

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.

www.kgma.kg

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

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

Кутгубаев О.Т. - д.м.н., проф. каф. фундамен. дисциплин

Луи Луган - проф., Университет Женевы

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 меакадемии последипломного образования П.Л.Шупика (Украина)

Учредитель

© Кыргызская государственная медицинская академия

Адрес редакции журнала:

г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92 КГМА.

Телефон: (312) 54 94 60, Тираж 200 экз.

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

Илимий медициналык журнал

Журнал КР Юстиция 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. www.kgma.kg

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 министирлигине караштуу Башкыр 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

Луи Лутан - профессор, Женева университети

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. www.kgma.kg

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)

Askerov 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

Louis Loutan - prof., University of Geneva

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.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Исакова Ж.К. Гигиенические аспекты изучения некоторых особенностей становления репродуктивного здоровья девушек-учащихся общеобразовательных учреждений г. Бишкек.....	10
Исаев М.К., Акматова Э.К., Крутская Е.Д., Мамытова А.Т. Подбор и оптимизация праймеров для выявления чумы плотоядных.....	13

ФУНДАМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Гайворонская Ю.Б. Особенности организации соединительно-тканых и гладкомышечных волокон в капсуле трахеобронхиальных лимфатических узлов у взрослых людей.....	16
Тулепбергенов Н.Б. Морфологические формы гломерулосклероза у жителей низкогогорья и высокогорья Кыргызстана.....	19
Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш. Влияние опиатной интоксикации на морфоструктуры эндокринных желез (секционное исследование).....	23

МЕДИКО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ ДЕЛО

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Кочкорова Ф.А., Максумов Т.Р. Современные особенности физического развития девушек – подростков г. Бишкек с позиции гигиенической науки.....	26
--	----

ВНУТРЕННЯЯ МЕДИЦИНА

Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Сманова Дж.К., Джаманкулова Н.М., Карагулова М.Ш. Роль и место физиотерапии и лечебной физкультуры в подготовке врача общей практики диагностика и лечение.....	30
Байгазиев А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К., Абдиева А.М., Акылбеков Р.А. Органосодержащий метод лечения шеечной и шеечно-перешеечной беременности с применением цервикорезектоскопии.....	33
Жусупова А.Т., Турузбекова Б.Д. Клинико-диагностическая характеристика больных с посттравматической эпилепсией.....	35

ВОПРОСЫ ПЕДИАТРИИ

Акматова Э.К., Камарли А.А., Акматбекова Г.Ж., Джэнибаева С.А. Разработка и апробация методики выявления парвовирусного энтерита собак методом полимеразной цепной реакции	38
Береговой А.А., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М. Роль Streptococcus Pneumoniae в этиологической структуре острых бактериальных менингитов	41
Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. Клинические особенности дисмикрозлементов при бронхиальной астме.....	45
Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М., Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С. Острые кишечные инфекции у детей первого полугодия жизни.....	48
Малеванная В.А., Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К. Дисфункции билиарного тракта и их медикаментозная коррекция у детей.....	51
Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К., Четкова С.В., Мамбетова М.К. Судорожный синдром у детей, больных острыми вирусными и острыми кишечными инфекциями (ОКИ и ОРВИ).....	54
Шаршенбекова А.Ш., Акимжан кызы Б., А. Чыныева Д.К., Абдусаторов А.А. Клинико-эпидемиологические особенности паротитной инфекции на современном этапе.....	57

ВОПРОСЫ СТОМАТОЛОГИИ

Ургуналиев Б. К., Кулназаров А.С. Современное состояние проблем травматологии челюстно-лицевой области (обзор литературы).....	60
Шаяхметов Д.Б., Алымбаева Н.А., Ургуналиев Б.К., Кулназаров А.С. Анализ заболеваемости слюнных желез у взрослого населения севера Кыргызской Республики.....	64

СОДЕРЖАНИЕ

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н. Современные подходы к лечению эхинококкоза печени.....	68
Мадаминев Э.М. Абдисаматов Б.С. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы в лечении	72
Осмоналиев Б.К., Жумадылов К.С., Сапаров С.Ш., Усубакунов У.Э., Авазов Б.А. Лапароскопическая ректопексия: первый клинический опыт.....	76
Сопуев А.А., Ибраев Д.Ш., Маматов Н.Н., Абдиев А.Ш. Оценка влияния антисептических средств на формирование спаечного процесса брюшной полости.....	80
Турганбаев Б.Ж. Дифференцированный подход лечения ушибов головного мозга.....	83

ЯЗЫКОВЫЕ АСПЕКТЫ В МЕДИЦИНЕ

Соронкулова А.Г. Сленг как разновидность способа аббревиации.....	87
Шабданбаева Ж.К. Виды и формы самостоятельных работ студентов на уроке кыргызского языка.....	89

САЛАМАТТЫКТЫ УЮШТУРУУ

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Исакова Ж.К. Бишкек ш. жалпы билим берүү жайларында окуган өспүрүм-кыздардын репродуктивдик саламаттыгынын түзүлүүсүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн гигиеналык аспектери.....10

Исаев М.К., Акматова Э.К., Крутская Е.Д., Мамытова А.Т. Эт менен тоюттануучу жаныбарлардын кыргынын аныктоо үчүн праймерлерди оптимизациялоо жана ылгоо.....13

ФУНДАМЕНТАЛДЫК МЕДИЦИНА

Гайворонская Ю.Б. Адамдардын кекиртек жана бронх лимфа-бездеринин капсуласындагы катмарларындагы ткан-талчаларынын жана булчуң-талчаларынын каатнаштыгы.....16

Тулпбергенов Н.Б. Кыргызстандын өрөндүү жана бийик тоолуу аймактарынын тургундарында кездешүүчү гломеруллопатиянын морфологиялык формалары.....19

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш. Аппийге уукканда ички бездердин морфоструктурасына тийгизген таасири (өлүктөрдү изилдөөнүн негизинде).....23

МЕДИЦИНАЛЫК АЛДЫН АЛУУ ИШИ

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Кочкорова Ф.А., Максудов Т.Р. Гигиеналык илим тарабынан каралган Бишкек шаарында өспүрүм-кыздарынын физикалык өнүгүүсүнүн заманбап өзгөчөлүктөрү.....26

ИЧКИ МЕДИЦИНА

Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Сманова Дж.К., Джаманкулова Н.М., Карагулова М.Ш. Физиотерапия жана дарылоо дене тарбия жалпы практика дарыгерлеринин даярдоосундагы ролу жана орду.....30

Байгазак А.Т., Маманов Н.А., Осмоналиев Б.К., Абдиева А.М., Акылбеков Р.А. Цервикорезектоскопиянын колдонуусу менен жатын мойногундагы жана жатын мойногуна чейинки жайгашкан кош бойлуулуктан мүчө сактап калуу ыкмасы.....33

Жусупова А.Т., Турузбекова Б.Д. Баш мээсинин жаракатынын негизиндеги талма оорулууларынын клиникалык-диагностикалык мүнөздөмөсү.....35

ПЕДИАТРИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Акматова Э.К., Камарли А.А., Акматбекова Г.Ж., Джэнибаева С.А. Иттин парвовирустук энтерит ылананын чынжырча полимераза реакциясы (ЧПР) менен аныктоо ыкмаларын иштеп чыгуу жана апробациялоо38

Береговой А.А., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М. Streptococcus Pneumoniae-нын курч мүнөздөөтүүчү бактериялык менингиттердин себеп мүнөздөгү ролу.....41

Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М. Бронхиалдык астма учурунда дисмикрозэлементтик клиникалык өзгөчөлүктөрү.....45

Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М., Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С. Биринчи жарым жылдагы балдардын курч мүнөздөөтүүчү ич өткөк оорусу.....48

Малеванная В.А., Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К. Балдардын билиардык тракттын дисфункциялары жана аларды медикаментоздук коррекциялоо.....51

Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К., Четцова С.В., Мамбетова М.К. Жугуштуу ич өткөк жана курч мүнөздө өтүүчү респиратордук вирустук жугуштуу оорулар менен ооруган балдарда калтыратманын кездешүүсү.....54

Шаршенбекова А.Ш., Акимжан кызы Б., А. Чыныева Д.К., Абдусаторов А.А. Вирус чакырган паротит оорусунун эпидемиологиялык жана клиникалык өзгөчөлүктөрү.....57

СТОМАТОЛОГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Ургуналиев Б. К., Кулназаров А.С. Бет – жаак жаракаттарынын азыркы учурдагы койгойлери (адабият сереби).....60

Шаяхметов Д.Б., Алымбаева Н.А., Ургуналиев Б.К., Кулназаров А.С. Кыргыз Республикасынын түндүк аймагындагы шилекей бездеринин дартка чалдыкандыгынын анализи.....64

ХИРУРГИЯ МАСЕЛЕЛЕРИ

Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н. Боордун эхинококкозун дарылоонун жаңыча ыкмалары.....	68
Мадаминов Э.М. Абдисаматов Б.С. Боордун эхинококкозун дарылоодо фиброздук кабыкча көңдөйүн жоюу ыкма	72
Осмоналиев Б.К., Жумадылов К.С., Сапаров С.Ш., Усубакунов У.Э., Авасов Б.А. Лапароскопиялык ректопексия: алгачкы клиникалык тажрыйба.....	76
Сопуев А.А., Ибраев Д.Ш., Маматов Н.Н., Абдиев А.Ш. Курсак көңдөйүндө жабышма процессинин калып тануусуна антисептикалык каражаттардын таасир этүүсүн баалоо.....	80
Турганбаев Б.Ж. Баш мээнин эзилишинин дифференциалдуу дарылоо ыкмасы	83

МЕДИЦИНАДА ТИЛ АСПЕКТИЛЕРИ

Соронкулова А.Г. Сленг - лексиканын кыскартуу ыкмаларынын түрү.....	87
Шабданбаева Ж.К. Кыргыз тили сабагындагы студенттердин өз алдынча иштеринин түрлөрү жана формалары.....	89

CONTENTS

ORGANIZATION OF HEALTH CARE

Atambaeva R.M., Mingazova E.N., Isakova J.K. Hygienic aspects of studying of several features of formation of reproductive health of girls-pupils of educational institutions of the city of Bishkek.....	10
Isakeev M.K., Akmatova E.K., Krutskaya E.D., Mamytova A.T. Selection and optimization of primers for canine distemper detection.....	13

FUNDAMENTAL MEDICINE

Gayvoronskay Y.B. Specialty of organization the connetive and muscular fibers in the capsule of the tracheobronchial lymphatic nodes in humans of adult age.....	16
Tulepbergenov N.B., Djanaliev B.R. Morphological forms of glomerulopathies in citizens of low altitude and high altitude of Kyrgyzstan	19
Turganbayev A.E., Mukashev M. Sh. Influence of opiate intoxication on morfostruktura of endocrine glands (on the basis of research of corpses).....	23

MEDICAL AND PROPHYLACTIC BUSINESS

Atambaeva R.M., Mingazova E.N., Kochkorova F. A., Maksutov T.R. Modern features of physical development of teenage girls of the city of Bishkek from a position of hygienic science.....	26
---	----

INTERNAL MEDICINE

Alymkulov R.D., Saralinova G.M., Smanova J.K., Djamankulova N.M., Karagulova M.Sh. The role and place of physical therapy and physical culture in the preparation of the general practitioner.....	30
Baygazakov A.T., Mamanov N.A., Osmonaliev B.K., Abdieva A.M., Akylbekov R.A. Organ-preserving method of treatment of the cervical and isthmico-cervical pregnancy with the use of cervicoresectoscopy.....	33
Jusupova A.T., Turuzbekova B.D. Clinical and diagnostic profiles of post traumatic epilepsy patients.....	35

QUESTIONS ON PEDIATRICS

Akmatova E.K., Kamarl iA.A., Akmatbekova G.J., Djeenbaeva S.A. Development and approbation of a technique of revealing parvoviral enteritis using polymerase chain reaction	38
Beregovoi A.A., Djolbunova Z.K., Kadyrova R.M. The role of Streptococcus Pneumoniae in the ethiological structure of acute bacterial meningitis	41
Karimova N.I., Shamsiev F.M. Clinical features violation of microelement composition of bronchial asthma in children.....	45
Zholdubaeva M.J., Karamurzaeva G.A., Bayalieva M.M., Mambetova A.A., Amankulova D.S. Acute intestinal infections in infants.....	48
Malevannaya V.A., Alymbaev E.Sh., Kojonazarova G. K. Dysfunctions of biliary tract and their medicamentous correction in children.....	51
Urvanova A.V., Erushkevich D.C., Djolbunova Z.K., Chechetova C.V., Mambetova M.K. Convulsion syndrome in children with acute respiratory viral and acute intestinal infections (ARVI, AII).....	54
Sharshenbekova AS, Akimzhan kzy B., A. Chynyeva D.K., Abdusattor A.A. Clinical and epidemiological features of mumps.....	57

QUESTIONS ON STOMATOLOGY

Urgunaliyev B.K., Kulnazarov A.S. Traumatology of the maxillofacial region: current condition of the problems (literature review).....	60
Shayahmetov D.B., Alymbaeva N.A., Urgunaliyev B.K., Kulnazarov A.S. The analysis of the illness salivary glands of the adult population of the northern Kyrgyz Republic.....	68

CONTENTS

QUESTIONS ON SURGERY

Kasiev N.B., Aitnazarov M.S., Nurbekova A.N. Modern approaches intreatment of liver echinococcosis.....	68
Madaminov E.M., Abdisamatov B.S. Method of elimination ofthe cavity of fibrous capsule in the treatment of liver echinococcosis.....	72
Osmonaliev B.K., Jumadylov K.S., Saparov S.Sh., Usubakunov U.E., Avasov B.A. Laparoscopic rectopexy: first clinical experience.....	76
Sopuev A.A., Ibraev D.Sh., Mamatov N.N., Abdiev A.Sh. Evaluation of the influence of antiseptic on the adhesions formation of the abdominal cavity.....	80
Turganbaev B.J. Differentiated method of treatment of brain injury.....	83

LINGUISTIC ASPECTS IN MEDICINE

Soronkulova A.G. Slang as a variety of abbreviation.....	87
Shabdanbaeva J.K. Kyrgyz language self-study types and forms for students.....	89

ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕВУШЕК-УЧАЩИХСЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ Г. БИШКЕК

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Исакова Ж.К.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Казанский государственный медицинский университет

Казань, Россия

Резюме. Представлены результаты анализа особенностей влияния различных медико-социальных и гигиенических факторов на репродуктивное здоровье, в частности, на становление менструальной функции у девушек-подростков 15-18 лет г. Бишкек. Выявленные особенности являются показателями формирования их репродуктивного здоровья и служат основанием для проведения оздоровительных и профилактических программ по охране здоровья будущих матерей.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, девушки-подростки общеобразовательных учреждений, возраст menarche.

