирование плевральной полости    | 12                    | 8,2  | 23                    | 23  | 35        | 14,2 |
| Гастростомия                        | 46                    | 31,5 | -                     | -   | 46        | 18,7 |
| Трахеостомия                        | 5                     | 3,4  | 11                    | 11  | 16        | 6,5  |
| Лапаратомия                         | -                     | -    | 1                     | 1   | 1         | 0,4  |
| Итого                               | 146                   | 100  | 100                   | 100 | 246       | 100  |

хирургических вмешательств и различных оперативных процедур, и манипуляций представлены в табл.3.

Основной массе больных 92 (37,4%) была произведена шейная медиастинотомия. Торакотомия была выполнена у 45(18,3%) больных, ушивание дефектов трахеи и пищевода - у 11(4,5%) больных и дренирование плевральной полости было у 35(14,2 %) больных. С целью выключения пищевода из акта пищеварения и кормления 46(18,7%) больным была наложена гастростомия по Кадеру. В 16 (6,5%) случаях была произведена трахеостомия. Среди больных с первичным медиастинитом умерло 18 (31,6%) человек. Из 51-го больного от вторичного медиастинита умерло 16 (31,4 %) человек. В среднем летальность среди наших больных составила 31,5 %.

Причиной летальности в постоперационном периоде у умерших больных, несмотря на проведение доступных оперативных вмешательств, является развитие интоксикационного синдрома из за замкнутости пространства непосредственно влияющего на продолжительность патологического процесса приводящего со временем к полиорганной недостаточности.

**Выводы:**

1. Острый гнойный медиастинит редко встречающееся осложнение. Причина мнестрого медиастинита являются инородные тела (0,7%), повреждение пищевода во время интубации (0,01%), бужирования (0,05%), ранения трахеи и пищевода (8,9%).

2. Хирургическое лечение является основным и заключается в герметичном дренировании средостения трубками с последующим длительным промыванием

полости растворами антисептиков.

3. Летальность при остром медиастините остается высокой и по нашим данным составляет 31,5%.

**Литература:**

1. Колкин Я.Г., Вечерко В.Н., Паниотов А.П. Лечение медиастинита // Хирургия. - 2003.- № 3.- С. 44-46.
2. Коробейников А.С., Варданян А.С., Маданбеков Н.К. Тактика ведения больных при гнойных медиастинитах // Авиценна-2006: Материалы ежегодной конкурс-конференции студентов и молодых ученых. - Новосибирск, 2006. - С. 556-557.
3. Коровин А.Я., Маскин С.С., Марченко Н.В. Тактика лечения генерализованной инфекции при гнойном медиастините // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 123-124.
4. Лохвицкий С.В. Морозов Е.С., Абушахманов Н.Х. Анаэробный неклостридиальный медиастинит // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 128-129.
5. Мустафин Д.Г., Проскурин А.И., Харитонов Д.А. Осложнения, вызванные инородными телами пищевода // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. - 2006.- № 2.- С. 44-47.
6. Перепелицын В.Н., Огородников М.А. Ранняя диагностика и комплексное лечение острого гнойного медиастинита // Материалы 3 конгресса ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. - М., 2007.- С. 121-122.
7. Слесаренко С.С., Агапов В.В. Прелатов В.А. Медиастинит. - М., 2005.- 211 с.
8. Balkan M.E., Oktar G.L., Oktar M.A. Descending necrotizing mediastinitis: a case report and review of the literature // Int. Surg. - 2001. - Vol. 86, N. 1. - P. 62-66.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

**Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.**

Ошский межобластной центр онкологии

Ошская межобластная объединенная клиническая больница

Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** Цель работы – анализ результатов хирургического лечения рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. На основании анализа оперативного лечения 23 больных с рубцовыми стриктурами желчных протоков было показано, что основным видом оперативного лечения является реконструктивная операция по Ру. Послеоперационные осложнения возникли у 3 (13%) пациентов. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (1 больной).

**Ключевые слова:** стриктура желчных протоков, реконструктивная операция, билиодигестивный анастомоз по Ру.

## БООР СЫРТЫНДАГЫ ӨТ ТҮТҮКТӨРҮНҮН ТЫРЫКТУУ СТРИКТУРАЛАРЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООНУН ЖЫЙЫНТЫКТАРЫ

**Белеков Ж.О., Джапиев У.Х.**

Ош област аралык онкология борбору

Ош област аралык бириккен клиникалык ооруканасы

Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Эмгектин максаты – боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн тырыктуу стриктураларын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын талдоо. Боор сыртындагы өт түтүктөрүнүн тырыктуу стриктуралары бар 23 оорулуулардын оперативдик дарылоосун талдоо негизинде Ру реконструктивдик операциясы дарылоонун негизги түрү экени көрсөтүлгөн. Операциядан кийинки кошумча оорулар 3 (13%) бейтапта орун алышты. Операциядан кийинки өлүм саны 4,3% түздү (1 оорулуу).

**Негизги сөздөр:** өт түтүктөрүнүн стриктурасы, реконструктивдик операция, Ру боюнча билиодигестивдик анастомоз.

## THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CICATRICAL STRICTURES OF THE EXTRAHEPATIC BILE DUCTS

**Belekov J.O., Djapiev U.H.**

Osh Interregional oncology center

Osh Interregional united clinical hospital

Osh, Kyrgyz Republic

**Resume.** The purpose of the work - analysis of results of surgical treatment of cicatricial strictures of the bile ducts. Based on the analysis of surgical treatment of 23 patients with scar strictures of the bile ducts, it was shown that the main type of surgery is reconstructive surgery Roux. Postoperative complications occurred in 3 (13%) patients. Postoperative lethality accounted 4.3% (1 patient).

**Keywords:** bile duct stricture, reconstructive surgery, Roux biliodigestive anastomosis.

### Актуальность.

Рубцовые стриктуры желчных протоков (РСЖП) в основном развиваются при ятрогенных травмах внепеченочных желчных протоков (ВЖП) во время холецистэктомии (ХЭ), а также при резекции желудка, эхинококкэктомии из печени, после первичного восстановления «свежих» повреждений ВЖП при абдоминальных травмах [1-3]. По данным Э.И. Гальперина, травмы ВЖП при открытой ХЭ встречаются в 0,1-0,8%, при лапароскопической ХЭ – 0,3-3% случаев [1]. Частота повреждений ВЖП при резекции желудка невелика и составляет в среднем 0,14% [2, 4, 5]. Реже травмы ВЖП возникают в результате эхинококкэктомии из печени, при проникающих и закрытых травмах живота [3, 4]. После ятрогенных травм РСЖП развиваются в отдаленном периоде у 20-30% больных [1, 5].

Неудовлетворительные результаты оперативного лечения повреждений ВЖП связаны с задержкой созревания соединительной ткани в месте ранения протока с образованием грубого рубца; микрофлорой, проникающей в желчные пути из кишечника после наложения билиодигестивного анастомоза; ишемией проксимального отдела общего печеночного протока; наложением анастомоза с тонкостенным узким протоком;

выполнением операции недостаточно опытным хирургом; недостаточной прецизионностью при наложении соустья; оставлением рубцовых тканей в области анастомоза [3, 4].

**Цель работы:** анализ результатов хирургического лечения РСЖП.

### Материал и методы.

Представленная работа основана на опыте хирургического лечения 23 больных с РСЖП, оперированных в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы в период с 1998 по 2014 года. Возраст больных от 21 до 81 года. Мужчин было 6 (26 %), женщин – 17 (74 %).

Основным видом операции, ставшей причиной РСЖП, была ХЭ – 21 (91,3%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 16 (76,2%) наблюдениях, лапароскопическая ХЭ – в 5 (23,8%). В остальных 2 (8,7%) случаях причиной РСЖП оказались эхинококкэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

В таблице 1 представлено распределение больных с РСЖП, основанное на классификации Э.И. Гальперина [1].

Таблица 1.  
Распределение больных с РСЖП

| Тип    | Описание повреждения                                         | абс | %    |
|--------|--------------------------------------------------------------|-----|------|
| +2     | Культи ОПП $\geq 2$ см                                       | 7   | 30,4 |
| +1     | Культи ОПП = 1 см                                            | 6   | 26,1 |
| 0      | Культи ОПП = 0 см                                            | 7   | 30,4 |
| -1     | Культи ОПП нет, сохранен свод конfluence печеночных протоков | 2   | 8,7  |
| -2     | Конfluence печеночных протоков разрушен                      | 1   | 4,3  |
| -3     | Разрушение долевых протоков                                  | -   | -    |
| Итого: |                                                              | 23  | 100  |



Рисунок 1. Фистулохолангиография собст. наблюдения.  
Стриктура тип 0 (по Э.И. Гальперину)

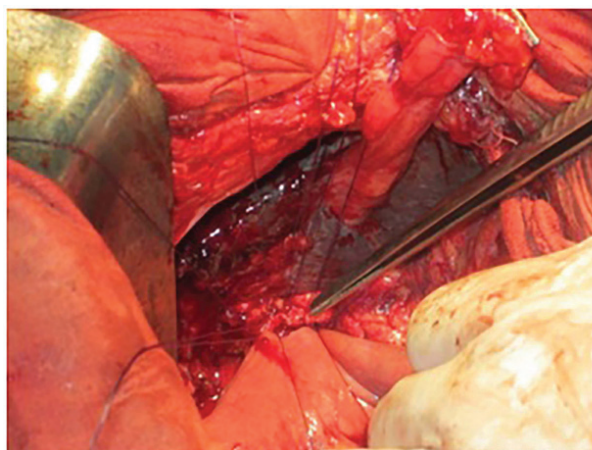


Рисунок 2. Формирование передней губы  
бигепатикоеюноанастомоза однорядными узловыми швами.

Диагностический алгоритм включал в себя общеклинические и биохимические лабораторные и инструментальные методы исследования. УЗИ проводилось во всех случаях на до- и послеоперационном этапах и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В норме внутрипеченочные желчные протоки при УЗИ не видны. При наличии наружного желчного свища, из-за отсутствия расширения

желчных протоков, информативность УЗИ снижается. Основную роль в топической диагностике (уровень и протяженность стриктуры у больных с дренажами в желчных протоках) играла фистулохолангиография (рисунок 1).

Ведущими клиническими проявлениями РСЖП являлись механическая желтуха, холангит, наружный желчный свищ и симптомы, обусловленные билиарным циррозом печени.

#### Результаты и обсуждение.

Основным методом хирургической коррекции

явилось наложение билиодигестивных анастомозов. Малоинвазивные эндоскопические методы декомпрессии желчных путей не могут радикально излечить основной процесс, устранить стриктуру, а достигаемый положительный эффект – явление временное. Выбор способа операции зависел от локализации стриктуры, ее протяженности, состояния дистального и проксимального сегментов гепатикохоледоха, выраженности перидуктального фиброза, воспалительных изменений, а также от тяжести состояния больного.

Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоеюностомии по Ру. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол) (рис. 2). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания. Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле.

Из всех больных 9 (39,1%) на первом этапе было произведено наружное дренирование ВЖП, у 2 (8,6%) больных имелся наружный желчный свищ. Соответственно эти 11 (47,8%) больных госпитализированы с купированной механической желтухой. А остальные 12 (52,2%) больных госпитализированы с механической желтухой. Были выполнены следующие операции: тригепатикоеюностомия по Ру (1 больной), бигепатикоеюностомия по Ру (12 больных), гепатикоеюностомия по Ру (4 больных), холедохоеюностомия по Ру (2 больных), холецистоеюностомия по Ру (1 больной), холедоходуоденостомия по Юрашу-Виноградову (1 больной), наружное дренирование ВЖП (2 больных). Одной больной был наложен раздельный бигепатикоеюноанастомоз на одной тонкокишечной петле, выключенной по Ру. В одном наблюдении предварительно были проведены эхонавигационные чрескожные чреспеченочные дренирования 3 абсцессов печени.

Хирургические операции при РСЖП приходится выполнять в сложных условиях. В связи с наличием выраженного спаечного процесса, инфильтратов, нарушающих топографо-анатомические взаимоотношения между органами, большой частоты высоких стриктур (10 больных, 43,4%) возникает опасность повреждения сосудов гепатодуоденальной связки, полого органа.

Больные с РСЖП нередко находились в тяжелом состоянии, обусловленном механической желтухой, гнойным холангитом, интоксикацией, печеночной недостаточностью.

В 3 наблюдениях во время адгезиолизиса и ревизии были обнаружены и вскрыты абсцессы брюшной полости (2) и печени (1). У одного больного была удалена оставшаяся во время первой операции часть шейки желчного пузыря и кармана Гартмана. У 4 больных проведены гепатиколитотомии, из которых в двух случаях в комбинации с устранением холедоходуоденального свища (1) и разобщением гепатикодуоденоанастомоза из-за стриктуры этого соустья (1). Интраоперационно у 3 больных было кровотечение из воротной вены, которое было остановлено ушиванием атравматическим шовным материалом. В двух случаях операция была завершена наружным дренированием ВЖП как окончательный этап оперативного лечения.

Ближайшие результаты оперативного лечения оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всех 23 больных послеоперационные осложнения зарегистрированы у 3 (13%) пациентов: несостоятельность швов бигепатикоеюноанастомоза по Ру – 1, нагноение операционной раны – 2. Послеоперационная летальность составила 4,3 % (1 больной). Причиной летальности явилась несостоятельность швов бигепатикоеюноанастомоза по Ру, развившейся на 2 сутки после операции.

## Вывод.

Таким образом, анализ хирургического лечения РСЖП показывает, реконструктивные оперативные вмешательства в объеме билиодигестивного анастомозирования по Ру с применением однорядного прецизионного шва считаются операцией выбора. Реконструктивные операции, как завершающий этап хирургического лечения РСЖП, должны выполняться в специализированных учреждениях хирургами высокой профессиональной компетенции в области гепатобилиарной хирургии.

## Литература:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю., Кузовлев Н.Ф., Дюжева Т.Г. Диагностика и лечение различных типов высоких рубцовых стриктур печеночных протоков // *Хирургия*. – 2004. - № 5. – С. 26-31.
2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков // *Хирург*. – 2008. - № 4. – С. 13-20.
3. Гадиев С.И., Курбанова Э.М. Хирургическое лечение ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирургия*. – 2011. – № 7. – С. 83–86.
4. Шевченко Б.Ф. Хирургическое лечение рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирург*. – 2008. - № 5. – С. 15-19.
5. Tocchi A., Mazzoni G., Liotta G. et al. Management of benign biliary strictures: biliary enteric anastomosis vs endoscopic stenting // *J. Arch. Surg.* – 2000. – V. 135, N. 2. – P. 153-157.

## ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ТРАВМАХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Джапиев У.Х.

Ошская межобластная объединенная клиническая больница  
Ош, Кыргызская Республика

**Резюме.** Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения интраоперационных травм желчных протоков. Представлен опыт лечения 21 больного в возрасте от 21 до 81 года. У 6 (28,6%) больных повреждение желчных протоков было обнаружено интраоперационно. Восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному. Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным. Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием желчных путей. Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (9,5%) больных. Летальных исходов не было.

**Ключевые слова:** интраоперационная травма, желчные протоки, реконструктивная операция.

## ӨТ ТҮТҮКТӨРҮНҮН ОПЕРАЦИЯ УЧУРУНДА ПАЙДА БОЛГОН ТРАВМАЛАРЫН ДАРЫЛОО ТАКТИКАСЫ

Джапиев У.Х.