БИШКЕК ШААРЫНДАГЫ ЖАЛПЫ БИЛИМ БЕРҮҮ ЖАЙЛАРЫНДА ОКУГАН ӨСПҮРҮМ-КЫЗДАРДЫН РЕПРОДУКТИВДИК САЛАМАТТЫГЫНЫН ТҮЗҮЛҮҮСҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮН ИЗИЛДӨӨНҮН ГИГИЕНАЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Исакова Ж.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Казань Мамлекеттик медициналык университети

Казань, Россия

Корутунду. Бул макалада ар кандай медициналык-социалдык жана гигиеналык факторлордун Бишкек шаарындагы 15-18 жаштагы өспүрүм-кыздардын репродуктивдик саламаттыгына, атап айтканда, менструалдык функциясынын түзүлүүсүнө тийгизген таасиринин өзгөчөлүктөрүн изилдөөнүн натыйжалары көрсөтүлгөн. Аныкталган өзгөчөлүктөр өспүрүм-кыздардын репродуктивдик саламаттыгын түзүлүүсүнүн көрсөткүчтөрү болуп, ошондой эле болочоктогу энелердин ден соолугун сактоо үчүн ден-соолукту чыңдоочу жана ооруларды алдын алуучу программаларды өткөрүүгө негиз боло алышат.

Негизги сөздөр: репродуктивдик саламаттык, өспүрүм-кыздар, ар кандай жалпы билим берүү жайлар, menarche курагы.

HYGIENIC ASPECTS OF STUDYING OF SEVERAL FEATURES OF FORMATION OF REPRODUCTIVE HEALTH OF GIRLS-PUPILS OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS OF THE CITY OF BISHKEK

Atambaeva R.M., Mingazova E.N., Isakova J.K.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Kazan State Medical University

Kazan, Russian Federation

Resume. Results of the analysis of influence of various social and hygienic factors of formation of menstrual function at 15-18 years old teenage girls of the city of Bishkek are presented in article. The revealed features are indicators of formation of their reproductive health and form the basis for carrying out improving and preventive programs for health protection of future mothers.

Key words: reproductive health, teenage girls of educational institutes, age of the beginning of periods - menarche.

Маркером общего состояния организма и, в первую очередь, формирования репродуктивной системы у девушек-подростков является менструальная функция. В Кыргызской Республике становление менструальной функции у девушек рассматривалось с разных позиций [1,2,3,5].

Одним из основных критериев полового созревания у девушек служит появление первой менструации – возраст menarche. На возраст первой менструации, на особенности становления менструальной функции у девушек влияют различные биологические, социально-гигиенические и гигиенические факторы [4,6].

Целью исследования явилось изучение особенностей становления менструальной функции у девушек-подростков, обучающихся в различных образовательных заведениях г. Бишкек.

Методы исследования: социально-гигиенический, гигиенический, аналитический,

статистический. В исследовании приняли участие 989 девушек-подростков, из них 273 девушки обучались в общеобразовательных средних школах, 466 – в школах-гимназиях и школах с углубленным изучением предметов, 250 девушек – в учреждениях начального профессионального образования (профессиональные лицеи).

В проведенном исследовании был определен возраст menarche у современных девушек-подростков различных общеобразовательных учреждений. При сравнительной оценке возрастной динамики появления первой менструации у девушек выявлено, что у девушек-учащихся профессиональных лицеев отмечается большая частота встречаемости menarche позднего возраста (около 16 лет) – $10,09 \pm 2,32$ на 100 обследованных, против $2,23 \pm 1,10$ и $4,06 \pm 1,72$ ($P < 0,001$) соответственно у девушек школьниц и гимназисток. Затем был определен средний возраст menarche у девушек-учащихся различных учебных

заведений (таблица 1).

Полученные нами результаты исследования сопоставимы с данными Бейшенбиевой Г.Ж. (2011), определившей средний возраст менархе девушек-подростков из социально уязвимых слоев населения г. Бишкек – 13,7 лет $\pm$ 0,03. В проведенных ранее исследованиях Солтобаевой Ж.О. и соавт.(2009) также указывается средний возраст менархе у девушек-подростков в 13,78 лет.

Далее были изучены особенности менструальной функции девушек-учащихся по длительности менструации, менструального цикла, а также продолжительность перерывов между менструациями у девушек-учащихся изучаемых групп. Затем был проведен корреляционный анализ между показателями возраста менархе, показателями длительности менструаций, продолжительности менструального цикла и длительностью перерывов (рисунок 1).

Было выявлено, что в показателях менструальной функции девушек-учащихся различных образовательных учреждений имеется ряд особенностей. Так, менструации у девушек-лицеисток начинаются позже, ($14,04 \pm 0,02$ лет), чем у учащихся школ и гимназий ($13,60 \pm 0,01$ лет и $13,72 \pm 0,03$ лет соответственно, $P < 0,001$), имеют большую продолжительность ($5,45 \pm 0,03$ дня) против $5,19 \pm 0,01$ и $4,52 \pm 0,02$ дня соответственно у девушек гимназий и школьниц ($P < 0,001$). Среди них же выявляется более тесная корреляционная зависимость между возрастом менархе и длительностью менструаций – $r_{xy} = 0,835$ против

$r_{xy} = 0,630$ и $r_{xy} = 0,728$ соответственно у гимназисток и школьниц.

Среди учащихся всех образовательных учреждений отмечается почти одинаковое число лиц с нерегулярными менструальными циклами – до 61,0-68,1%. Частота встречаемости среди них альгодисменореи среди девушек-учащихся школ-гимназий составляет 34,0%, среди девушек-школьниц и девушек-учащихся профессиональных лицеев она меньше и составляет 9,8% и 16,0% соответственно. Крайне степенью гипоменструального синдрома является аменорея у девушек старше 16 лет. Она чаще выявлялась у девушек-учащихся проф. лицеев ($0,9 \pm 0,06\%$ случаев) и реже у школьниц ($0,36 \pm 0,04\%$) ($P < 0,05$).