Ош област аралык бириккен клиникалык ооруканасы  
Ош, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Эмгектин максаты – өт түтүктөрүнүн операция учурунда пайда болгон травмаларын хирургиялык дарылоонун жыйынтыктарын жакшыртуу. 21-ден 81 жаш курагындагы 21 оорулуунун дарылоо тажрыйбасы көрсөтүлдү. 6 (28,6%) оорулууда өт түтүктөрүнүн травмасы операция учурунда аныкталды. Калыбына келтирүүчү операция бир (4,8%) оорулууга жасалды. Ру боюнча билиодигестивдик анастомоз көлөмүндөгү реконструктивдик операциялар 18 (85,7%) оорулууга жасалды. Эки (9,5%) оорулууда операциялар өт түтүктөрүн дренаж аркылуу сыртка чыгаруу менен аякталды. Операциядан кийинки кошумча оорулар эки (9,5%) оорулууда орун алышты. Операциядан кийинки өлүм катталган жок.

**Негизги сөздөр:** операция учурундагы травма, өт түтүктөрү, реконструктивдик операция.

## THE TACTICS OF TREATMENT FOR INTRAOPERATIVE INJURIES OF THE BILE DUCTS

Djapiev U.H.

Osh Interregional united clinical hospital  
Osh, Kyrgyz Republic

**Resume.** The aim of the work - to improve the results of surgical treatment of intraoperative injuries of the bile ducts. Experiences in treatment of 21 patients aged 21 to 81 years are presented. 6 (28.6%) patients injury of bile ducts was detected intraoperatively. Reconstructive surgery was performed one (4.8%) patients. Reconstructive surgery in a volume Roux biliodigestive anastomosis performed 18 (85.7%) patients. Two (9.5%) patients the operation was completed external drainage of the biliary tract. Postoperative complications registered with 2 (9.5%) patients. Lethal outcomes were not.

**Keywords:** intraoperative trauma, bile ducts, reconstructive surgery.

### Актуальность.

Интраоперационная травма желчных протоков (ИТЖП) продолжает оставаться одним из наиболее грозных осложнений в абдоминальной хирургии. Как правило, травма желчных протоков (ЖП) происходит во время операций на желчных путях, чаще всего холецистэктомии (ХЭ), реже - при операциях на желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе [1-3].

Интерес к проблеме не только не ослабевает, но в последние годы даже возрос в связи с широким внедрением в хирургическую практику малоинвазивных технологий: видеолaparоскопии и минилапаротомии с элементами открытой лапароскопии. В настоящее время до 63,5-95% ХЭ выполняется этими способами [2, 4]. Частота ИТЖП, которая составляла 0,1-0,3% при открытой ХЭ, с внедрением лапароскопической ХЭ увеличилась до 0,4-3,0% [2, 3, 5]. Удельный вес этого осложнения при минилапаротомной ХЭ составляет 0,2-2,5% [4, 6]. Максимальное количество осложнений возникает в период освоения эндоскопической методики и проведения первых 20-50 операций [7].

Хирургическое лечение ИТЖП - один из самых сложных разделов желчной хирургии. Несмотря на прогресс в этой области в течение последних десятилетий,

осложнения после восстановительных и реконструктивных операций возникают у 10-47% больных, послеоперационная летальность составляет 5-28,2%, а повторные оперативные вмешательства вследствие формирования стриктур после первичной пластики ЖП требуются 10-38% больных [1-4]. Судьба значительной части больных с рубцовыми стриктурами ЖП – это длительное страдание, повторные операции, желтуха, гнойный холангит, билиарный сепсис, печеночная недостаточность, вторичный билиарный цирроз печени, портальная гипертензия и, как следствие, высокая летальность [2, 3, 5-7]. Все вышеизложенное заставляет искать оптимальные варианты лечения ИТЖП, разрабатывать алгоритм диагностических и тактических мероприятий при возникших осложнениях.

**Цель работы:** улучшение результатов хирургического лечения ИТЖП.

### Материал и методы.

С 1998 по 2014 года в Национальном Госпитале Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и в хирургическом отделении №1 Ошской межобластной объединенной клинической больницы находился 21 больной с ИТЖП. Возраст больных колебался от 21 до 81 года. Мужчин было 13 (29,5 %), женщин – 31 (70,5 %).

Основным видом операции, ставшей причиной

ятрогенной травмы ЖП, была ХЭ – 41 (93,2%). Из них традиционная ХЭ была произведена в 36 (87,8%) наблюдениях, ЛХЭ – в 4 (9,8%), ХЭ из мини-доступа – в 1 (2,4%). В остальных 3 (6,8%) случаях причиной ятрогении оказались соответственно резекция желудка (1), эхинококэктомия из печени (1) и ушивание посттравматического разрыва печени (1).

Ятрогенные травмы ЖП в наших учреждениях развились у 19 (43,2%) больных (Национальный Госпиталь – 1, Ошская межобластная объединенная клиническая больница – 18). Остальные 25 (56,8%) больных были оперированы или переведены из других областных, городских и территориальных больниц нашей страны.

У 21 (47,7%) пациентов имелись «свежие» ятрогенные повреждения. Характер «свежих» травм ЖП был следующим: краевое пересечение холедоха – 1, полное пересечение и перевязка холедоха – 1, странгуляция холедоха лигатурой дренажа по Холстеду-Пиковскому – 1, полное пересечение гепатикохоледоха с иссечением холедоха – 1, краевое повреждение (коагуляционная перфорация) гепатикохоледоха при ЛХЭ – 1, пересечение гепатикохоледоха – 9 (краевое – 7, полное – 5), перевязка гепатикохоледоха – 1, пересечение и перевязка гепатикохоледоха – 1, клиппирование гепатикохоледоха – 2, повреждение правого печеночного протока – 3.

С целью дифференциальной и топической диагностики проводили комплексное обследование, включающее, помимо общеклинических и биохимических лабораторных и инструментальных методов, специальные методы исследования. Ультразвуковое исследование проводили рутинно во всех случаях до применения инвазивных методов и позволял выявить механическую желтуху, гепатомегалию, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, наличие протоковых конкрементов, состояние поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

## Результаты и обсуждение.

Выбор лечебной тактики зависел от вида повреждения, наличия в клинической картине желчного перитонита, степени механической желтухи, тяжести состояния больных, а также от количества ранее перенесенных операций, выполненных с целью «исправить

ошибку».

Мы являемся сторонниками бескаркасного билиодигестивного дренирования. Реконструктивное оперативное лечение заключалось в формировании би-, три- и гепатикоеюностомии по Ру (рисунок 1). Поврежденный ЖП идентифицировали и мобилизовывали в проксимальном направлении. При высоких стриктурах для создания оптимального билиодигестивного анастомоза производили продольное рассечение левого печеночного протока по Керу до 1-1,5 см. У пациентов, которым производили предоперационное наружное дренирование желчных протоков, дренажные трубки удаляли. После мобилизации гепатикохоледоха участок тощей кишки длиной 60-80 см изолировали по Ру для создания билиодигестивного анастомоза, который формировали конец в бок с использованием узловых швов рассасывающимися нитями условных размеров 3/0-4,0 (Biosin, PDSII, Monocol, Айкол). В методологии билиодигестивной операции по Ру важное значение придаем прецизионной технике анастомозирования и атравматическому шовному материалу с декретированными сроками рассасывания.

Если в процесс было вовлечено более одного протока, то накладывали отдельные анастомозы на одной кишечной петле. Область анастомоза дренировали с помощью дренажей.

Как правило, результаты попыток восстановления билиарного пассажа в территориальных и городских больницах при «свежей» травме ЖП, как правило, были неудовлетворительными. Эти больные были направлены к нам на 2 сутки и позднее после операции.

Из 21 больного со «свежими» травмами ЖП лишь у 6 (28,6%) повреждение было обнаружено интраоперационно. Из этой группы больных у одного сразу произведена хирургическая реконструкция – гепатикоеюностомия на выключенной по Ру петле тощей кишки. А в остальных 5 наблюдениях первый этап операции был завершен наружным дренированием желчных протоков.

В целом же при «свежих» повреждениях ЖП 5 (23,8%) больным были выполнены одноэтапные заключительные операции в более ранние сроки после

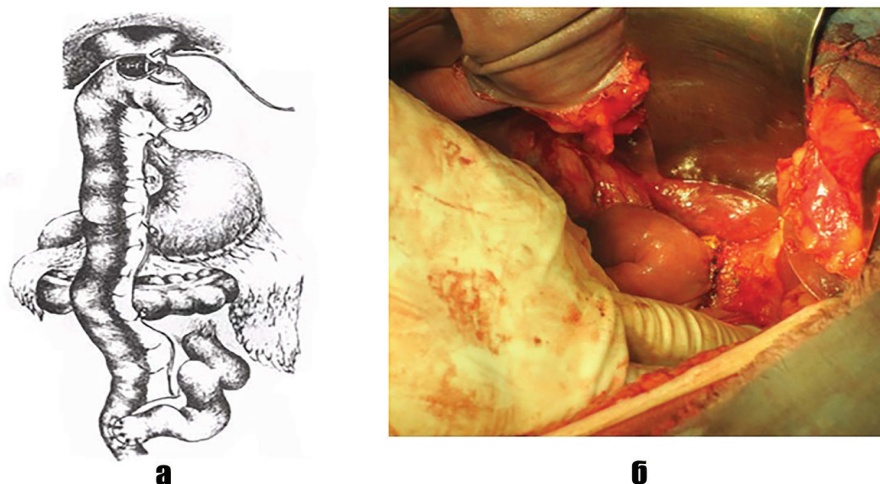


Рисунок 1. Законченный вид бигепатикоеюностомии по Ру:  
а – схема, б – фото собств. наблюдения.

выявления травмы ЖП. Из них в одном случае на 7 сутки после ЛХЭ было произведено ушивание гепатикохоледоха, в двух случаях – бигепатикоеюноанастомоз по Ру, в одном случае – гепатикоеюноанастомоз по Ру, в последнем случае операция завешена наружным дренированием по Вишневскому.

В 13 (61,9%) наблюдениях из 21 произведено двухэтапное оперативное лечение. На первом этапе выполняли лапаротомию и наружное дренирование ЖП (11 больных) или чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей под ультразвуковым наведением (2 больных). Вторым этапом осуществляли гепатико- (2), бигепатико- (8) и тригепатикоеюноностомии по Ру (2). У одной пациентки осуществить билиодигестивную реконструкцию по Ру не оказалась возможной и второй этап операции был завершён наружным дренированием ЖП. На наш взгляд такой исход хирургического лечения связан с неправильно выбранной первичной хирургической тактики в территориальном лечебном учреждении.

У 3 (14,3%) больных из 21 со «свежей» травмой ЖП в целом было произведено трехэтапное оперативное лечение. На первых двух этапах было осуществлено наружное желчеотведение с целью купирования желчного перитонита, стихания воспалительных процессов брюшной полости и стабилизации общего состояния больных. Лишь третьим этапом произведено наложение гепатико- (1) и бигепатикоеюноанастомоза по Ру (2). Здесь следует отметить, что этим 3 больным после операции ХЭ в других лечебных учреждениях были предприняты тактически ошибочные попытки восстановления целостности ЖП, что повлекло за собой повторные операции. Наш опыт показывает, что при отсутствии возможностей первичной коррекции ятрогенной «свежей» травмы ЖП (квалификация хирурга, желчный перитонит, механическая желтуха, тяжелое состояние больного) путем выполнения восстановительной или реконструктивной операции оптимально задренировать магистральные ЖП на первом этапе и выполнить билиодигестивную реконструкцию по Ру на втором этапе хирургом с соответствующей профессиональной компетенцией в гепатобилиарной хирургии.

Таким образом, при «свежих» травмах ЖП первично-восстановительная операция была произведена одному (4,8%) больному (ушивание травмы гепатикохоледоха после ЛХЭ). Реконструктивные операции в объеме билиодигестивного анастомоза по Ру выполнены 18 (85,7%) больным (гепатикоеюноностомия по Ру – 4, бигепатикоеюноностомия по Ру – 12, тригепатикоеюноностомия по Ру – 2). Двоим (9,5%) больным операции были завершены наружным дренированием ЖП.

Ближайшие результаты оперативного лечения больных с ятрогенными травмами оценивали по частоте послеоперационных осложнений и летальности. Из всего 21 случая послеоперационные осложнения зарегистрированы у 2 (9,5%): острая спаечная кишечная

непроходимость и стриктура бигепатикоеюноанастомоза.

Повторно оперировано 2 больных по поводу острой спаечной кишечной непроходимости (1) и стриктуры бигепатикоеюноанастомоза по Ру, развившейся через 4 месяца. В последнем случае произведена реконструкция бигепатикоеюноанастомоза по Ру. Но, несмотря на это, у данного пациента развился рестеноз анастомоза, в связи с чем было выполнено наружное дренирование ЖП.

Послеоперационной летальности не было.

## Вывод.

Таким образом, ИТЖП в большинстве случаев (71,4%) диагностируется в поздние сроки после развития желчного перитонита, наружного желчного свища и механической желтухи. Анализ опыта хирургического лечения ИПЖВП позволяют констатировать, что при желчном перитоните вследствие ятрогенной травмы ЖП оптимально проведение двухэтапного лечения: 1-этап – наружное дренирование ЖП и ликвидация перитонита, 2-этап – реконструктивная операция. Альтернативным методом реконструктивного лечения ИТЖП считается формирование бескаркасного билиодигестивного анастомоза на выключенной по Ру петле тонкой кишки с использованием прецизионной техники и рассасывающегося атравматического шовного материала. Реконструктивные операции должны выполняться хирургом, владеющим техникой выполнения операций на органах гепатобилиарной системы.

## Литература:

1. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2009. – Т. 14. – № 1. – С. 49-56.
2. Зюбина Е.Н. Ятрогенные травмы и стриктуры желчевыводящих протоков // *Хирург.* – 2008. – № 4. – С. 13-20.
3. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Делибалтов К.И. и др. Хирургическое лечение больных со «свежими» повреждениями внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2014. – Т. 19. – № 1. – С. 75-79.
4. Красильников Д.М., Фаррахов А.З., Курбангалеев А.И. Хирургическая тактика при ятрогенных повреждениях желчевыводящих протоков // *Практическая медицина.* – 2010. – № 8 (47). – С. 20-29.
5. Мамакеев М.М., Бектуров Ж.Т., Сыргалиев Д.Т. и др. Хирургическая коррекция повреждений и стриктур внепеченочных желчных протоков // *Хирургия Кыргызстана.* – 2008. – №2. – С.2-6.
6. Ничитайло М.Е., Грубник В.В., Скумс А.В. и др. Профилактика повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии: клинические рекомендации Украинской ассоциации по мининвазивным, эндоскопическим и лазерным технологиям // *Клиническая хирургия.* – 2013. – № 6. – С. 5-10.
7. Archer S.B. Bile Duct Injury During Laparoscopic cholecystectomy: Results of a National Survey // *Ann Surg.* – 2001. – V. 234. – N. 4. – P. 2001-2007.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И НИЗКОГОРЬЯ****Оморов Т.Б.**

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К.Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика.

**Резюме.** Цель исследования дать сравнительную оценку течению послеоперационного периода у больных острым холециститом в условиях высокогорья и низкогогорья. Обследовано 62 больных проживающих в высокогорье (г.Нарын) и 154 пациентов, проживающих в низкогогорье (г.Бишкек). В обеих группах преобладали женщины в сравнении с мужчинами и чаще поступали больные в возрасте от 40 до 60 лет. Из 62 больных из высокогорья у 16 выявлены сопутствующие заболевания (25,8%), а из 154 второй группы у 72 оперированных (46,8%). Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием, удаление желчного пузыря выполнялось лапаротомным доступом.

В оценке течения послеоперационного периода использовали клинические критерии (нормализация температуры, исчезновение болевого синдрома, нормализация количества лейкоцитов, частота возникновения осложнений и сроки стационарного лечения). В оценке течения раневого процесса применяли эхоморфометрию ран через сутки после операции, через 3-6суток.

Анализ результатов показал, что более благоприятно протекал послеоперационный период у лиц, проживающих в условиях низкогогорья в сравнении с высокогорьем. Частота осложнений составила соответственно 8,4 и 16,1% сроки стационарного лечения в высокогорье  $10,2 \pm 0,23$ , а в низкогогорье  $6,4 \pm 0,37$  койко дней

**Ключевые слова:** острый холецистит, оперативное лечение, высокогорье, низкогогорье, осложнения.

**ТООЛУУ ЖАНА ШААР ШАРТЫНДА ЖАШАГАН БЕЙТАПТАРДЫН ӨТКҮР ХОЛЕЦИСТИТ ООРУСУНУН ОПЕРАЦИЯДАН КИЙИНКИ МӨӨНӨТҮНҮН САЛЫШТЫРМАСЫ****Оморов Т.Б.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Биздин текшерүүбүздүн максаты тоолуу жана шаар шартында жашаган бейтаптардын өткүр холецистит оорусунун операциядан кийинки мөөнөтүнүн салыштырмасын берүү. Тоолуу шартта жашаган (Нарын ш.) 62 бейтап жана шаар шартында жашаган (Бишкек ш.) 154 бейтап текшерүүдөн өткөрүлгөн. Эки тайпада тен эркектерге салыштырмалуу аялдар басымдык кылган жана 40 - 60 жашка чейинки бейтаптар көбүрөөк түшкөн. Тоолуу шартында жашаган 62 бейтаптын ичинен 16 бейтаптан (25,8%), ал эми шаар шартында жашаган 154 бейтаптын 72 де (46,8%) коштогон дарттар аныкталган. Баардык бейтаптар эндотрахеалдык оорутуу ыкмасы менен операция жасалган, өт баштыкчасын алып салуу лапаротомдук ыкма менен жасалган. Операциядан кийинки мөөнөтүнүн өтүүсүнө баа берүүдө төмөндөгү клиникалык критерийлер (дене табынын нормалдоосу, ооруксунуу синдромуна жоголушу, лейкоциттердин санынын нормалдоосу, кабылдоолордун пайда болуусу жана стационардык дарылоонун мөөнөтү) колдонулган. Жарат процессинин өтүшүнө баа берүүдө жарат эхоморфометриясы операциядан кийин 1 күн өткөндө колдонулган, 3 - 6 күндөн кийин. Анализдердин жыйынтыгы көрсөткөндөй, операциядан кийинки мөөнөттүн өтүшү шаар шартында жашаган бейтаптарда тоолуу шартында жашаган бейтаптарга салыштырмалуу жакшыраак өткөн. Кабылдоолордун саны 8,4 жана 16,1 % түзсө, стационардык дарылоо убактысы тоо шартында  $10,2 \pm 0,23$ , ал эми шаар шартында  $6,4 \pm 0,37$  койко күндү түзгөн.

**Негизги сөздөр:** өткүр холецистит, операциялык дарылоо, тоолуу шарт, шаардык шарт, кабылдоолор.

**COMPARATIVE EVALUATION OF POSTOPERATIVE COURSE IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS IN THE HIGHLANDS AND LOWLANDS****Omorov T.B.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The purpose of the study give a comparative assessment of the postoperative period in patients with acute cholecystitis in the highlands and lowlands. A total of 62 patients living in vysokogre (Naryn) and 154 patients living in low (Bishkek). In both groups, women predominated in comparison with men and more frequently received patients aged from 40 to 60 years. Of the 62 patients in the high mountains in 16 identified comorbidities (25.8%), while the second group of 154 operated in 72 (46.8%). All patients were operated under endotracheal anesthesia, gallbladder removal performed laparotomy access.

In assessing the postoperative period using clinical criteria (temperature normalization, disappearance of pain syndrome, normalization of white blood cell count, incidence of complications and timing of hospital treatment). The evaluation of the wound healing process used echomorphometry day after the operation, through 3-6sutok.

Analysis of the results showed that the more favorable postoperative period proceeded in people living in conditions of low mountains in comparison to the highlands. The complication rate was respectively 8,4 and 16,1%, for hospital treatment in the first group  $10,2 \pm 0,23$ , and the second group of  $6,4 \pm 0,37$  diem.

**Key words:** acute cholecystitis, surgery, highlands, lowlands, complications.

**Введение.**

Острый холецистит - одно из наиболее частых острых заболеваний, требующих оперативного лечения. Несмотря на довольно детальную разработку техники

операции, ведению послеоперационного периода частота осложнений остается все еще на высоком уровне [ 5 ], что является основанием для углубленного исследования с целью выявления причин. Многие исследователи

обращают особое внимание на условия проживания жителей, характеру питания и климатические условия, особенно в условиях высокогорья. Основные сведения представлении о состоянии работы сердца [ 2,6 ], нервной системы [1], заболеваний крови и дыхательной системы [ 3,7 ], а также онкологических заболеваний [ 1,3,7 ] и при этом все исследователи отмечают особенности клинических проявлений, а что касается течения послеоперационного периода после операций, выполненных по поводу желчнокаменной болезни, осложненной острым холециститом, то этот вопрос в литературе не освещен, в то время как выявление особенностей течения позволит существенно повлиять на исход. Несмотря на большие достижения последних десятилетий в медицинской науке, многие вопросы диагностики, лечения желчнокаменной болезни и ее осложнений остаются проблемой современной гепатологии, тем более, что заболеваемость имеет тенденцию к росту.

**Цель работы:** дать сравнительную оценку течения послеоперационного периода после холецистэктомии, больных проживающих в условиях высокогорья и низкогогорья.

## Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 62 больных проживающих в условиях высокогорья (г.Нарын – 2500 метров над уровнем моря) и 154 в условиях низкогогорья (г.Бишкек, 760 метров над уровнем моря). В обеих группах преобладали женщины (соответственно 48 и 112 человек) и наиболее часто поступали в возрасте от 40 до 60 лет.

Анализ сроков поступления в стационар показал, что до 24 часов от начала заболевания в первой группе поступило 12 (19,42) больных, а во второй 64 (41,6%), а позже 3 суток в первой группе 32(51,6 %), во второй группе 48(31,2%). Следовательно в высокогорье больные с острым холециститом поступали чаще с давностью более 3 суток. Основными жалобами при поступлении были боли в правом подреберье, многократная рвота и повышение

температуры тела.

В обследовании больных помимо общеклинического исследования, определяли функциональное состояние печени и почек, УЗИ - для определения характера заболевания и эхоморфометрию ран в динамике для оценки течения раневого процесса (через сутки, 3, 6 суток).

Для сравнительной оценки течения послеоперационного периода использовали клинические критерии (сроки нормализации температуры тела, исчезновение болевого синдрома, частоту осложнений) сроки стационарного лечения и результаты эхоморфометрии ран. Полученные результаты обработаны с определением среднеарифметической (М), среднеквадратической Q, величин и ошибки ряда (m).

## Результаты и их обсуждение.

При поступлении оценивали состояние больных и решали вопрос о сроке операции. Необходимо отметить, что подходы в обеих группах были одинаковыми: экстренные операции выполняли при клинике острого холецистита, осложненного местным или общим перитонитом, с краткосрочной предоперационной подготовкой (1-2 часа), а у остальных операции выполняли в течение суток с момента поступления вели наблюдение, если процесс прогрессировал, выполняли операцию, а при стихании воспалительного процесса оперировали через 1-2 суток. В обеих группах операции были выполнены лапаротомным доступом в правом подреберье. Типы выполненные операции представлены в таблице 1.

После операции выполняли эхоморфометрию ран, результаты которой даны в таблице 2.

Обращает на себя внимания, что через сутки после операции размеры зоны инфильтрации были одинаковыми (  $P>0,05$  ) в обеих группах, а в последующие сроки отмечаются существенные различия. Так, у больных высокогорья на 3 сутки увеличена зона инфильтрации, размеры которой отличались не только от исходных

**Таблица 1.**  
**Типы операций**

| Группа       | Холецистэктомия | Холецистэктомия +наружное дренирование | Холецист эктом + внут.дрен | Из них возн осложн |
|--------------|-----------------|----------------------------------------|----------------------------|--------------------|
| Высокогорье  | 54              | 6                                      | 2                          | 10(16,1%)          |
| Низкогогорье | 141             | 9                                      | 3                          | 13 (8,4)           |
| Всего        | 195             | 15                                     | 5                          | 23 (11,8%)         |

**Таблица 2.**  
**Динамика эхоморфометрии ран.**

| Группа обследованных           | Сроки исследования |               |               |
|--------------------------------|--------------------|---------------|---------------|
|                                | 1 сутки            | 3 сутки       | 6 суток       |
| Высокогорье n-56, $M1\pm m1$   | $2,4\pm 0,37$      | $3,4\pm 0,21$ | $2,6\pm 0,18$ |
| Низкогогорье n-102, $M2\pm m2$ | $2,5\pm 0,24$      | $2,8\pm 0,13$ | $1,4\pm 0,12$ |
| P M1- M2                       | $>0,05$            | $<0,05$       | $<0,01$       |

Таблица 3.  
Клинические критерии обеих групп

| Критерии                                  | Высокогорье<br>$M_1 \pm m_1$ | Низкогорье<br>$M_2 \pm m_2$ | P – степень<br>достоверности $M_1 - M_2$ |
|-------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|
| Нормализация температуры, сутки           | 43 $\pm$ 0,21                | 2,2 $\pm$ 0,17              | <0,01                                    |
| Исчезновение болевого синдрома, сутки     | 3,8 $\pm$ 0,32               | 2,9 $\pm$ 0,51              | <0,05                                    |
| Нормализация количества лейкоцитов, сутки | 6,1 $\pm$ 0,22               | 5,8 $\pm$ 0,43              | >0,05                                    |
| Частота осложнений, абс. число и %        | 10 чел (16,1%)               | 13 чел (8,4%)               | <0,05                                    |
| Среднее пребывание в стационаре, сутки    | 10,2 $\pm$ 0,29              | 6,4 $\pm$ 0,37              | <0,001                                   |

величин но и от размеров, полученных у больных из низкогорья. На 6 сутки после операции в обеих группах идет постепенное уменьшение размеров зоны инфильтрации, но более выраженное у больных низкогорья. Увеличение зоны на 6 сутки в сравнении с показателями 3 суток уже настораживало о возможности раневых осложнений и требовало ревизии раны. Также в процессе лечения нами дана оценка клиническим показателям (табл 3).

Сопоставление клинических показателей показало, что у лиц, проживающих в высокогорье достоверно позже наступает нормализация температуры и исчезает болевой синдром, выше частота осложнений и более длительные сроки стационарного лечения.

Таким образом в результате наших исследований установлены довольно существенные различия в течении послеоперационного периода после холецистэктомии выполненной по поводу желчнокаменной болезни осложненной острым холециститом, у больных проживающих в условиях высокогорья и низкогорья. Наши данные требуют всестороннего анализа особенностей клинического течения и выявления причин возникновения осложнений в каждом конкретном регионе, что будет являться предметом наших дальнейших исследований в этом направлении.

#### Литература:

1. Данияров, С.Б., Высокогорье и вегетативная нервная система [текст] / С.Б. Данияров, А.Г.Зарифьян. Ташкент: Медицина, 1977.-230с.
2. Истамбекова, Д.Н. Хроническая пневмония в горных условиях [текст] /Д.Н. Истамбекова Л: Медицина, 1979.-184 с.
3. Миррахимов, М.М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья [текст] / М.М. Миррахимов. М: Медицина, 1968.-157 с.
4. Сандаков, П.Я. Факторы операционного риска при малоинвазивной хирургии острого холецистита [текст] / П.Я. Сандаков, В.А. Самарцев, М.И. Дьяченко//Эндоскопическая хирургия.-2005.-№1.-С.122-123.
5. Шофакирова П.Р. Особенности распространения злокачественных новообразований в горных условиях Таджикистана и Кыргызстана [текст] / П.Р. Шофакирова автореф. дисс.. канд. мед. наук. Бишкек, 2009.-21 с.
6. Игисинов С.И. Влияние высокогорья, этнического состава и особенности быта на развитие и течение рана пищевода [текст]/ С.И. Игисинов . Автореф.дисс. докт. мед наук .Санкт- Петербург. 1992.-42с.
7. Усенова А. Эпидемиология лейкозов в Кыргызстане [текст]/ А. Усенова, А. Раимжанов //ЦАМЖ, спец. приложение .-2008.-том 8.-С. 45-48.

## ПРЕИМУЩЕСТВА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ДИАФИЗА И ПЕРЕЛОМО-ВЫВИХОВ АКРОМИАЛЬНОГО КОНЦА КЛЮЧИЦЫ

Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Жунусов Б.Ж.

Бишкекский научно-исследовательский центр травматологии и ортопедии

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Целью настоящего исследования является изучение характеристики функционального остеосинтеза и проведение сравнительный анализ результатами традиционных способов фиксации ключицы.

**Ключевые слова:** ключица, перелома-вывих, остеосинтез.

## АКЫРЕКТИН ДИАФИЗИНИН СЫНУУСУНДА ЖАНА АКРОМИАЛДЫК БӨЛҮГҮНҮН СЫНЫП-ЧЫГЫП КЕТҮҮСҮНДӨГҮ ФУНКЦИОНАЛДЫК ОСТЕОСИНТЕЗИНИН АРТЫКЧЫЛЫКТАРЫ

Джумабеков С.А., Анаркулов Б.С., Жунусов Б.Ж.

Бишкек травматология жана ортопедия илим-изилдөө борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Учурдун изилдөө максаты болуп функциялык остеосинтездин мүнөздөмөлөрүн талдоо жана акыректин жабыркануусунда колдонулган салттуу остеосинтез ыкмалардын натыйжалары менен салыштыруу болуп саналат.

**Негизги сөздөр:** акырек, сынып-чыгышы, остеосинтез.

## BENEFITS FUNCTIONAL OSTEOSYNTHESIS OF SHAFT FRACTURES AND FRACTURE-DISLOCATIONS OF THE ACROMIAL OF THE CLAVICLE

Djumabekov S. A., Anarkulov B.S., Junusov B.J.

Bishkek research centre for traumatology and orthopedics

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** Nastausheva the purpose of the study is to study characteristics of functional osteosynthesis and comparative analysis of the results of traditional methods of fixation of the clavicle.

**Keywords:** collarbone, fracture-dislocation, osteosynthesis.

### Введения.

Переломы ключицы составляют 10-19,5% всех переломов и 35-45% переломов костей пояса верхней конечности у взрослых [4,8,10]. Переломы ключицы относятся к одному из самых частых повреждений костей и составляют около 15 % от переломов костей конечностей, уступая по частоте лишь переломам костей предплечья и плечевой кости [8,10]. Наиболее частая локализация переломов в средней трети (72-80%), около 25-30% составляют переломы латерального конца ключицы (акромиальный конец ключицы АКК) и медиальные переломы насчитывает 2%.