Таким образом, выявлено, что самые благоприятные проявления в становлении менструальной функции выявляются среди девушек-подростков, обучающихся в средних общеобразовательных школах, наихудшие – среди девушек-обучающихся в профессиональных лицеях и училищах. Данные обстоятельства мы связываем с особенностями социально-гигиенических и гигиенических факторов, влияющих на здоровье девушек. Как показали проведенные нами ранее исследования, девушки из профессиональных училищ имеют большие учебно-производственные нагрузки, в большей степени связанные с профессиональными факторами учебных мастерских и производственных цехов учебных предприятий. Среди них чаще встречаются девушки с низким материальной обеспеченностью и худшими жилищно-бытовыми условиями. Девушки из

Таблица 1.

Средний возраст менархе у девушек-учащихся различных образовательных учреждений

№	Типы образовательных учреждений	Средний возраст менархе
1	Профессиональные лицеи	$14,04 \pm 0,02$
2	Школы - гимназии	$13,72 \pm 0,03$
3	Средние школы	$13,60 \pm 0,01$

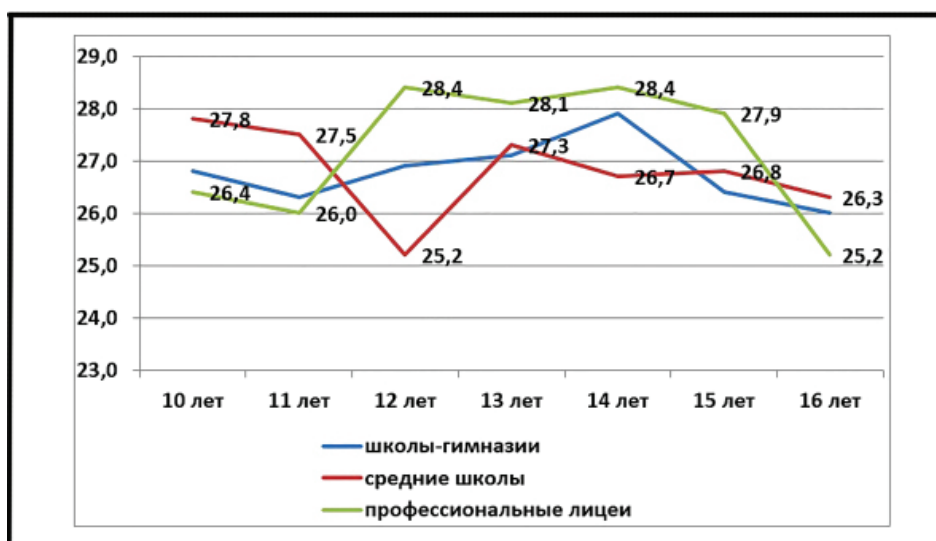


Рисунок 1. Средняя продолжительность перерывов между менструациями у девушек-учащихся различных образовательных учреждений в зависимости от возраста менархе.

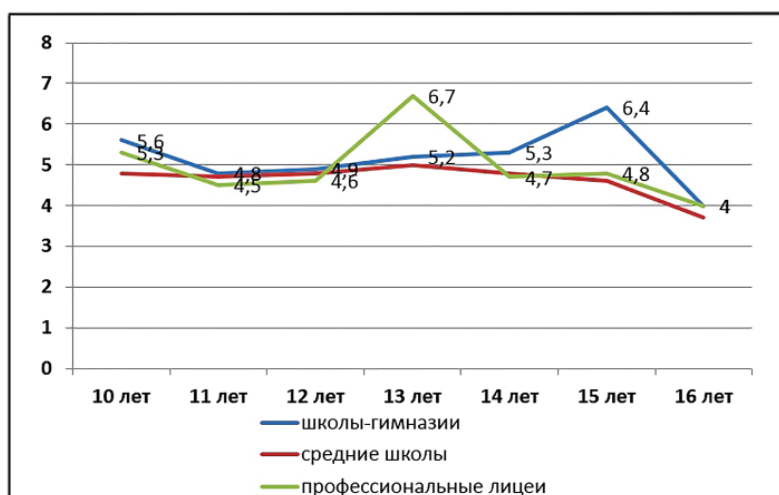


Рисунок 2. Средняя продолжительность менструаций у девушек-учащихся в зависимости от возраста menarche.

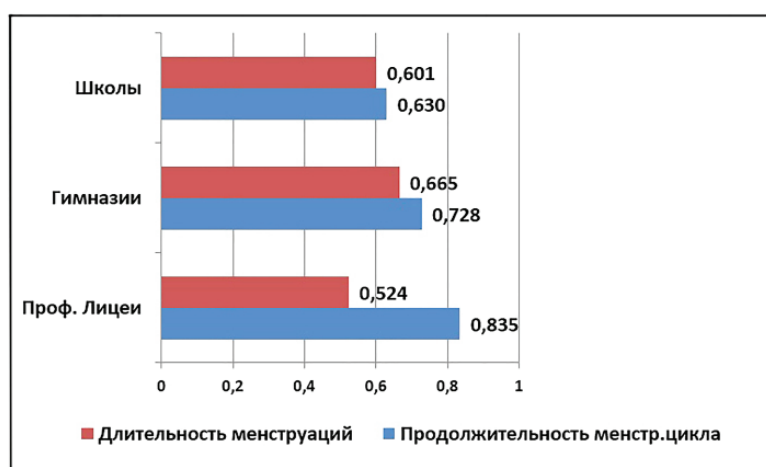


Рисунок 3. Коэффициенты корреляции между возрастом menarche и показателями длительности менструаций и продолжительности менструального цикла у девушек-учащихся различных образовательных учреждений.

школ-гимназий и из школ с углубленным изучением предметов имеют большие учебные нагрузки, среди них чаще встречаются лица с эмоциональными перегрузками и с установками на необоснованное снижение веса, в угоду модным тенденциям на низкую массу тела. Выявленные особенности становления менструальной функции девушек-подростков являются показателями формирования их репродуктивного здоровья, являются основанием для проведения своевременных профилактических и оздоровительных программ по охране здоровья будущих матерей.

Литература:

1. Бейшенбиева, Г.Д. Состояние репродуктивного здоровья и меры по его сохранению у женщин социально-уязвимых слоев населения: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: 14.01.01. –Бишкек, 2011. – 24с.
2. Иманказиева, Ф. И. Проблемы репродуктивного и сексуального здоровья у студентов Кыргызстана / Ф.И.

Иманказиева, Н.К. Таибулатова, Д.А. Умарбаева // Вестник КРСУ. - 2012. – Том 12, № 9. - С. 65-67.

3. Калканбаева, Ч. Показатели физического и полового развития, менструальная и детородная функции женщин при разной их адаптированности к высокогорным условиям: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.01. – Бишкек, 1992. - 24 с.

4. Мингазова, Э.Н. Репродуктивное здоровье девушек-подростков (медико-социальное исследование учащихся образовательных учреждений): дис. ... д-ра мед.наук: 14.00.33. – Казань, 2002. – 301с.

5. Солтобаева, Ж.О. Характеристика репродуктивного поведения и витальная статистика у женщин с завершенным репродуктивным периодом в популяции дунган / Ж.О. Солтобаева, А.Э. Темирбаев // Здоровоохранение Кыргызстана. - 2009. - № 2. - С. 145-147.