Несмотря на множество существующих консервативных и оперативных способов лечения, ошибки и осложнения в лечении повреждений данной локализации достигают 12,5 – 30,5% по данным разных авторов [1,3,5,6,7,11]. Высокий процент осложнений и неудовлетворительных исходов лечения заставляет анализировать их причины и искать альтернативные методы. Неадекватные методы лечения переломов-ключицы становятся причиной неправильно сросшихся переломов, ложных суставов, ограничения движений, потери силы, болей. Нередко неправильное лечение переломов ключицы приводит к нейро-сосудистому поражению, ишемической контрактуре, к грубой деформации, потере функций конечности и даже выходу на инвалидность.

Оперативные вмешательства с применением накостных пластин отличаются высокой травматичностью, используется минимум 6 или 7 отверстий для введения шурупов [7]. При использовании пластин необходимо скелетировать кость на большом протяжении,

что резко нарушает кровоснабжение из-за отслоения надкостницы. Обширная поверхность контакта между нижней поверхностью пластины и костью приводят к значительному; нарушению периостального кровообращения. Осложнения при применении пластин были отмечены в 12-23,2% случаев; инфекционные осложнения, ложные суставы, рефракторы после удаления пластины, ограничение движений в плечевом суставе, косметические дефекты - наличие грубого рубца. Общая частота осложнений при интрамедуллярном, накостном и комбинированном остеосинтезе ключицы достигает 24,5-35,2% [5].

Частыми осложнениями погружного остеосинтеза являются: миграция спицы (даже в грудную полость); в том числе с перфорацией кожных покровов, угрозой повреждения подключичных сосудов, деформация и перелом конструкции; вторичное смещение отломков, осложнения воспалительного характера, вплоть до развития остеомиелита; замедленная консолидация, образование псевдоартрозов.

С увеличением числа оперативных вмешательств закономерно возросло и количество осложнений. Требования сегодняшнего дня диктуют потребность сокращения сроков медицинской и социальной реабилитации, а также быстрого восстановления трудоспособности пациентов.

### Цель исследования.

Улучшит анатомо-функциональные результаты оперативного лечения больных с переломами ключицы на основе оптимизации методик интрамедуллярного остеосинтеза в зависимости от тяжести и локализации повреждения.

## Материалы и методы исследование.

Функциональный остеосинтез использован при лечении 44 пациентов в возрасте от 16 до 65 лет в отделении экстренной медицинской помощи БНИЦТО. Из них 31 (70,45%) больных с переломом диафиза ключицы, 9 (20,45%) с изолированным переломом акромиального конца ключицы, 3 (6,8%) с переломо-вывихом акромиального конца ключицы и с ложным суставом 1 (2,3%). Операции проводились под местной анестезией в экстренном порядке через 30 мин. после поступления и после операции наблюдались амбулаторно в поликлиниках по месту жительства и послеоперационное течение гладкое. Больные носили косыночную повязку в течении 15-20 дней (в других традиционных методах 30-60 дней) и работоспособность которых полностью восстанавливалась на 5-6 недели. В большинстве случаев получены хорошие (97,7%) ближайшие и отдаленные анатомо-функциональные результаты, изученные в сроки от 1-го месяца до 3 мес. Только у одного (2,3%)

пациента наблюдалась замедленное сращение перелома ключицы, вследствие несоблюдения режима пациентом. Ни в одном случае не наблюдались осложнения гнойно-воспалительного характера. Спицы удалены на 5-6 недели в перевязочных условиях. Из инструментальных исследований применяли рентгенографию.

На рис.1 иллюстрируется остеосинтез диафиза ключицы и на рис. 2-3 остеосинтез при переломе и переломе-вывихе акромиального конца ключицы: 1- диафиз ключицы; 2- грудинный конец; 3-акромиальный конец; 4- акромиально-ключичный сустав; 5- место перелома; 6- проксимальный отломок; 7- дистальный отломок; 8- просверленные каналы в проксимальном отломке; 9- просверленные каналы в дистальном отломке; 10- лавсановый нит; 11- лавсановый нити проведенный над и под ключицей; 12- узел лавсановой нити; 13- спицы; 14- просверленные каналы в акромиальном отростке лопатки.

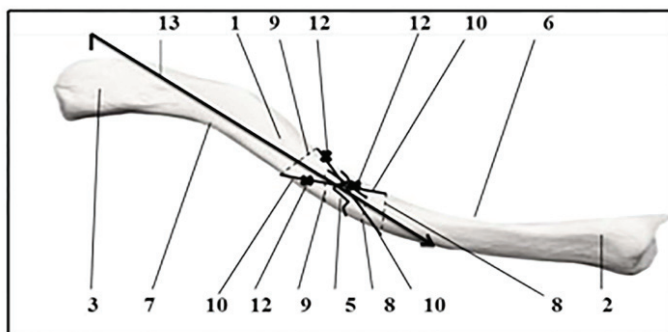


Рис.1. Функциональный остеосинтез при переломе диафиза ключицы (патент КР №1754 от 30.06.2015г.)

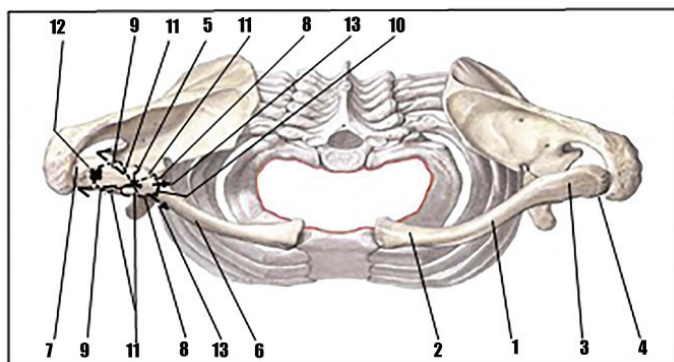


Рис.2. Функциональный остеосинтез при изолированном переломе акромиального конца ключицы (патента КР №1803 от 30.11.2015г.)

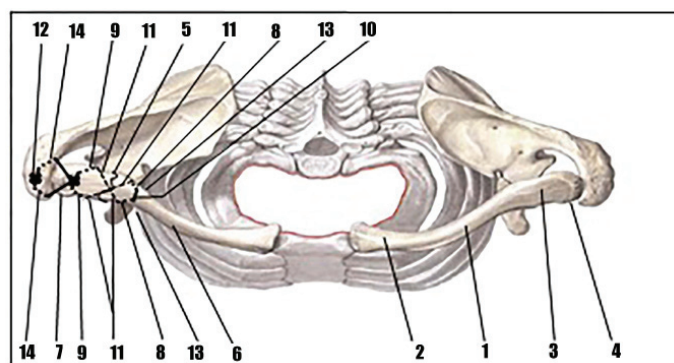


Рис.3. Функциональный остеосинтез при переломо-вывихе акромиального конца ключицы (положительное решение получение патента КР №3080 13.01.2016г.)

## Результаты и их обсуждение.

Предлагаемые нами способы остеосинтеза, отличается от других традиционных способов фиксации ключицы, ниже перечисленными особенностями операции;

- малый кожный разрез,
- исключает отслойку надкостницы,
- идеальное восстановления анатомий ключицы,
- постоянная жесткая меж фрагментарная компрессия,
- все элементы фиксации находятся вне АКС,
- сохранения после операции биомеханики движений в АКС,
- послеопераций не требуется жесткой иммобилизаций конечности,
- удаление спиц производятся не большим кожным разрезом,
- низкая стоимость используемых материалов.

Экспериментальное исследование, теоретическое обоснование и практическое использование данных способов, подтвердили эффективность использования функционального остеосинтеза при лечении переломе и перелома-вывихе ключицы, и обосновали применение предложенных методов в клинической практике. Критерии выбора хирургических способов остеосинтеза к ключице, дают возможность травматологам выбрать наиболее рациональный и безопасный вариант операции. Клинические результаты использования функционального остеосинтеза дали возможность получить высокие показатели анатомо- функционального восстановления после повреждений ключицы. Исключает стационарное лечение после операции. На 20-30 дней сократились сроки хождение свободной верхней конечности на косыночной повязке и тем самым сократилась послеоперационное реабилитация больного.

## Литература:

1. Анализ осложнений и исходов при внутреннем остеосинтезе переломов ключицы / С.А. Тонких, А.А. Коломиец,

Е.А. Распопова, В.Э. Янковский // *Настоящее и будущее технологичной медицины: Материалы Всерос. науч.- практ. конф.* – Новосибирск, 2002. – С.143

2. Бейдик, О.В. Остеосинтез стержневыми и спицестержневыми аппаратами внешней фиксации / О.В. Бейдик, Г.П. Котельников, Н.В. Островский. – Самара: ГП «Перспектива», 2002. – 208 с.

3. Коломиец, А.А. Микродеструкция костной ткани как одна из причин неудовлетворительных исходов при внутреннем остеосинтезе переломов ключицы / А.А. Коломиец, В.Э. Янковский, С.А. Тонких // *Травматология и ортопедия: современность и будущее: Материалы Междунар. конгр.* – М., 2003. – С. 240-241

4. Котельников, Г.П. Травматология / Г.П. Котельников, А.Ф. Краснов, В.Ф. Мирошниченко. – Самара: Самар. Дом печати, 2001. – 480 с.

5. Опыт применения конструкций с памятью формы при лечении переломов и вывихов акромиального конца ключицы / Г.Л. Плоткин, В.Б. Брагин, Ю.Б. Стефанский и др. // *Новые имплантаты и технологии в травматологии и ортопедии: Материалы конгр. травматол.- ортопедов России с междунар. участ.* – Ярославль, 1999. – С. 321-322.

6. Сысенко, Ю.М. К вопросу о лечении переломов ключицы / Ю.М. Сысенко, С.И. Новичков // *Гений ортопедии.* – 2000. – № 2. – С. 86-89.

7. Тонких, С.А. Причины неудовлетворительных исходов при внутреннем остеосинтезе ключицы / С.А. Тонких, В.Э. Янковский, А.А. Коломиец // *Гений ортопедии.* – 2004. – № 1. – С. 114-117.

8. Травматология и ортопедия. Под редакцией члена-корр. РАМН Ю. Г. Шапошникова

9. Effects of plate location and selection on the stability of midshaft clavicle osteotomies: a biomechanical study / M.R. Iannotti, L.A. Crosby, P. Stafford et al. // *J. Shoulder Elbow Surg.* – 2002. – 11, 5. – P. 457-462.

10. Epidemiology of clavicle fractures / F. Postacchini, S. Gumina, P. De Santis, F. Albo // *J. Shoulder Elbow Surg.* – 2002. – 11, 5. – P. 452-456.

11. Midshaft fractures of the clavicle with a shortening of more than 2 cm predispose to nonunion / M. Wick, E.J. Muller, E. Kollig, G. Muhr // *Arch. Orthop. Trauma. Surg.* – 2001. – 121, 4. – P. 207-211.

## УСОВЕРШЕНСТВОВАННЫЙ МЕТОД ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж.,  
Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К.

Национальный госпиталь Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Анализированы результаты оперативного лечения хронического остеомиелита у 106 больных сахарным диабетом. Комплексный метод лечения хронического остеомиелита у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить рецидивы и средние сроки лечения в 2,5 раза.

**Ключевые слова:** хронический остеомиелит, сахарный диабет, оперативное лечение.

## КАНТ ДИАБЕТИ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫН ӨНӨКӨТ ОСТЕОМИЕЛИТИНДЕ ОСТЕОПЕРФОРАЦИЯНЫН ЖАКШЫРТЫЛГАН МЕТОДДОРУ

Мамышов А.Дж., Абдурахманов Н.С., Жумабаев А.Ж.,  
Суйунбаев Р.Т., Муратов К.К.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигине караштуу Улуттук госпиталь  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Кант диабети менен жабыркаган 106 оорулууларда өнөкөт остеомиелитин оперативдик дарылоо жыйынтыгы анализденген. Кант диабети менен ооруган өнөкөт остеомиелитин комплекстүү ыкма менен дарылоо кадимки дарылоого караганда кайталанууну кыскартып жана 2,5 эсеге орточо узактыгын кыскартуу менен кыйла натыйжалуу болгон.

**Негизги сөздөр:** өнөкөт остеомиелит, кант диабети, оперативдик дарылоо.

## IMPROVED METHODS OF OSTEOPERFORATION AT CHRONIC OSTEOMYELITIS IN PATIENTS WITH DIABETES

Mamyshov A.J., Abdurakhmanov N.S., Djumabaev A.J.,  
Sujunbaev R.T., Muratov K.K.

National Hospital Ministry of Health  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** We analyze the results of surgical treatment of chronic osteomyelitis in 106 patients with diabetes. Comprehensive treatment of chronic osteomyelitis in patients with diabetes was more effective compared to traditional methods of treatment, which has reduced the average time of relapse and treatment in 2.5 times.

**Keywords:** chronic osteomyelitis, diabetes, surgical treatment.

### Введение.

Проблема лечения хронического остеомиелита на сегодняшний день далека от своего решения. В зарубежной и отечественной литературе опубликовано множество работ, посвященных лечению этого заболевания. Продолжается поиск новых методов лечения, модифицируются различные вопросы обработки остеомиелитической полости и ее наполнения [3,8].

В связи с тем, что хроническим остеомиелитом чаще всего болеют сравнительно молодые люди в трудоспособном возрасте, проблема реабилитации этих больных является весьма актуальной [1,6].

Неудовлетворенность результатами лечения, высокий процент рецидивов при использовании традиционных методов лечения, а также повышение резистентности микрофлоры к антибиотикам создало значительные трудности в лечении хронических остеомиелитов.

Сахарный диабет является одной из актуальных проблем здравоохранения. Количество больных сахарным диабетом, по данным ВОЗ, в настоящее время в мире составляет более 150 млн. человек. Сахарный диабет - заболевание, характеризующееся значительными нарушениями обмена веществ, клинически проявляющееся в виде хронической гипергликемии, макро- и микроангиопатии, нейропатии, нефропатии [7].

В настоящее время проблема лечения хронического

гематогенного остеомиелита у лиц, страдающих сахарным диабетом, остается сложной и актуальной [7].

Развивающиеся на фоне сахарного диабета очаги остеомиелита часто существуют длительно, имеют склонность к прогрессированию и возникновению новых очагов [5].

Большая подверженность к инфекционно-воспалительным заболеваниям при сахарном диабете связана с поражением микроциркуляторного русла, нервов, снижением местного и общего иммунитета [6,9]. Развитие макро- и микроангиопатий, атония сосудов сопровождаются снижением объема кровотока в ткани, повышением вязкости крови, приводят к усилению агрегации эритроцитов, развитию тканевой гипоксии.

Очевидно, что трудности связанные с лечением хронического гематогенного остеомиелита обусловлены растущей антибиотико-резистентностью микроорганизмов к большинству лекарственных препаратов, изменением видового состава микрофлоры [2,3,6]. Кроме того, меняется иммунный статус населения [8], в том числе под влиянием самих микроорганизмов, что приводит к увеличению частоты генерализованных, хронических форм и рецидивов хронического гематогенного остеомиелита [4, 8].

Целью настоящего исследования является анализ результатов лечения больных хроническим гематогенным остеомиелитом у больных сахарным

диабетом.

## Материал и методы исследования.

С 1997 по 2012 годы в отделении гнойной хирургии клиники им. И.К. Ахунбаева НГ МЗ КР прооперировано 106 больных с хроническими остеомиелитами длинных трубчатых костей, у которых сопутствующим заболеванием являлся сахарный диабет. В нашем исследовании преобладали больные сахарным диабетом 2-го типа - 93 человека (87,7%), тогда как сахарный диабет 1-го типа наблюдался у 13-ти (12,3%) больных.

Наиболее часто остеомиелитический очаг локализовался в бедренной кости (45,2%) и большеберцовой кости (23,5%).

При поступлении больным проводились общеклинические исследования (общий анализ крови, мочи, биохимические показатели крови) и специальные методы обследования: рентгенография длинных трубчатых костей, фистулография в двух проекциях, при необходимости - рентген томографии костей, кроме того, обязательное микробиологическое исследование отделяемого из свищей. С помощью рентгенологического исследования выявили наличие в костной ткани репаративных процессов в виде периостальной реакции, проявляющейся утолщением и отслойкой надкостницы, изменение конфигурации и диаметра пораженных костей, деструктивных изменений, а также наличие секвестров в остеомиелитической полости. Рентгенконтрастные методы исследования позволили уточнить распространенность свищевых ходов в мягких тканях, в костях и объем патологической полости для рационального выбора оперативного доступа. Введенное контрастное вещество (йодолипол) позволяет точно определить размеры и форму полости, взаимное расположение свищевых ходов и выявить их связь с костным очагом.

## Результаты и их обсуждение.

У всех больных отделяемое свищевых ходов было подвергнуто микробиологическому исследованию. Производился посев гноя на микрофлору и определялась чувствительность микробов к антибиотикам.

Примерно в 75% случаев выявлен золотистый стафилококк, который чувствителен к линкомицину и гентамицину, и практически в 90% случаях устойчив к другим антибиотикам.

С целью предоперационной подготовки все поступившие больные с наличием свищей и обострений после определения чувствительности к антибиотикам получали антибактериальную терапию (линкомицин, гентамицин, ампициллин). Производилась санация свищевых ходов антисептическими растворами (3% перекиси водорода, фурацилин, 0,2% раствор хлоргексидина, трипсин, химотрипсин с 0,25% раствором новокаина). Больным назначался антистафилококковый анатоксин по схеме: метилурацил, оротат калия и витамины группы В, С. Через 5-7 дней после такой подготовки состояние больных заметно улучшалось, боли стихали, снижалась температура, уменьшался отек и гиперемия, значительно уменьшалось, а то и вообще прекращалось, отделяемое из свищей.

После предварительной предоперационной подготовки все больные были оперированы. В

предоперационном периоде мы добивались коррекции сахара простым инсулином и диетой.

Все больные были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли 34 (48,6%) больных, которым были произведены хирургические вмешательства с использованием оригинальной методики - остеоперфорации с расширенной санацией и дренированием гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала. В контрольную группу вошли 36 (51,4%) больных, которые были оперированы по другим методикам хирургического вмешательства.

У всех 34 (100,0%) больных основной группы метод оперативного лечения заключался в расширенной санации и широком дренировании гнойного очага с последующим лаважом костномозгового канала. На основании данных рентгенологического исследования, широким разрезом по межмышечным фасциальным футлярам обнажается трубчатая кость в зоне поражения, при этом вскрываются межмышечные и параосальные флегмоны. При наличии не вовлеченной в воспалительный процесс надкостницы, крестообразными разрезами длиной 2,5 см, на месте предполагаемой остеоперфорации обнажается участок пораженной кости. Производятся широкие перфорационные отверстия диаметром до 2 см на всём протяжении диафиза в количестве до 6 стандартным набором фрез хирургического коловорота. Тщательно извлекается содержимое костномозгового канала (обычно под большим давлением самостоятельно изливается гной и воспалительный костномозговой детрит). Следует следить, чтобы фрезные отверстия в компактном слое кости не были забиты сгустками крови и гнойным детритом.

Также следует отметить, что расстояния между отверстиями должны быть не менее 5 см во избежание нарушения кровообращения по Гаверсовым каналам, так как при меньшем промежутке наступает некроз кости в сегменте между перфорационными отверстиями, что увеличивает вероятность патологических переломов, секвестрации и хронизации процесса. На протяжении всего костномозгового канала через крайние остеоперфорационные отверстия проводится дренажная полихлорвиниловая трубка диаметром до 1 см со множественными боковыми отверстиями на ней диаметром до 0,6 см, которые располагаются как внутри костномозгового канала, так и вне его. Санируется пространство межмышечной флегмоны, проводится некроэктомия и удаление фибрина. Рана зашивается послойно от фасции до кожи наглухо герметизирующими швами. В послеоперационный период осуществляется лаваж костномозгового канала через дренажную трубку, которая выводится через отдельные проколы в коже вне операционной раны, налаживается проточно-промывная система.

Мы пришли к выводу, что данная полихлорвиниловая дренажная трубка одинаково хорошо дренирует как костномозговой канал, так и полость межмышечной флегмоны, так как сама перфорированная кость является элементом дренажа окружающих мягких тканей. Треугольные лоскуты надкостницы над остеоперфорациями самостоятельно вворачиваются

внутри, обеспечивая в последующем быструю репарацию перфорированного участка кости.

Сразу после операции больной орган в обязательном порядке иммобилизуется с захватом двух смежных суставов. При поражении бедра и голени конечность может быть уложена на шину Беллера с фиксацией суставов в физиологическом положении. Верхние конечности чаще всего иммобилизуются гипсовыми лонгетами также с захватом двух смежных суставов. В исключительных случаях при поражении плечевой кости, когда требуются частые перевязки, можно использовать косыночную повязку, но в последующем при улучшении местного процесса, конечность должна быть фиксирована гипсовой повязкой.

Эффективность местного лечения повышается при использовании проточно-промывной методики дренирования, которая способствует созданию в гнойной полости дозируемого разрежения, вызывающего отток тканевой жидкости вместе с токсическими продуктами воспаления и некроза. В качестве диализирующей жидкости использовались изотонические растворы с антибиотиками, раствор гипохлорида натрия, раствор фурацилина. При этом внутрикостный лаваж осуществляется постоянно или фракционно по 4-6 часов с равными интервалами. Показаниями к отмене лаважа являются улучшение общего состояния больного, устранение гипертермии, появление чистой диализирующей жидкости.

## Выводы:

Усовершенствованный метод остеоперфорации позволяет добиться эффективной санации гнойного очага и адекватного дренирования костномозгового канала.

Патологические переломы в основной группе не были отмечены ни в одном случае, наблюдалось уменьшение сроков лечения в стационаре. Разработанный способ остеоперфорации у больных сахарным диабетом оказался более эффективным по сравнению с традиционными методами лечения, который позволил сократить средние сроки лечения в 2,5 раза.

## Литература:

1. Айталиев Д.Э. Хирургическое лечение хронического остеомиелита // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - 2003. - Т. IX (прил. 1). - С. 19-21.
2. Амирасланов Ю.А., Светухин А.М., Митиш В.А., Борисов И.В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита длинных костей // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 30.
3. Борисов И.В. Антибактериальная терапия при остеомиелите // Антибиотики и химиотерапия. - 2003. - Т. 48, № 9. - С. 37-40.
4. Дьячкова Г.В. Компьютерно-томографическая семиотика костной деструкции при хроническом остеомиелите, развившемся после гематогенного // Медицинская визуализация. - 2008. - № 5. - С. 104-110.
5. Коваль А.Н. Гематогенный остеомиелит длинных трубчатых костей у лиц молодого возраста // Вестник хирургии. - 2008. - Т. 167, № 5. - С. 114-118.
6. Agaja S.B. Chronic osteomyelitis in Ilorin, Nigeria // S. Afr. J. Surg. - 2008. - Vol. 46, N. 4. - P. 116-118.
7. Beslekoev U.S., Fedoseev M.M., Anipchenko A.N. Restoration of limb long bone defects after gunshot osteomyelitis. // Voen. Med. Zh. - 2005. - Vol. 326, N. 6. - P. 19-21.
8. Bevin C.R., Inwards C.Y., Keller E.E. Surgical management of primary chronic osteomyelitis: a long-term retrospective analysis // J. Oral. Maxillofac. Surg. - 2008. - Vol. 66, N. 10. - P. 2073-2085.

## КОРАЛЛОВИДНЫЙ НЕФРОЛИТИАЗ

Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале  
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе представлена клиническая характеристика 47 больных с коралловидным нефролитиазом. Дана качественная и количественная оценка рентгеновской абсорбциометрии периферического скелета (предплечья, пяточной кости). Также дана характеристика проведенных оперативных методов лечения этих больных и их результаты.

**Ключевые слова:** коралловидный нефролитиаз, рентгеновская абсорбциометрия периферического скелета, остеопороз.

## МАРЖАН НЕФРОЛИТИАЗЫ

Махмудов А. М., Мамбетов Ж.С.

Кыргыз Республикасынын Саламаттыкты сактоо Министрлиги  
Улуттук Госпитальга караштуу Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул илимий жумушта маржанду нефролитиаз менен ооруган 47 бейтапка клиникалык мүнөздөмө берилди жана ошону менен бирге рентген абсорбция метрикаймактык скелет сөөктөрүнө (чыканак, таман сөөктөр) сапаттуу жана сандуу баа берилди. Ошонун негизинде ушундай оорулардын оперативдик дарылоо ыкмасы жана аларды жыйынтыктарына мүнөздөмө берилди.

**Негизги сөздөр:** маржанду нефролитиаз, рентгендик абсорбциометрикаймактык скелет, остеопороз.

## CORAL NEPHROLITHIASIS

Makhmudov A. M., Mambetov J.S.

Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The paper presents clinical characteristics of 47 patients with coral nephrolithiasis. Gives a qualitative and quantitative evaluation of X-ray absorptiometry of the peripheral skeleton (forearm, calcaneus). Also, given the characteristics of held operational treatments for these patients and their results.

**Keywords:** coral nephrolithiasis, X-ray absorptiometry of the peripheral skeleton, osteoporosis.

### Введение.

Мочекаменная болезнь является частым урологическим заболеванием, приводящие людей раннему нарушению трудоспособности, инвалидизации, а также требующее значительного материального расхода на лечения, что обуславливает не только медико-социальному, но экономическому проблему на современном уровне [1,3]. Следует отметить, что нередко встречаются более тяжелая клиническая форма мочекаменной болезни – коралловидный камень в почке и при этом клинические, диагностические, тактико-технические вопросы данной патологии до настоящего времени не до конца решены, а отдельные моменты противоречивы и дискуссионны [2,4].

Следовательно, научной целью наших исследований была клиническая характеристика проявлений коралловидного камня почки с учетом оценки изменения минеральной плотности костной ткани у больных на основе проведения двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии.

### Материал и методы исследования.

Исследованию были подвергнуты 47 больных с клиническим диагнозом: МКБ. Коралловидный камень почки. Мужчины составили - 26 (36,0%), женщин - 21 (64,0%). Средний возраст пациентов составили – 42,5±2,4 лет и длительность болезни 5,2±1,2 года.

Наряду с клиническим и лучевым исследованием (рентгенологические, ультразвуковые, КТ и МРТ) производилось рентгеновская абсорбциометрия периферического скелета (предплечья, пяточной кости) на аппарате OsteoSysCo., Ltd., Южная Корея.

Дана качественная оценка исследуемого участка,

а также оценены полученные количественные показатели: BMD–минеральная плотность кости, рассчитывается на диаметр кости и выражается в граммах на квадратный сантиметр (в норме - г/см<sup>2</sup>); BMC – минеральное содержание кости, выраженное в граммах минерала в исследуемой участке (в норме - ).

### Результаты и их обсуждения.

Пациенты с МКБ поступившие в экстренном порядке составили - 33(70,2%) больных и только 14 (29,8%) были госпитализированы в плановом порядке. Из поступивших в экстренном порядке с почечной коликой 11(23,4%), с обострение калькулезного пиелонефрита – 31 (66,0%) макрогематурий – 5 (10,6) .

Региональные характеристики госпитализированных пациентов с МКБ имели различные масштабную особенность.

Высокое удельное число госпитализированных больных в клинику составили лица из Баткенской области – 15 (31,9%), из Ошской и Жалал-Абадской области составили - 9 (19,2%), с г. Бишкека – 7(14,9%), из Чуйской области – 6(12,8%) пациентов, а из Иссык-Кульской – 2 (4,3%), с Талаской– 1 (2,1%) и Нарынской области составили – 2 (4,3%), т.е. количество больных обращались почти в равнозначном уровне.

Следует заметить, что 4пациентов из числа г. Бишкека и Чуйской области, которые ранее родились и проживали в южном регионе нашей Республики, которые по службе работы переехали в указанный район.

Пациенты из Казахстана были 3(6,4%) больных с коралловидным нефролитиазом, а из России составили 2(4,3%) больных.

На основании проведенных лучевых исследований

(рентгенологически, ультразвуковые, компьютерной и ядерномагнитной томографии) из 47 пациентов МКБ были установлены: Коралловидный камень односторонний локализацией – у 39 (83,0%) и двухсторонний коралловидный камень – у 8 (17,0%).

При этом клиническая классификация выглядела следующим образом:  $K_1$  (локализацией камня в одной чашечке почки) – 4 (8,5%);  $K_2$  (локализацией камня в двух чашечках почки) – 7 (14,9%)  $K_3$  (локализацией камня в чашечках почки с ростом в лоханки) – 21 (44,7%) и  $K_4$  (локализацией камня вес чашечно-лоханочной системы почки) – 15 (31,9%).

Клиническая симптоматология коралловидный нефролитиаз характеризовались следующим: болевой синдром имело место во всех случаях, в 11 (23,4%) случаях носило приступообразный характер, ноющий – у 12 (25,5%), тупой характер – у 24 (51,1%). Боли постоянного – у 32 (68,1%) и непостоянного характера – 15 (31,9%) больных.

Среди указанных больных дизурические расстройства – у 12 (25,5%), гематурия (макро и микрогематурия) – у 22 (46,8%), повышения артериального давления – 13 (27,7%) пациентов.

Коралловидный камень почки во всех случаях сопровождался рецидивирующим течением, у 33 пациентов в момент обследования проявилось обострение калькулезного пиелонефрита клинически: проявился болевой синдромом проявлялся синдром интоксикации (повышения температуры тела более  $37,5^{\circ}\text{C}$ , головная боль, общая слабость, нарушения умственной и физической трудоспособности, снижение аппетита и повышенная потливость).

При проведении денситометрии костей было установлено, что без нарушения (нет остеопороза) – у 9 (18,0%); пограничная норма – у 14 (28,0%); остеопения – у 16 (32,0%) и остеопороз имело место – у 11 (22,0%) пациентов с МКБ.

Количественная оценка полученных результатов выглядела следующим образом: у лиц без остеопороза и пограничной линии нормы в предплечья BMD ( $0.8-2.1$ ) средние значения составило –  $0,896 \pm 0,02 \text{ г/см}^2$ ; ВМС ( $0.3-0.9$ ) –  $1,103 \pm 0,7 \text{ г}$ . Уровень BMD в пяточной кости составило –  $0,748 \pm 0,06 \text{ г/см}^2$ ; ВМС –  $0,914 \pm 0,3 \text{ г}$ .

У лиц с остеопенией BMD в кости предплечья составил –  $0,493 \pm 0,03 \text{ г/см}^2$ ; ВМС –  $0,394 \pm 0,2 \text{ г}$ , а в пяточной кости BMD составило –  $0,409 \pm 0,08 \text{ г/см}^2$ ; ВМС –  $0,618 \pm 0,6 \text{ г}$ .

Показатели остеопорозом BMD в кости предплечья составил –  $0,401 \pm 0,06 \text{ г/см}^2$ ; ВМС –  $0,319 \pm 0,2 \text{ г}$ , а в пяточной кости BMD составили –  $0,341 \pm 0,07 \text{ г/см}^2$ ; ВМС –  $0,103 \pm 0,8 \text{ г}$ .