6. Уварова, Е.В. Репродуктивное здоровье девочек России в начале XXI века / Е.В. Уварова // Акушерство и гинекология. – 2006. – Прил. – С. 27-30.

ПОДБОР И ОПТИМИЗАЦИЯ ПРАЙМЕРОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ЧУМЫ ПЛОТОЯДНЫХ

Исакеев М.К., Акматова Э.К., Крутская Е.Д., Мамытова А.Т.

Кыргызский научно-исследовательский институт ветеринарии имени А.Дуйшеева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Получены индивидуальные праймеры и адаптирована программа работы ПЦР-диагностики чумы плотоядных. Методом полимеразной цепной реакции исследованы образцы, полученные от больных животных. Изучена возможность выявления РНК вируса чумы плотоядных с помощью полимеразной цепной реакции полученными праймерами с обратной транскрипцией и оптимизирована методика постановки. Показано, что подобранные праймеры характеризуется высокой чувствительностью и достоверностью.

Ключевые слова: чума плотоядных, полимеразная цепная реакция, оптимизация праймеров.

ЭТ МЕНЕН ТОЮТТАНУУЧУ ЖАНЫБАРЛАРДЫН КЫРГЫНЫН АНЫКТОО ҮЧҮН ПРАЙМЕРЛЕРДИ ОПТИМИЗАЦИЯЛОО ЖАНА ТАНДОО

Исакеев М.К., Акматова Э.К., Крутская Е.Д., Мамытова А.Т.

А. Дуйшеев атындагы Кыргыз ветеринария илимий-изилдөө институту

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Эт менен тоюттануучу жаныбарлардын кыргынынын аныктоо үчүн индивидуалдык праймерлер алынган жана полимераздык чынжырлуу реакция диагностикасынын программасы адаптацияланган. Полимераздык чынжырлуу реакциясы методу менен орулуу жаныбарлардан алынган патологиялык материалдар изилденген. Кайра транскрипциялануучу праймерлер менен полимераздык чынжырлуу реакциясы аркылуу эт менен тоюттануучу жаныбарлардын кыргынынын РНКсын табуусун изилденген жана коюу методикасы оптимизацияланган. Ылганган праймерлердин жогору сезгичтигин жана шексиздигин характеристикасы көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: эт менен тоюттануучу жырткычтардын кыргыны, полимераздык чынжырлуу реакция, праймерлерди оптимизациялоо.

SELECTION AND OPTIMIZATION OF PRIMERS FOR CANINE DISTEMPER DETECTION

Isakeev M.K., Akmatova E.K., Krutskaya E.D., Mamytova A.T.

Kyrgyz Research Institute of Veterinary Medicine named by A. Duysheeva

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Received individual primers and adapted work program for PCR diagnosis of canine distemper. Polymerase chain reaction investigated samples obtained from diseased animals. The possibility of detection of canine distemper virus RNA by polymerase chain reaction with primers derived from the reverse transcription and optimized method of production. It is shown that the selected primers characterized by high sensitivity and reliability.

Key words: canine distemper virus, polymerase chain reaction, optimization of primers.

Актуальность.

Собаки среди домашних животных являются единственным видом, чьи биологические способности позволяют использовать их в различных отраслях. Вместе с тем широкое использование собак в различных целях, в том числе в быту приводит к увеличению их численности, возрастает угроза распространения различных инфекционных болезней.

Одной из наиболее распространенных болезней является чума плотоядных, уровень смертности от этой инфекции достигает 70–80% [1]. Эпизоотические наблюдения показывают, что клиническая картина болезни со временем изменяется и утрачивает свою типичность. Ни одна другая болезнь не имеет такого огромного количества ошибочных диагнозов, как чума плотоядных. Этой болезни свойственны полиморфизм клинических и патологоанатомических синдромов, отсутствие четко выраженных клинических признаков, сложные особенности взаимоотношений специфического возбудителя, вторичной микрофлоры и макроорганизма, разнообразие инфекционного, и эпизоотического процесса.

Все эти сложно диагностируемые клинические симптомы указывают на необходимость лабораторного диагностирования, которое должно выдать точный и быстрый результат. Одним из таких методов лабораторной диагностики чумы плотоядных является полимеразная цепная реакция

(ПЦР).

Серологические методы диагностики, как ИФА, РН, РДП, РСК, РНГА часто дают сомнительные результаты, что вызывает необходимость постановки повторной диагностики, занимая много времени. Для достоверного и своевременного обнаружения возбудителя чумы плотоядных необходимо использовать современные методы диагностики.

В настоящее время в ветеринарии для дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний успешно используются методы молекулярной биологии, в том числе и ПЦР. Чувствительность и точность данного метода превосходит все другие методы иммунологии при обнаружении возбудителей инфекции. ПЦР способна выявить возбудителя на самых ранних стадиях болезни, даже до появления выраженных клинических признаков болезни. С помощью ПЦР можно обнаружить единичные молекулы возбудителя в исследуемых образцах.

В наших экспериментах для выявления возбудителя чумы плотоядных применена ПЦР. В задачу исследований входила оптимизация праймеров к ПЦР, которые можно использовать в научных исследованиях, а также в практической ветеринарии при диагностировании чумы плотоядных.

Чума плотоядных (ЧП) – высококонтагиозная

вирусная болезнь, характеризуется признаками лихорадки, гнойного ринита, конъюнктивита, пневмонии, гастроэнтерита, поражает центральную нервную систему. Протекает в острой и подострой форме. К чуме плотоядных восприимчивы собаки, волки, лисицы, шакалы, песцы, хорьки, соболи и другие виды плотоядных животных [2, 4].

Возбудитель чумы плотоядных РНК-содержащий вирус, имеющий на поверхности два белка-антигена Н и F, относится к роду морбилливирусов. К этой же группе относится вирус кори человека, чумы крупного рогатого скота, чумы мелких жвачных и возбудители ряда других инфекционных болезней [2, 6].

Согласно принятой классификации возбудитель чумы плотоядных относится к семейству парамиксовирусов, которое включает три рода: параинфлюэнца, морбилли и пневмовирусы (parainfluenza, morbilli, pneumoviridae) [3, 5]. Вирионы имеют разнообразную форму, от сферической до нитевидной с диаметром от 100 до 700 нм. Внутри он содержит нуклеокапсид со спиральной структурой [6].

Целью работы является подбор и оптимизация праймеров для выявления чумы плотоядных с помощью молекулярно-генетического метода.

Материалы и методы исследований.

Для подбора видоспецифических праймеров использовали биоинформационную базу данных NCBI (National Center Biotechnological Information, USA). Анализ олигонуклеотидных последовательностей осуществляли в GenBank с помощью программы BLAST. Выбор параметров праймеров проводили с помощью программы Primer 3. В итоге разработан дизайн праймеров, как видно из таблицы 1. Синтез праймеров осуществляли коммерческой компанией «BioBasic» (Канада). Для эксперимента были собраны клинические образцы от больных животных (соскобы, сыворотка крови, смывы и др.). Для оптимизации условий постановки ПЦР использовали выделенный РНК из референсного штамма вируса чумы плотоядных «Onderstepoort». Для контроля специфичности праймеров использовали возбудителей

парамиксовирусов: парагриппа собак, чумы мелких жвачных, болезнь Ньюкасла.

Выделение РНК вирусов проводили специальным коммерческим набором американского производства Axygen (AxyPrep™ Body Fluid, Viral DNA/RNA miniprepkit, cat. № AP-MN-BF-VNA-250) в соответствии с наставлением по его применению. После выделения РНК проводили обратную транскрипцию коммерческим набором Qiagen (cat. № 205311) по инструкции к применению данного набора.

Для оптимизации температурного режима амплификации использовали амплификатор Mini Opticon (Bio-Rad) с функцией температурного градиента.

Для детекции полученного ПЦР продукта использовали 2,5% агарозный гель на 1x TAE буфере с бромистым этидием. Учет результатов проводили в геледокументирующей системе BIO-RAD Gel Doc XR™ + imaging system.

Результаты и их обсуждение.

На основе данных нуклеотидных последовательностей генома чумы плотоядных были получены специфические праймеры к гену матрикс (М).

Ген М отвечает за синтез матрикс белка, расположенного на внутренней поверхности оболочки вируса [7]. Он играет ключевую роль в вирусном морфогенезе, сохраняя стабильность мембраны. Кроме этого он более консервативен относительно других генов (табл. 1).

Для проведения ПЦР с подобранным праймерами использованы следующие компоненты реактивов с расчетом объема реакционной смеси 20 мкл:

- 7,2 мкл деионизированная вода
- 4 мкл 5x буфера
- 0,4 мкл 10x dNTPmix
- 1,2 мкл 25 mM MgCl₂
- 2 мкл 0,5 μM праймера CDV-M1
- 2 мкл 0,5 μM праймера CDV-M2
- 0,2 мкл Taq ДНК полимеразы
- 3 мкл кДНК 25 нг/мкл

Таблица 1.
Последовательность праймеров

Праймеры	Олигонуклеотидная последовательность	Размер ПЦР продукта п.н.
CDV-M1	5' – GGC TCA TAC CCC AAG TCA GA – 3'	681 п.н.
CDV-M2	5' – TCG TTC CTC CTA TCC CTC CT – 3'	

Таблица 2.
Специфичность праймеров при диагностике чумы плотоядных

№ проб	Возбудители	Результат
1	Образец, выделенный от больного животного	+
2	Референтный штамм чумы плотоядных	+
3	Парагрипп собак	–
4	Чума мелких жвачных	–
5	Болезнь Ньюкасла	–
6	Чистый отрицательный контроль	–



Рис. 1. ПЦР–продукт 681 пар нуклеотидов, полученных при отжиге праймеров при температуре 55°C, 1 – маркер, 2-4 – пробы, 5 – отрицательный контроль, 6 – положительный контроль

В ходе эксперимента была отобрана оптимальная температура отжига праймеров. Амплификацию проводили при температуре 53°C, 54°C, 55°C, 56°C, 57°C. Были получены электрофоретические спектры продуктов амплификации, которые показали, что оптимальной температурой отжига праймеров является 55°C (рис. 1).

На втором этапе исследований для проверки специфичности реакции с подобранным праймером, кроме штамма вируса чумы плотоядных, в качестве отрицательного контроля испытаны другие представители семейства парамиксовирусов.

Как показали результаты опытов, с помощью метода ПЦР нам удалось выявить специфический фрагмент гена М чумы плотоядных (рис. 1). Данный специфический фрагмент не выявлен в отрицательных контролях (табл. 2). Это еще раз подтверждает специфичность подобранных праймеров и ПЦР анализа в выявлении возбудителя чумы плотоядных.

В результате проведенных опытов положительные результаты получены только в двух случаях (пробы 1 и 2). В пробах 3, 4, 5, которые использовались в качестве отрицательного контроля, получили ожидаемые отрицательные результаты. Данные результаты подтверждают специфичность праймеров, разработанных нами, и пригодность их использования в диагностических и научно-исследовательских целях.

Заключение.

Оптимизированные нами праймеры для идентификации возбудителя чумы плотоядных характеризуются высокой чувствительностью, специфичностью и воспроизводимостью результатов.

Это исключает получение сомнительных результатов в отличие от серологических методов диагностики (ИФА, РН, РДП, РСК, РНГА). Высокая специфичность разработанных праймеров позволяет установить диагноз у заболевших животных, при различных стадиях болезни. Широкое их применение позволит успешно решать задачи, связанные с диагностированием и дифференциацией чумы плотоядных от других клинически схожих заболеваний, что, следовательно, позволит более целенаправленно контролировать эпидемиологическую ситуацию по чуме плотоядных животных в республике.

Литература:

1. Груздев К.Н., Селиванов А.В. Чума плотоядных. -М., 1996. - С. 15–21.
2. Appel M., Sheffy B.E., Percy, D.H. & Gaskin, J.M. Canine distemper virus in domesticated cats and pigs / *American Journal of Veterinary Research* -1974. №35. P.803-806.
3. Barrett T., Subbarao S., Belsham C.J et al. *The Paramyxoviruses* / Dlenum Press. - New York. - 1991. - P.83–102.
4. Evermann, J.F., Leathers, C.W., Gorham et al *Pathogenesis of two strains of lion (Pantheraleo) morbillivirus in ferrets (Mustellaputoriusfuro)* / *Veterinary Pathology*. – 2001. – P.138, 311 -316.
5. Griffin, D.E. *Measles virus* / In *Fields Virology*, 4th edn. Edited by Knipe D.M., Philadelphia P.A: Lippincott Williams and Wilkins. – 2001. - P.1401-1441.
6. Murphy F.A., Gibbs E.P.J., Horzinek M.C. & Studdert, M.J. / *Veterinary Virology*. - San Diego, Calif: Academic Press. -1999.
7. Peeples, M.E. *Paramyxovirus M proteins: pulling it all together and taking it on the road* / In *The Paramyxoviruses*. Edited by Kingsbury D. New York: Plenum Press. – 1991. - P.427-456.

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

Гайворонская Ю.Б.

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

Резюме. Ведущую роль в транспорте лимфы занимают лимфатические сосуды, состоящие из клапанных сегментов – лимфангионов. В стенке лимфангиона лимфатического сосуда миоциты тесно связаны с соединительно-тканными волокнами (коллагеновыми и эластическими). Микроскопическая анатомия выносящих лимфатических сосудов трахеобронхиальных лимфатических узлов исследована на 24 органокомплексах людей зрелого возраста. Стенка лимфатического сосуда состоит из трех слоев: внутреннего, наружного и среднего. Тонкие коллагеновые и эластические волокна преимущественно располагаются во внутреннем слое стенки, а коллагеновые и эластические волокна толстые и средней толщины расположены в наружном и среднем слоях.

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

**АДАМДАРДЫН КЕКИРТЕК ЖАНА БРОНХ ЛИМФА-БЕЗДЕРИНЕН
ЧЫККАН ЛИМФА-ТАМЫРЛАРЫНЫН ЖАЙГАШЫШЫ**

Гайворонская Ю.Б.