Больным с коралловидными нефролитиазом произведено дистанционная ударно-волновая литотрипсия всего – 8 (17,0%) случаев и это в основном составили

лица коралловидным нефролитиазом  $K_1$  в двух случаях с  $K_2$ . Основное количество пациентов с коралловидным нефролитиазом перенесли оперативное лечения: пиелолитотомия – 9 больных (19,15%); пиелолитотомия в сочетании с нефролитотомией – 11 (23,4%); нефролитотомия – 5 (10,6%) и нефрэктомия – 14 (29,6%) случаев. Сожалению следует заметить, что почти каждый 3 пациент подвергался орган уносящей операции и тем самым увеличивается число инвалидизации больных МКБ.

Результаты лечения были следующими хорошее (полное элиминация камня из полости почки, восстановление функциональной полноценности почки, нормализация лабораторных анализов) – у 14 (29,8%) больных удовлетворительное (наличие резидуального камня, улучшение функциональной полноценности почки и лабораторных анализов) имело место – у 25 (53,2%) пациентов и неудовлетворительные (наличие несколько резидуальных камней в оперированной почке при сниженной функции почки и патологические изменения в лабораторных анализах) результаты были зарегистрированы – у 8 (17,0%) случаев.

## Выводы:

Коралловидный нефролитиаз – это один из клинических форм МКБ, в результате которой происходит снижение функциональной способности почек, приводящее к нефросклерозу, ХПН, гнойно-воспалительном процессом и другим осложнениям, в дальнейшем приводящем к органуносящей операции. Следует учесть, что мочекаменная болезнь и остеопороз могут параллельно протекать и требует детального обследования, а полученные результаты позволяют выработать тактику лечения на этапе введения больных с взаимно конкурирующей патологией. В этом диапазоне исследований двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия имеет важное научно-практическое значения не только в диагностическом плане, но и в оценке эффективности проведенной терапии.

## Литература:

1. Аляев Ю.Г. Мочекаменная болезнь. Актуальные вопросы диагностики и лечения /Ю.Г. Аляев, Л.М. Рапопорт, В.И. Руденко //Врачебное сословие.- 2004.- №4.- С. 4-9.
2. Дзеранов Н.К. Оперативное лечение коралловидного нефролитиаза /Н.К. Дзеранов, Э.К. Яненко //Урология.- 2004.- № 1.- С. 34-38.
3. Константинова О.В. Нарушение обмена камнеобразующих веществ при коралловидном нефролитиазе /О.В. Константинова, Л.Г. Кульга //Пленум Всероссийского научного общества урологов: тез. докл. Ростов н/Д, 1992.- С. 87-88.
4. Тактика лечения больных коралловидным нефролитиазом /Яненко Э.К., Сафаров Р.М., Дзеранов Н.К., Москаленко С.А. //Материалы пленума правления Российского общества урологов.- Сочи, 2003.- С. 359-360.

## НОВЫЙ МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СТАЗА

Оморов Р.А.<sup>1</sup>, Осмоналиев Б.К.<sup>1</sup>, Авасов Б.А.<sup>1</sup>,

Беркулов Д.А.<sup>1</sup>, Сексенбаев С.Р.<sup>2</sup>

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева<sup>1</sup>

Городская клиническая больница №1<sup>2</sup>

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** Приведены результаты хирургического лечения 9 пациентов в возрасте от 17 до 60 лет с хроническим толстокишечным стазом. После обследования, включающий в себя опросник Векснера, лабораторные и инструментальные методы исследования, под эндотрахеальным наркозом первым этапом формировался инвагинационный илеотрансверсо-анастомоз, вторым этапом производилась мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну. Во всех 9 (100%) случаях не отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений и летальности. Отдаленные результаты прослежены у 5 (55,5%) пациентов в сроке от 3 месяцев до 5 лет. Все пациенты чувствуют себя удовлетворительно, отмечают отсутствие диспепсических расстройств, болевого синдрома и самостоятельный стул 3-4 раза в неделю. Полученные результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов, оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза.

**Ключевые слова:** хронический толстокишечный стаз, новый метод хирургического лечения.

## ЖООН ИЧЕГИНИН ӨНӨКӨТ СТАЗ ООРУСУН ЖАҢЫ ХИРУРГИЯЛЫК МЕТОД МЕНЕН ДАРЫЛОО

Оморов Р.А.<sup>1</sup>, Осмоналиев Б.К.<sup>1</sup>, Авасов Б.А.<sup>1</sup>,

Беркулов Д.А.<sup>1</sup>, Сексенбаев С.Р.<sup>2</sup>

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы<sup>1</sup>

№1 Шаардык клиникалык ооруканасы<sup>2</sup>

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Жоон ичегинин өнөкөт стаз оорусу менен 17 жаштан 60 жашка чейинки 9 бейтаптын хирургиялык дарылоосунун жыйынтыгы берилди. Векснер сурамжылоосун камтыган лабораториялык жана инструменталдык изилдөөлөрдөн кийин, эндотрахеалдык наркоз берилген соң, биринчи баскычта инвагинация аркылуу илеотрансверсалык анастомоз жасалып, экинчи баскычта И.Э. Гаген-Торн боюнча мезосигмопликация кылынган. Бардык 9 (100%) учурда тен операциядан кийинки алгачкы учурларда оорлошуу жана өлүм байкалган жок. 3 айдан 5 айга чейинки мөөнөттө 5 бейтаптын алыскы натыйжаларына байкоо жүргүзүлгөн. Бардык бейтаптардын өздөрүн жакшы сезгендиги, диспепсиялык бузулуулардын жана оорунун жоктугу, бир жумада 3-4 жолу өз алдынча заң бөлүп чыгаруусу белгилүү болду. Клиникалык байкоолордон алынган натыйжаларга караганда, бейтаптардын жашоо сапаты жакшырган. Жоон ичегинин өнөкөт стаз оорусун хирургиялык дарылоо методунун эффективдүүлүгү аныкталды.

**Негизги сөздөр:** Жоон ичегинин өнөкөт стаз оорусу, жаңы хирургиялык дарылоо методу.

## THE NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF A CHRONIC COLONIC STASIS

Omorov R.A.<sup>1</sup>, Osmonaliev B.K.<sup>1</sup>, Avasov B.A.<sup>1</sup>,

Berkulov D.A.<sup>1</sup>, Seksenbaev S.R.<sup>2</sup>

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy<sup>1</sup>

City clinical hospital №1<sup>2</sup>

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** There are given the results of surgical treatment of 9 patients aged from 17 to 60 years with a chronic colonic stasis. After inspection, which includes questionnaire of Veksner, the laboratory and tool methods of research, under an endotracheal anesthesia the first stage was formed invaginated ileo-transverso- anastomosis, the second stage was made mesosigmopecture up to I. E. Gagen- Torn. There is not observed the development of early postoperative complications and mortality in all 9 (100%) cases. Long- term outcomes were followed up at 5 (55,5%) patients for period of 3 months to 5 years. All patients feel well and they note the absence of dyspeptic disorders, pain and feces 3-4 times a week. The obtained results in clinical supervision, improvement of quality of patients' life, justifies the method of surgical treatment of chronic colonic stasis chosen by us.

**Key words:** chronic colonic stasis, new method of surgical treatment.

### Актуальность.

Толстокишечный стаз (запор, констипация, колостаз) это стойкое или интермиттирующее нарушение функции опорожнения кишечника. Признаком хронизации является сохранение запора на протяжении не менее 12 недель. Лечение хронического толстокишечного стаза весьма актуальная проблема, по данным ряда авторов хроническим колостазом страдают до 30% взрослого населения [1, 2]. Ни один из предложенных методов консервативного и хирургического лечения не избавляет пациента полностью от данного страдания [3]. При хирургическом лечении хронического колостаза частота

неудовлетворительных результатов доходит до 27,3-45,9% [2, 4]. Нарушения транзита по толстому кишечнику могут быть обусловлены как ее анатомическими особенностями, так и функциональными причинами.

W.A. Lan в 1905 году первым описал рефрактерный хронический запор у женщин и предложил хирургический метод [5]. В 1908 году М. Wilms описал впервые колопексию, фиксацию к брюшной стенке правого фланга ободочной кишки. И.Э. Гаген-Торн в 1928 году первым произвел мезосигмопликацию при завороте удлинненной сигмовидной кишки [6]. В 1977 году Н.К. Streuli произвел субтотальную колэктомию с формированием

анастомоза между подвздошной и сигмовидной кишками у 28 пациентов с хроническим запорами [7]. В 1984 году К.Р. Gilbert с соавторами рекомендовали субтотальную колэктомию в качестве операции выбора при хроническом запоре. При долихосигме, они считали возможным ограничиться ее резекцией, указывая, впрочем, на то, что в дальнейшем может понадобиться повторная операция по поводу рецидива запора [8]. Субтотальная резекция ободочной кишки с цекоректальным анастомозом имеет преимущество, заключающееся в сохранении небольшой части толстой кишки и, тем самым, более физиологичному функционированию желудочно-кишечного тракта. Тем не менее, подобные операции часто осложняются дилатацией оставшейся слепой кишки. По данным зарубежных авторов после субтотальной резекции сигмовидной кишки пациенты часто жалуются на не купируемые поносы, диарея отмечается у 25%, а у 10% оперированных пациентов этой группы была наложена илеостомы [9]. Christiansen J. одним из первых в 1989 году предлагает проведение тотальной колпроктэктомии с формированием тонкокишечного резервуара при хроническом запоре [10], в то же время возможно возникновение рецидива запора, но чаще появляются такие новые симптомы, как диарея и инконтиненция [11].

Проблема лечения толстокишечного стаза требует серьезного подхода, как со стороны пациента, так и со стороны врача. Залог успешного лечения хронического толстокишечного стаза – это выявление истинной его причины и ее устранение. И хотя хирургии хронического толстокишечного стаза уже более ста лет, и было предложено множество оперативных методик, поиски новых методов хирургического лечения констипационного синдрома является актуальными, безусловно, подлежит дальнейшему изучению.

**Цель исследования:** оценить результаты нового хирургического метода лечения пациентов с хроническим толстокишечным стазом.

## Материал и методы.

Представлен опыт хирургического лечения 9 пациентов с хроническим толстокишечным стазом неопухолевого генеза, находившихся на стационарном лечении в период с 2011 по 2015 гг. в хирургических отделениях Городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Бишкек — клинической базе кафедры факультетской хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева.

Все пациенты были женского пола, в возрасте от 17 до 60 лет. Средний возраст составил  $36,1 \pm 0,7$  лет. Госпитализированы в плановом порядке, после предварительного обследования, включающий в себя: тщательно собранный анамнез с оценкой тяжести запора по опроснику Векснера [12], основанный на анализе 8 параметров: частоты стула, затрудненной дефекации, полноты опорожнения, болей в животе, длительности дефекации, вида подмоги, количества безрезультатных попыток дефекации, длительности констипационного синдрома. При этом итоговый результат исследования варьировал от 0 до 30 баллов, а увеличение количества баллов отражало усиление тяжести запора. Индекс Векснера у наших пациенток достигал максимальных значений, составив  $19,1 \pm 1$ , что соответствует

декомпенсированному колостазу.

Также проводился физикальный осмотр, общеклинические и биохимические лабораторные исследования, эндоскопические (колоноскопия) и рентгенологические методы исследования (ирригография, пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту).

Пациенты страдали запорами от 3 до 15 лет, основной причиной была долихосигма – 9 (100%), за это время они неоднократно консультировались гастроэнтерологом, колопроктологом, невропатологом и были исключены вторичные причины запоров и сопутствующая патология.

Показаниями к хирургическому лечению были: отсутствие эффекта от консервативной терапии, необходимость приема больших доз слабительных в сочетании с очистительными клизмами, социальной дезадаптации, прогрессирование нарушений моторно-эвакуаторной функции ободочной кишки с частыми приступами толстокишечной непроходимости, симптомами хронической интоксикации и болевым синдромом.

После госпитализации в течение 2 дней проводилась подготовка препаратом фортранс и очистительные клизмы. Операции проводились под эндотрахеальным наркозом, производилась срединная лапаротомия с обходом пупка слева. После ревизии органов брюшной полости исключалась другая патология органов брюшной полости, и подтверждался диагноз долихосигма. Затем на расстоянии около 15 см от илеоцекального угла пересекалась подвздошная кишка, дистальный конец ушивался непрерывным швом (кетгут №3) и погружался в кисетный и узловый швы (капрон №3). Проксимальный отдел подвешивался в центральную часть поперечно-ободочной кишки и формировался инвагинационный илеотрансверсоанастомоз «конец в бок» (рис.1.) узловыми швами в три ряда (викрил 3-0) с продольным рассечением стенки толстого кишечника в области противобрыжечной тени и с использованием швов А.М. Ганичкова. «Окно» в брыжейке ушивалось узловыми швами (капрон №3). Во время операции устанавливался назогастральный зонд для декомпрессии в послеоперационном периоде.

Следующим этапом производилась мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну (рис. 2), сигмовидная кишка с латеральной (с захватом париетальной брюшины) и медиальной сторон прошивалась гофрирующими швами (капрон №3). Целью данного этапа было предупреждение опасного осложнения заворота сигмовидной кишки в будущем. В малый таз устанавливался контрольный дренаж и выводился в правой подвздошной области. Послойные швы на рану. Асептическая повязка.

## Результаты и обсуждение.

Введение послеоперационного периода проводилось по общепринятым правилам, инфузионная терапия в объеме 1000-2000 мл в течение первых двух суток, ранняя активизация, что способствовало профилактике тромбообразования и спаечному процессу, назогастральный зонд удаляли на 2-3 сутки после операции при восстановлении моторики кишечника, с переводом на энтеральное питание. Дренаж удаляли на 2 сутки после ультразвукового контроля. Газы начинали отходить на 2-3



Рисунок 1. Схема операции формирования инвагинационного илеотрансверсоанастомоза.

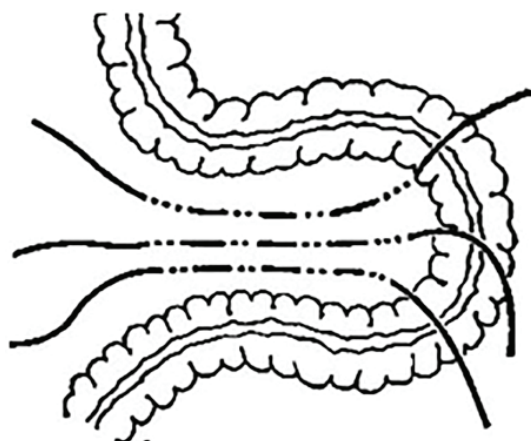


Рисунок 2. Схема операции мезосигмопликация по И.Э. Гаген-Торну.

сутки, самостоятельный жидкий стул был на 3-5 сутки после операции. Во всех 9 (100%) случаях не отмечено развитие ранних послеоперационных осложнений и летальности. Пациенты были выписаны из стационара на 10-12 сутки после операции с улучшением.

Отдаленные результаты прослежены у 5 (55,5%) пациентов в сроке от 3 месяцев до 5 лет. Результаты расценены нами как хорошие, все они на момент осмотра чувствовали себя удовлетворительно, не отмечали диспепсических расстройств, исчезли боли в животе, ощущения тяжести, вздутия, отмечали улучшение общего самочувствия, восстановление кишечного пассажа и отмечали самостоятельный стул 2-3 раза в неделю.