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

Корутунду. Лимфа-тамырларында лимфанын бир тарапта агышына клапандык сегменттер - лимфангиондор чоң себеп. Анткени, лимфангиондун миоциттери менен коллаген-талчалары жана солкулдак-талчалары тыгыз байланышта болот. Микроанатомиялык изилдөө 24 – адамдын кекиртек жана бронх бездеринен чыккан лимфатамырларда жүргүзүлгөн. Бул лимфатамырларынын беттеринде үч катмар бар: ички, ортоңку жана тышкы. Ички катмарда коллаген жана солкулдак-талчалардын эң ичкелери жайгашса, орто жана чоң талчалары ортоңку жана тышкы катмарларда жайгашат экен.

Негизги сөздөр: кекиртек жана бронх лимфа-бездери, лимфа-тамырлары, миоциттер, коллаген талчалары, солкулдак талчалары, адамдардын лимфа-бездери.

**SPECIALTY OF ORGANIZATION THE CONNECTIVE AND MUSCULAR FIBERS IN
THE WALL OF EFFERENT LYMPHATIC VESSELS OF THE TRACHEOBRONCHIAL
LYMPHATIC NODES IN HUMANS OF ADULT AGE**

Gayvoronskay Y.B.

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

Resume. Leading role in drain of the lymph takes the lymphatic vessels, which are composed the valves segments – lymphangions. In the wall of lymphangions lymphatic vessels myocytes, which closely connecting with connective fibers (collagen and elastic). Microscopic anatomy efferent lymphatic vessels of the tracheobronchial lymphatic nodes are explored on the 24 complex of organs in humans of adult age. The wall of the lymphatic vessels are composed of three layers: internal, external and medial. The thin collagen and elastic fibers predominantly are located in the internal layer of wall, but thick and medial collagen and elastic fibers are located in the external and medial layers.

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

Ведущую роль в транспорте лимфы занимают лимфатические сосуды, состоящие из отдельных структурно-функциональных единиц или клапанных сегментов, названных отечественными и зарубежными авторами – лимфангионами [1, 2, 4, 5]. В стенке лимфангиона лимфатического сосуда гладкомышечные клетки (миоциты) тесно связаны с соединительно-тканными волокнами и объединены с ними в единый структурно-функциональный синцитий [3]. Исследования А.В. Борисова (1987- 1997) показало, что функционирование миоцитов, их моторную активность следует рассматривать с позиции структурно-функционального единства этих клеток с соединительно-тканными образованиями, которые участвуют в передаче «тянущей» силы миоцитов. Внешняя анатомическая сегментарность лимфатических сосудов (лимфангионы) и внутренняя структурная организация (архитектоника) соединительно-тканых и гладкомышечных образований отражают емкостную и моторную функции этих сосудов. Изучение соотношения названных структур

в стенке лимфатических сосудов является актуальной задачей, так как выявляет локальные особенности тока лимфы в области регионарных лимфатических узлов (трахеобронхиальных).

Материал и методы исследования.

Конструкция (микроскопическая анатомия) выносящих лимфатических сосудов 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 инъекции массы Герота. Гистологические препараты окрашивались пикрофуксином по Ван-Гизону, гематоксилин-эозином, на эластину по Вейгерту.

Результаты исследования и их обсуждение.

Стенка лимфатического сосуда состоит из трех слоев: внутреннего, наружного и среднего. Во всех слоях встречаются соединительнотканые элементы и мышечные волокна. Соединительнотканые элементы

представлены коллагеновыми и мышечными волокнами.

В юношеском возрасте (17 – 21 год) коллагеновые волокна в 100% случаев определялись во всех ее слоях. В 66% случаев коллагеновые волокна были тонкими в наружном слое и в 16,6% случаев в среднем и внутреннем слоях стенки сосуда. Коллагеновые волокна средней толщины в 100% случаев располагались в среднем слое, в 66,6% случаев – в наружном слое и в 83,3% случаев во внутреннем слое. Эластические волокна в 83,3% располагались во всех слоях стенки и только в 16,6% случаев отсутствовали во внутреннем слое. Тонкие эластические волокна в 33,3% случаев располагались в наружном слое и в 16,6% случаев – в среднем и внутреннем слоях. Форма тонких эластических волокон была спиралевидная. Эластические волокна средней толщины в 83,3% случаев располагались в среднем и внутренних слоях стенки и в 50% случаев наружном. Форма их изогнутая. Гладкомышечные клетки (миоциты) во всех слоях стенки (в 100% случаев) рис.1. Ядра миоцитов ориентированы косопродольно (в 100% случаев) и в 66,6% случаев – косопоперечно. Миоциты в юношеском возрасте образуют мышечные пучки по 4 – 7 клеток, которые залегают во 2 – 3 слое.

В I-м периоде зрелого возраста (21 – 35 лет) коллагеновые волокна располагались практически во всех слоях стенки сосуда в 87,5% случаев и в 12,5% случаев отсутствовали во внутреннем слое. Тонкие коллагеновые волокна встречались во внутреннем слое стенки лишь в 12,5% случаев. Среднюю толщину коллагеновые волокна в 100% случаев имели в наружном и среднем слоях и в 57,2% случаев во внутреннем слое. Толстые коллагеновые волокна обнаружили в 28,5% случаев во внутреннем слое и в 12,5% случаев в среднем слое стенки сосуда.

Эластические волокна пронизывают все слои сосуда (100% случаев). Тонкие эластические волокна в 62,5% случаев располагаются в наружном слое и в 14,3% в среднем и внутреннем слоях. Форма тонких эластических волокон – спиралевидная. Эластические волокна средней толщины обнаруживались в 62,5% случаев в среднем и внутренних слоях и в 57,2% случаев – в наружном. На срезах они изогнутой формы. Миоциты встречаются во всех слоях стенки исследуемых сосудов (100% случаев). Ядра миоцитов ориентированы в 100% случаев косопродольно и в 87,5% случаев – продольно.

Во II-м периоде зрелого возраста (36 – 60 лет) в 100% случаев коллагеновые волокна выявлялись во всех слоях стенки лимфатического сосуда и имели среднюю толщину. Толстые коллагеновые волокна были обнаружены лишь в 10% случаев во внутреннем слое. В 80% случаев эластические волокна располагались во всех слоях стенки, а в 20% случаев отсутствовали в наружном слое. Тонкие эластические волокна (спиралевидной формы) в 40% случаев обнаруживались во внутреннем слое, в 20 % случаев в наружном слое и лишь в 10% случаев во внутреннем слое. Средней толщины эластические волокна располагались в 60% случаев во всех слоях стенки. Ко II – периоду зрелого возраста в стенке лимфатического сосуда начинают обнаруживаться толстые эластические волокна, которые в 30% случаев располагались во внутреннем слое стенки сосуда и имели форму ближе к прямой линии. Миоциты встречаются во всех слоях стенки сосуда (в 100% случаев). Ядра миоцитов ориентированы в основном косопоперечно (в 100% случаев), реже косопродольно (в 60% случаев) и лишь в 10% случаев продольно и поперечно рис.2.