Инвагинационный тонко-толстокишечный анастомоз является более физиологичным, позволяет сохранить антирефлюксные свойства баугиниевой заслонки, что имеет немаловажное значение в периоде реабилитации. При проведении субтотальной резекции и колэктомии толстого кишечника существует риск развития диареи. Оставленная нами правая половина толстого кишечника участвует в процессе пищеварения, уменьшает риск несостоятельности после резекции толстого кишечника.

#### Заключение.

Таким образом, полученные хорошие результаты в клинических наблюдениях, улучшение качества жизни пациентов, оправдывает выбранный нами метод хирургического лечения хронического толстокишечного стаза. И хотя было предложено множество оперативных методик, поиски новых методов хирургического лечения является актуальным и, подлежит дальнейшему изучению.

#### Литература:

1. Карпунин О.Ю., Можанов Е.В. Хирургический подход к лечению хронического толстокишечного стаза // Медицинский альманах. — 2010. — № 1 (10). — С. 176-178.
2. Higgins P.D., Johanson J.F. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol.* 2004. Apr. № 99 (4). P. 750-759.
3. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых. М.: Медицина, 1986. с. 223.
4. Саламов К.Н., Ачкасов С.И., Макоев С.Н. Оценка эффективности хирургического лечения запоров. *Проблемы колопроктологии.* 1998. Вып. 16. С.269-271.
5. Lane W.A. Chronic constipation and its medical and surgical treatment // *Br. Med. J.* — 1905. — № 1 (2309). — P. 700-702.
6. Воробей А.В., Высоцкий Ф.М., Александров С.В. Эндоскопическая коррекция хронического абдоминального болевого синдрома при долихоколон // *Эндоскопическая хирургия.* — 2005. — № 4. — С. 35-36.
7. Streuli H.K., Farltab M. Surgical therapy of severe chronic constipation // *Schweiz. Med. Wochenschr.* — 1977. — № 107 (26). — P. 907-912.
8. Gilbert K.P., Lewis F.G., Billingham R.P., Sanderson E. Surgical treatment of constipation // *West J. Med.* — 1984. — № 140 (4). — P. 569-572.
9. Cordon PH, Nivatvongs S. Principles and practice of surgery for the colon, rectum and Anus. Second Edition. St. Louis. Missouri, 1999, p 994.
10. Preston DM, Hawley PR, Lennard-Jones JE, Todd IP. Results of colectomy for severe idiopathic constipation in women. *BrJ Surg* 1984;71:547-52.
11. Christiansen J. Surgical treatment of severe constipation // *Ugeskr. Laeger.* — 1989. — Vol. 151, № 42. — P. 2708-2708.
12. Wexner S.D. Constipation. Etiology, evaluation and management / S.D. Wexner, G.D. Duthie. — Second edition — Springer, 2006. — 265 p.

**ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ****Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.Р.**

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В работе дано описание разработанной методики гемостаза ложа простаты и местной терапии через вазостомы у 53 больных, перенесших операцию аденомэктомии при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, а также их клинико-лабораторные данные до операции. Сравнительный анализ по стадиям заболевания и основных возрастных групп подверженных данной патологии. Нами предложена следующая тактика ведения больных ДГПЖ с острой задержкой мочеиспускания: исключены трансуретральные манипуляции и лакунарная цистогамма. Применена надлобковая пункция мочевого пузыря.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, операция, пункция, лечение.

**ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПАЗИЯСЫНЫН ХИРУРГИЯЛЫК ДАРЫЛООСУНУН ОПТИМИЗАЦИЯСЫ****Оморов Д.Ж., Мамбетов Ж.С., Ураимов Б.Р.**

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги

Улуттук Госпиталь караштуу Республикалык илимий урология борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул статьяда 53 бейтаптын аденомэктomia операциясындагы жарат жайынын гемостазынын иштеп чыгарылган ыкмасы чагылдырылган, вазостома аркылуу жергиликтүү дарылоосу жана ошондой эле операцияга чейинки клиника лабораториялык изилдөөлөрдүн көрсөткүчтөрү. Негизги дарт, дарттын баскычы жана жаш курак боюнча салыштырмалуу талдоо. Простата безинин залалсыз гиперплазиясы менен зааранын чукул токтоосунда биз төмөнкү ыкмаларды сунуштадык: трансуретралдык манипуляциялар жана лакунардык цистогамма кыскартылды. Чат үстүндөгү табарсыктын пункциясы колдонулду.

**Негизги сөздөр:** простата безинин залалсыз гиперплазиясы, операция, пункция, дарылоо.

**OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA****Omorov D.Zh., Mambetov J.S., Uraimov B.R.**

Republican Scientific Center of Urology at the National Hospital of the

Ministry of Health of the Kyrgyz Republic

Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** This paper describes a technique developed prostate bed hemostasis and local therapy through vasostomy in 53 patients undergoing surgery prostatectomy for benign prostatic hyperplasia and their clinical and laboratory data prior to surgery. Comparative analysis of the main stages of the disease and the age groups exposed to this disease. We have proposed the following tactics of BPH patients with acute urinary retention: Exclude transurethral manipulation and lacunar cystogram. Apply suprapubic bladder puncture.

**Key words:** benign prostatic hyperplasia, puncture, surgery, treatment.

**Введение.**

Мужчины в пожилом возрасте часто страдают синдромом нижних мочевых путей (нарушение нормального акта мочеиспускания) и главной причиной этому является доброкачественная гиперплазия предстательной железы [1,2,4].

По данным Н.А.Лопаткина [3], отмечается нарастание случаев доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) в возрасте до 50 лет, она составляет 11,3%, 50-59 лет - 45%, 60-69 лет - 75%, 70-79 лет - 81,4%. По некоторым данным у мужчин старше 80 лет данная патология встречается в 100% случаев.

В нашей Республике по сравнению консервативным лечением доброкачественной гиперплазии предстательной (ДГПЖ) железы превалирует оперативное лечение. Это обстоятельство связано в первую очередь, с поздним обращением мужчин пожилого возраста за медицинской помощью, плохой информированности о данной патологии; отказ от госпитализации и дальнейшего целенаправленного обследования. Вследствие этого пациенты начинают бесконтрольный прием различных лекарственных препаратов рекламируемых по линии

средств массовой информации, телевидение и т.п. По данным Республиканского Научного Центра Урологии г.Бишкек более 60% больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы поступают с острой задержкой мочи, с наличием различных гнойно-воспалительных осложнений со стороны нижних и верхних мочевых путей. Это обстоятельство требует использования антибактериальных препаратов широкого спектра действия, что в свою очередь удлиняет сроки стационарного лечения и возникает высокая вероятность осложнений после операции аденомэктомии.

В связи с этим в статье дано описание разработанной методики гемостаза ложа простаты и местной терапии через вазостомы у больных перенесших операцию аденомэктомия при ДГПЖ.

Нами поставлена цель: улучшить результаты хирургического лечения больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы, на основе совершенствования методики оперативного лечения.

**Материалы и методы исследования.**

Материалом исследования были 53 больных прошедших открытую аденомэктомию в отделении

андрологии РНЦУ НГ МЗ КР.

При этом применены следующие методы исследования: 1.Опрос больных с использованием шкалы симптомов нижних мочевых путей IPSS и общеклинические анализы (анализ крови и мочи, биохимические анализы, флюорография грудной клетки, ЭКГ); 2.Посев секрета простаты на микрофлору с определением чувствительности к антибиотикам; 3.Определение простатоспецифического антигена в крови (ПСА); 4.Ультразвуковое исследование верхних мочевых путей, мочевого пузыря и предстательной железы; 5.Обзорная и экскреторная урография по показаниям.

## Результаты и обсуждение.

Среди обратившихся больных ДГПЖ 1 стадии составило – 14 чел., 2 стадии – 33 и 3 стадией – 6 пациентов. Пациенты с острой задержкой мочи поступило в отделение 12 человек. Возраст обратившихся больных составил: от 50 до 60 лет – 17 (32,1%), 61 – 70 лет – 29 (54,7%) и старше 70 лет – 7 (13,2%) пациентов. При этом длительность болезни составило от 3 до 5 лет – 6, 5 – 7 лет – 11, 7 – 10 лет – 26 и более 10 лет – 9 человек.

Средний суммарный балл симптомов по шкале IPSS составил  $27,3 \pm 2,3$ ; средний показатель качества жизни (QL)  $-4,6 \pm 0,3$ ; объём предстательной железы по данным УЗИ  $-61,8 \pm 3,5 \text{ см}^3$ ; объёмная скорость мочеиспускания  $-5,62 \pm 1,4 \text{ мл/сек.}$ ; количество остаточной мочи в мочевом пузыре  $-72,6 \pm 8,2 \text{ см}^3$ .

Посев мочи, выявил следующую микрофлору: Escherichia coli - 27,5%, Staphylococcus aureus - 20,0%, Streptococcus haemolytic – 13,2%, Proteus mirabilis – 9,0%, Klebsiella – 5,5%, а также ассоциированная микрофлора - Staphylococcus epidermidis+ Escherichia coli 8,5%, Staphylococcus aureus+ Diplococcus 5,0% случаев.

Данные обзорной и экскреторной урографии показали: нормальную функцию почек-34, снижение функции почек-11, уретерогидронефротическая трансформация почек – 8 случаев.

Нами была разработана следующая тактика по отношению больных с ДГПЖ осложненной острой задержкой мочеиспускания: полностью исключена катетеризация мочевого пузыря и лакунарная цистогамма, поскольку эндоуретральные манипуляции приводят к генерализации воспалительного процесса в самой предстательной железе, а также в нижних и верхних мочевых путях, тем самым ухудшая течение болезни. В связи с этим, в тактике оказания первой помощи больным с острой задержкой мочи использовался пункционный метод отведения мочи надлобковым способом.

Одним из важных моментов в хирургическом лечении ДГПЖ является профилактика кровотечений из ложа простаты. В работе дано описание методики гемостаза ложа простаты после энуклеации аденоматозной ткани.

Техника гемостаза кровоточащего ложа простаты при открытой аденомэктомии. Перед операцией дренажную трубку, предназначенную для проведения по уретре, прошивают кетгутовой лигатурой №5 длиной 70 см дистально вырезанной в ней бокового отверстия и завязывают узлом для более прочного соединения с дренажем. Шейку мочевого пузыря прошивают концами

подготовленной лигатуры справа и слева от аденомы. После удаления аденомы в уретру ретроградно вводят буж и с его помощью дренажную трубку выводят по уретре наружу. Лигатуру плотно затягивают вокруг дренажной трубки первой частью хирургического узла (один узел с двойной закруткой и концы нитей отсекают на расстоянии 1 – 1,5 см) и под узлом перед затягиванием дополнительно проводится капроновый или другие не рассасывающийся шов №4/0 (расслабляющий шов для съёмного кетгутового шва) концы, которые выводятся через раны к наружи и фиксируются к турникету или лейкопластырем на кожу отступая от края раны. Мочевой пузырь ушивают наглухо. Через день после операции проводится расслабление съёмного шва путем затягивания расслабляющего шва и полное удаление последнего на 3-4 сутки после операции. Уретральный катетер с нитью удаляют на 5 – 7 –й день. Ослабевающий узел к этому времени не препятствуют удалению дренажа.

Предлагаемый метод позволяет обеспечить надёжный гемостаз кровоточащего ложа простаты при открытой аденомэктомии, и в последующем управляемый съём шовного материала, тем самым улучшая результативность лечения.

Как показала практика, после наложения съёмных швов на ложе простаты создается глухое пространство на месте вылуценной аденомы простаты, где создается нарушение дренажа этой области и есть высокая вероятность инфицирования, что является причиной длительного рецидивирующего цистита, которая плохо поддается терапии. В случаях, когда ложе простаты не ушивается или накладывается один узловый шов, в послеоперационном периоде часто можно столкнуться с рядом осложнений – кровотечение с ложа простаты, формирование предпузыря, образование лигатурных камней.

Нами поставлена задача: разработать новый способ местной терапии с использованием противомикробных препаратов широкого спектра действия, гемокоагуляционных и обезболивающих средств (моно или в комбинации препаратов).

Решение задачи достигалось путем канюлирования проксимальной части семявыносящего протока (ductus deferens) дренажной трубкой, через которую проводилась местная терапия.

Техника методики: При традиционном методе операции аденомэктомия как правило, начинается с вазорезекции (профилактика послеоперационного орхоэпидидимита) т.е. проводится выделение семявыносящего протока, перевязки с двух сторон и их пересечение, обработкой культи спиртом и наложением кожного шва. Предложенный новый метод: дистальный резецированный конец семявыносящего протока перевязывается, а проксимальная часть протока интубируется на протяжении 4-5см детским подключичным катетером. Фиксирование катетера происходит следующим образом: катетер перевязывается капроном 3/0 с захватом места соприкосновения края семявыносящего протока с последующим выведением нити капрона через кожу для перевязки края раны. Это позволяет обеспечить надёжность фиксации, а при извлечении катетера полному

удалению фиксирующего шва и тем самым исключает лигатурные осложнения.

Предложенный новый метод местного лечения при ДГПЖ применен к всем 53 больным и клиническая эффективность отмечена 88,7% случаев.

### **Выводы:**

Разработанная усовершенствованная тактика хирургического лечения и методика местной терапии через вазостомы при ДГПЖ показала, надежный гемостаз ложа простаты и позволило значительно уменьшить риск развития гнойно-воспалительных процессов в нижних мочевых путях, и показало свою высокую эффективность,

что предполагает широкое использование в клинической практике.

### **Литература:**

1. Абдуллаев К.И. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - Баку, 2005.- 212 с.
2. Горюловский Л.М. Заболевания предстательной железы в пожилом возрасте. - М.: Медицина, 1999.- 120 с.
3. Лопаткин Н.А. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы. - М., 1999. - 216 с.
4. Пушкарь Д.Ю. Современный алгоритм обследования и лечения больных аденомой предстательной железы /Д.Ю. Пушкарь, П.И. Раснер // Урология. – 2007. - №3. - С. 87-94.



**Дни науки**



**КГМА**

**2016**

**Посвященные 125-летию со дня рождения  
первого ректора Б.Я. Эльберта**

**13-15 апреля 2016 года**

## ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОЙ СТАДИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.

Республиканский научный центр урологии при Национальном госпитале  
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики  
Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме.** В статье дана клинико-лабораторная оценка сексуальной функции у 97 больных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы, на начальной стадии клинической проявлений осложненной эректильной дисфункцией и ряд показатели исследований были сравнены полученными результатами у 30 больных с ДГПЖ без фоновой патологии.

**Ключевые слова:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы, эректильная дисфункция, возрастной гипогонадизм.

## ПРОСТАТА БЕЗИНИН ЗАЛАЛСЫЗ ГИПЕРПЛАЗИЯСЫНЫН КОМПЕНСАЦИЯ БАШКЫЧЫНДАГЫ ЭРЕКТИЛДИК ДИСФУНКЦИЯСЫ

Ураимов Б.Р., Мамбетов Ж.С., Оморов Д.Р.

Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлиги  
Улуттук Госпиталь караштуу Республикалык илимий урология борбору  
Бишкек, Кыргыз Республикасы

**Корутунду.** Бул макалада 97 бейтаптын простата безинин залалсыз гиперплазиясынын баштапкы баскычындагы эректилдик дисфункциясынын клиникалык сүрөттөмөсү. Сексуалдык функциясынын клиника-лабораториялык баасы берилип жана 30 бейтаптын простата безинин залалсыз гиперплазиясынын патологиясы жок изилдөөсүнүн көрсөткүчү менен салыштырылды.

**Негизги сөздөр:** простата безинин залалсыз гиперплазиясы, эректилдик дисфункция, жашына ылайык гипогонадизм.

## ERECTILE DYSFUNCTION IN THE INITIAL STAGE OF BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Uraimov B.R., Mambetov Zh.S., Omorov D.R.

Republican scientific Center of Urology at the National Hospital of the Ministry of Health  
Bishkek, Kyrgyz Republic

**Resume.** The article presents clinical and laboratory evaluation of sexual function in 97 patients with benign prostatic hyperplasia in the early stages of clinical manifestations at complicated erectile dysfunction and a number at indicators the study, were compared with the results obtained in 30 patients benign prostatic hyperplasia without background pathology.

**Keywords:** benign prostatic hyperplasia, erectile dysfunction, hypogonadism age.

### Введение.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (далее по тексту - ДГПЖ), считается распространенной патологией среди мужчин пожилого возраста, однако встречаются случаи возникновения клинических проявлений в более раннем возрасте. Клиническими симптомами ДГПЖ в основном являются дизурические расстройства, которые имеют тенденцию к прогрессированию с нередкими случаями возникновения острой задержки мочеиспускания. У пациентов могут присоединяться симптомы эректильной дисфункции различной степени выраженности, которые протекают на фоне возрастного гипогонадизма, что приводит к психо-эмоциональному расстройству, тем самым ухудшая качество жизни указанных пациентов. (1,2,3).

В этой связи, возникла необходимость изучить клинические особенности проявления эректильной дисфункции у больных с ДГПЖ на начальной стадии заболевания для целенаправленного лечения.

**Цель работы:** проведение клинико-лабораторных и сексологических обследований у больных с ДГПЖ в компенсированной стадии.

### Материал и методы исследования.

Клинический материал представлен обследо-

ваниями больных с ДГПЖ I стадией, осложненной сексуальными расстройствами. Из них основную группу составили - 97 больных, контрольную группу – 30 больных. Контрольная группа представлена пациентами с ДГПЖ компенсированной стадии без эректильной дисфункцией. Основную группу составили пациенты с ДГПЖ с эректильной дисфункцией.

При этом применены следующие методы исследования:

1. Опрос больных с использованием шкалы симптомов нижних мочевых путей и заполнением дневника мочеиспусканий с оценкой качества жизни.

2. Анкету Международного индекса эректильной дисфункции (МИЭФ), сексуальной формулы мужчин (СФМ), с оценкой характера половой конституции (ХПК), генотипического индекса половой конституции (Кг) и трохантерного индекса половой конституции.

3. Определение простатоспецифического антигена (ПСА) и тестостерона в сыворотке крови.

4. Микроскопические исследования секрета предстательной железы.

5. Ультразвуковое исследование предстательной железы.

### Результаты и обсуждение.

Результаты опроса больных и вычисление среднего суммарного балла симптомов по шкале IPSS определили, что показатели симптомов по шкале IPSS в обеих группах были равнозначными и составили  $21,2 \pm 2,7$  и  $19,3 \pm 2,1$ , частота ночных мочеиспусканий в основной и контрольной группах до лечения составила соответственно  $2,5 \pm 1,4$  и  $2,2 \pm 1,2$  ( $p > 0,05$ ).

Однако, показатели качества жизни пациентов основной группы (97 больных) были более худшими, нежели результаты контрольной группы (30 больных) и это связано с негативной психо-эмоциональной реакцией больных на снижение сексуальной функций ( $P < 0,05$ ).

Оценены жалобы больных с копулятивной дисфункцией при I стадии ДГПЖ и рассмотрены в зависимости от характера их клинических проявлений (таблица 1).

Согласно вышеуказанному анализу, изучение сексологических жалоб и анамнеза больных у 27,8% случаев имелось расстройство потенции, которое в свою очередь проявлялось вялостью или отсутствием адекватной эрекции (39,2%), ускоренным семяизвержением (20,6%) и слабостью разрядки полового напряжения (оргазма) - у 12,4%, что свидетельствовало о возникновении различных вариантов клинических проявлений сексологических нарушений у больных перенесших операции по поводу стриктуры уретры, вследствие воспалительного процесса в предстательной железе и семенного пузырька.

Кроме того, исследован характер половой кон-

ституции, трохантерный и генотипический индексы у больных с простатитом на фоне ДГПЖ в зависимости от тяжести сексуального расстройства (таблица 2).

У большинства больных с фолликулярной формой простатита, возникающей на фоне ДГПЖ в 52,6% случаев отмечен ослабленный вариант средней половой конституции (генотипический индекс  $Kg = 4,5 \pm 0,8$ );

При паренхиматозной форме простатита 29,9% в наблюдений отмечено слабая половая конституция (генотипический индекс  $Kg = 4,0 \pm 1,2$ );

При катаральной форме простатита в 17,5% случаев средняя половая конституция и  $Kg$  колебались в пределах нормы ( $5,2 \pm 0,6$ ).

При сопоставлении показателей в зависимости от формы простатита достоверных различий не обнаружено. Следовательно, полученные данные дают основание считать, что ослабление половой функции не зависит от тяжести деструктивного процесса в предстательной железе. Средняя величина трохантерного индекса колебалась в пределах нормы, его различия между клиническими стадиями простатита были не достоверны ( $P > 0,05$ ).

Оценены характер и тяжесть сексуальных расстройств у пациентов с ДГПЖ. Нейрогуморальная форма нарушений составила - 11,3 %. Характеризовалось эмоциональной подавленностью, нарушением потенции, проявляющейся в слабости полового влечения, вялости и отсутствием адекватной реакции перед половым актом, его укорочении, редкостью и слабостью. Данная

**Таблица 1.**  
**Характер семиотики копулятивной дисфункции у больных ДГПЖ**  
**Основная группа (n-97)**

| Характер семиотики половой потенции | Абс. число | %     |
|-------------------------------------|------------|-------|
| Снижение половых влечений           | 27         | 27,8  |
| Вялость эрекции                     | 38         | 39,2  |
| Ускорение эякуляции                 | 20         | 20,6  |
| Слабость оргазма                    | 12         | 12,4  |
| Всего                               | 97         | 100,0 |

**Таблица 2.**  
**Характер половой конституции, трохантерного и генотипического индекса у больных с ДГПЖ (n-97)**

| Показатели                                | Степень сексуальных нарушений |                        |                        |
|-------------------------------------------|-------------------------------|------------------------|------------------------|
|                                           | легкая<br>$M1 \pm m1$         | Средняя<br>$M2 \pm m2$ | тяжелая<br>$M3 \pm m3$ |
| Характер половой конституции              | Средний                       | ослабленный средний    | слабый средний         |
| Генотипический индекс половой конституции | $5,2 \pm 0,6$                 | $4,5 \pm 0,8$          | $3,3 \pm 1,2$          |
|                                           | $M1-M2 > 0,05$                | $M1-M3 < 0,05$         |                        |
| Трохантерный индекс половой конституции   | $1,2 \pm 0,4$                 | $1,9 \pm 0,3$          | $2,1 \pm 0,2$          |
|                                           | $M1 \pm M2 > 0,05$            | $M1 \pm M3 < 0,05$     |                        |
| Всего                                     | 17                            | 51                     | 29                     |

форма сексуальных нарушений характеризовалась снижением содержания тестостерона в организме. Наряду с андрогенной недостаточностью у больных с нейрогуморальными формами нарушений отмечено снижение уровня половой активности ( $91,96 \pm 0,33$ ) и полового темперамента ( $2,28 \pm 0,27$ ).

Показатели исследований СФМ у больных с нейрогуморальными формами нарушений указывали на их снижение: I (1,5 баллов), II (2,8 баллов), III (1,8 баллов), IV (1,7 баллов). Клинически это проявлялось снижением либидо, половой предприимчивости и частотой половых актов. Данному виду изменений была характерна андрогенная недостаточность, о чем свидетельствуют полученные результаты исследований уровня тестостерона в сыворотке крови.

Психическая форма (40,2%) характеризовалась расстройством потенции, проявляющейся угнетенным состоянием перед половым актом (страх неудачи), слабостью эрекции, слабостью разрядки половых напряжений (оргазма) и психострессовой реакцией половой партнерши на половой акт. При психической копулятивной дисфункции отмечалась связь между уровнем половой активности и полового темперамента.

При данной форме копулятивной дисфункции снижения температуры ( $35,3 \pm 0,8^\circ\text{C}$ ) и тонометрических данных ( $23,4 \pm 0,57$  мм рт.ст.) полового члена не отмечено, но наблюдалось снижение следующих показателей СФМ: II (1,7 баллов), III (2,5 баллов), V (2,7 баллов), VIII (1,8 баллов), IX (1,5 баллов). Клинически это состояние характеризовалось различной выраженностью симптомов ожидания половой неудачи, которое зависело от возраста больных. Так, для мужчин от 50 до 60 лет, это состояние сопровождалось выраженной психомоторной реакцией половых партнерш с последующим развитием депрессивного состояния перед половым актом.

Эрекционная форма нарушений (25,8%) характеризовалась угнетением потенции, коротким половым актом, вялостью эрекции, нарушением оргазма, следовательно сопровождалось конфликтами между половыми партнерами.

При расстройствах эрекционной составляющей показатель Кг соответствовал норме ( $4,28 \pm 0,61$ ), но отмечено снижение уровня половой активности Ка ( $2,85 \pm 0,35$ ).

При этом наблюдалось снижение шкалы СФМ: II (2,5 баллов), V (1,6 баллов), VI (2,2 баллов), VIII (2 баллов), IX (1,6 баллов).

Названная дисфункция встречалась у пациентов в возрасте старше 60 лет, при длительности заболевания более 10 лет.

Эякуляторная форма нарушений (14,4%) проявлялась снижением потенции, ускорением семяизвержения и оргазма, вследствие чего частыми конфликтами на почве сексуального нарушения у половых партнерш.

Причиной нарушения эякуляторной функции являлось снижение функции репродуктивных желез, связанных с возрастным снижением тестостерона в организме.

Показатели Кг и Ка у них существенно не

изменялись и составили соответственно  $4,56 \pm 0,32$  и  $4,2 \pm 0,4$ . Средние показатели топометрических и термометрических исследований составили соответственно ( $19,7 \pm 0,3$  мм рт.ст) и ( $22,7 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ). При этом, отмечено снижение показателей СФМ: II (2 балла), VI (2 балла), VII (2,1 баллов), IX (2,2 баллов).

У 8,2% наблюдений отмечено сочетание психической и эрекционной дисфункций, которое клинически проявлялось снижением потенции, страхом перед коитусом, коротким половым актом и оргазмом. При этом показатель полового темперамента был в пределах нормы ( $4,25 \pm 8,61$ ), а уровень половой активности был значительно понижен ( $2,87 \pm 0,35$ ). Следует отметить, что при сочетанной психической и эрекционной форме, заболевание проявлялось выраженными нарушениями копулятивной функции, что свидетельствуют при исследованиях тонометрии – ( $17,9 \pm 0,3$  мм рт.ст.) и термометрии полового члена – ( $21,3 \pm 0,2^\circ\text{C}$ ). Показатели СФМ составили: II (1,6), V (2,2), VIII (1,8), IX (1,9). Данная форма нарушений преобладала у лиц в возрасте от 55 до 60 лет при давности заболевания от 5 месяцев до 7 лет.

Уровень ПСА у больных с ДГПЖ в сравниваемых группах существенно не отличался (в контрольной группе –  $4,06 \pm 1,56$  и в основной –  $3,23 \pm 0,41$ ), а содержание тестостерона в крови в основной группе было снижено ( $2,3 \pm 0,2$  ммоль/л) по сравнению с результатами контрольной группы ( $8,4 \pm 0,6$  ( $p < 0,05$ )).

При пальцевом ректальном исследовании предстательной железы у всех обследованных пациентов выявлены следующие данные:

В 70,1% случаев простата равномерно увеличена в размере, тугоэластической консистенции со сглаживанием срединной борозды;

В 29,9% случаев простата с плоской поверхностью, плотной и эластической консистенции без спаянности с окружающими тканями со сглаженностью срединной борозды.

При этом, болезненность и повышенная чувствительность выявлены в 73,1% наблюдений, а в 26,9% исследований безболезненность при пальпации.

При микроскопическом исследовании секрета предстательной железы у больных основной группе 80,4 % случаев и в контрольной группе 76,7% наблюдений были диагностированы различные формы простатита и выявлено неравномерное повышенное содержание лейкоцитов.

Более выраженная лейкоцитарная реакция отмечена у больных категории II (ХБП), у которых содержание лейкоцитов составило ( $65,7 \pm 2,6$ ) по сравнению с категорией IIIА СХТБ/ХАБП, где количество лейкоцитов составило ( $16,4 \pm 1,2$  ( $p < 0,05$ )). Содержание лейкоцитов в секрете простаты у больных с категорией IIIВ СХТБ/ХАБП показало ( $8,8 \pm 0,55$ ) по отношению к категории II достоверность по критерию t имело место ( $p < 0,001$ ), а категория IIIА СХТБ/ХАБП оказалась достоверной ( $p < 0,05$ ).

Уровень содержания лецитиновых зерен в секрете предстательной железы отражает ее функциональное состояние и связано с тем, что при длительном воспалительном процессе, как правило, резко репрессируется функция предстательной железы и

количество лецитиновых зерен в секрете изменяется.

В частности, содержание лецитиновых зерен в секрете предстательной железы у пациентов с ХБП имеет тенденцию к снижению у 65,0% случаев, а у пациентов с ИВ СХТБ/ХАБП эта тенденция выявлена у 77,8% наблюдений. Причем, у пациентов с категорией IIIA СХТБ/ХАБП – у 88,4% случаев.

При ультразвуковом обследовании установлено, что в основной группе объем простаты составил ( $62,3 \pm 1,7$  см<sup>3</sup>), а в контрольной группе ( $59,9 \pm 1,3$  см<sup>3</sup>) ( $P > 0,05$ ). Высота стояния гиперплазированной простаты в полости мочевого пузыря составила  $2,1 \pm 1,8$  см<sup>3</sup> и  $1,7 \pm 0,6$  см<sup>3</sup> ( $P > 0,05$ ). Следовательно, по данным ультразвуковой диагностики, различий в группах не выявлено.

### Выводы:

1. Высокая частота проявлений копулятивной дисфункции при ДГПЖ вследствие воспалительных заболеваний репродуктивных желез чаще протекает в различных клинических вариантах.

2. При обследовании больных с нарушением копулятивной функции при ДГПЖ компенсированной стадии, считаем целесообразным изучить наиболее важные показатели, которые позволили бы более полноценно оценить функциональное состояние предстательной

железы.

3. Причины развития копулятивной дисфункцией у больных ДГПЖ связаны наличием сопутствующего хронического простатита, так как в предстательной железе установлено повышенное содержание лейкоцитов при исследовании секрета простаты и смещение ее pH в щелочную сторону.

4. Одним из патофизиологических причин развития эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ имеет место возрастной гипогонадизм, что следует учитывать в процессе лечения больных.

### Литература:

1. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э., Абсиметов А.К. и др. Применение препарата Импаза в лечении эректильной дисфункции у пациентов с ДГПЖ

2. Вишневский Е.Л., Калинин С.Ю., Коваль А.Н. Влияние силденафила (Виагры) на расстройства мочеиспускания у больных доброкачественной гиперплазией простаты (экспериментально-клиническое исследование) //Клиническая фармакология и терапия.- 2006.- Том 15, №1.- С. 46-51.

3. Лоран О.Б., Щеплев П.А., Нестеров С.Н. Диагностика и лечение эректильной дисфункции //Урология и нефрология.- 1998.- №3.- С.39-46.