Рис.1. Лимфатический сосуд верхнего правого трахеобронхиального лимфатического узла. Коллагеновые волокна (1), эластические волокна (2). Женщина 20 л. (юношеский возраст). Срез сосуда. Окраска по Вейгерту. Об.40, ок.7.

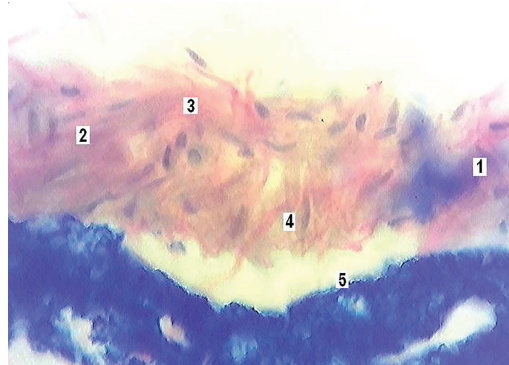


Рис.2. Лимфатический сосуд верхнего правого трахеобронхиального лимфатического узла. Стенка сосуда (1), миоциты (2), коллагеновые волокна (3), мышечные волокна (4), просвет сосуда с массой Герота (5). Женщина 53 г. (II зрелый возраст). Срез сосуда. Окраска по Ван-Гизону. Об.40, ок.7.

Выводы:

1. Стенка лимфатического сосуда построена из гладкомышечных элементов (мышечных волокон) и соединительного каркаса (коллагеновые и эластические волокна). Волокна соединительнотканного каркаса ориентированы продольно по отношению к мышечным волокнам.

2. Распределение соединительнотканых элементов и гладкомышечных клеток имеет свою органоспецифичность в возрастном аспекте, которая отражается в их процентном соотношении.

3. Тонкие коллагеновые и эластические волокна преимущественно располагаются во внутреннем слое стенки, а коллагеновые и эластические волокна толстые и средней толщины расположены в наружном и среднем слоях.

Литература:

1. Борисов А.В. Структурные основы моторной функции лимфангиона // В кн.: Проблемы функциональной лимфологии.- Новосибирск, 1982.- С. 24-26.

2. Петренко В.М. Лимфангионы и варианты сегментарной организации активного лимфооттока из органов// Вестник лимфологии.- 2007.- №1.- С. 41-43.

3. Чумаков В.Ю., Чумакова В.В., Складнева Е.Ю. и др. Строение стенки лимфангионов некоторых органов млекопитающих// Бюллетень СО РАМН.- 2009.- №7.- С. 29-32.

4. Horstmann E. Beobachtungen zur motoric der Lymphgefasse zusammenfassug// Pflug. Arch.- 1959.- Bd.269.- №6.- S. 511-513.

5. Mislin H. The Lymphangion. Lymphangiology// Stuttgart: N. Y. Schaffnerferlag, 1983.- P. 165-175.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГЛОМЕРУЛОПАТИЙ У ЖИТЕЛЕЙ НИЗКОГОРЬЯ И ВЫСОКОГОРЬЯ КЫРГЫЗСТАНА

Тулепбергенов Н.Б.¹, Джаналиев Б.Р.²

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

²Кыргызско - Российский славянский университет им. Б.Н. Ельцина,
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Изучены морфологические формы гломерулопатий у 145 больных, жителей низкогогорья и высокогорья Кыргызстана. Установлено, что среди морфологических форм гломерулопатий преобладает мезангиопролиферативный гломерулонефрит и он с одинаковой частотой встречается как у жителей высокогорья, так и у жителей низкогогорья. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит отмечен у одной трети больных. Редкими формами являются минимальные изменения и фокальный сегментарный гломерулосклероз/гиалиноз. У жителей высокогорья чаще встречается мембранозная нефропатия (16,1%, против 4,5% в низкогогорье, $p < 0,05$).

Ключевые слова: морфология, гломерулопатии, почки, низкогогорье и высокогорье.

КЫРГЫЗСТАНДЫН ӨРӨӨНДҮҮ ЖАНА БИЙИК ТООЛУУ АЙ-МАКТАРЫНЫН ТУРГУНДАРЫНДА КЕЗДЕШҮҮЧҮ ГЛОМЕРУЛОПАТИЯНЫН МОРФОЛОГИЯЛЫК ФОРМАЛАРЫ

Тулепбергенов Н.Б.¹, Джаналиев Б.Р.²

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

²Кыргыз-Россия славян университети
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Кыргызстандын өрөөндүү жана бийик тоолуу аймактарында жашаган 145 бейтаптын гломерулопатиясынын морфологиялык формалары изилденди. Гломерулопатиянын формаларынын арасында мезангиопролиферативдүү гломерулонефриттин үстөмдүк кылаары аныкталды. Ошондой эле ал ороондүү жана бийик тоолуу аймактын тургундарында бирдей санда кездешет. Мезангиокапиллярдуу гломерулонефрит оорулуулардын үчтөн биринде табылды. Минималдуу өзгөрүүлөр жана фокалдык сегментардык гломерулосклероз/гиалиноз сейрек кездешүүчү турлор болуп саналат. Бийик тоолуу аймактын тургундарында мембраноздуу нефропатия (16,1%) өрөөндуу аймактын жашоочуларыныкына караганда (4,5%, $p < 0,05$) көбүрөөк кездешет.

Негизги сөздөр: морфология, гломерулопатия, бойроктор, ороондүү, аймак, бийик тоолуу.

MORPHOLOGICAL FORMS OF GLOMERULOPATHIES IN CITI-ZENS OF LOW ALTITUDE AND HIGH ALTITUDE OF KYRGYZSTAN

Tulepbergenov N.B. ¹, Djanaliev B.R. ²

¹I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

²Kyrgyz - Russian Slavic University
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Morphological forms of glomerulopathies in 145 patients, citizens of low altitude and high altitude of Kyrgyzstan are studied. Among the morphological forms of glomerulopathies prevails the mesangioproliferative glomerulonephritis is determined, in the same rate it occurs in citizens of low altitude and high altitude. Mesangiocapillary glomerulonephritis in one third of patients is detected. The rare forms of glomerulonephritis are minimal changes and focal segmental glomerulosclerosis/hyalinosis. In citizens of high altitude more frequently occurs membranous nephropathy (16,1% in comparison of 4,5% in low altitude, $p < 0,05$).

Key words: morphology, glomerulopathies, kidneys, low altitude and high altitude

Среди болезней почек гломерулопатии (ГП) занимают особое место в связи с тяжестью осложнений, трудностями клинической и морфологической диагностики, несовершенной терапией, плохим прогнозом большинства ее форм [5,7,8,9,12]. ГП составляют основную группу заболеваний почек, обнаруживаемых в пункционных биоптатах почек [1,3].

Обобщение биопсийного материала почек нефрологических больных является основным источником данных о частоте отдельных форм ГП. Сопоставление данных из различных нефрологических центров мира, а также сравнение морфологической структуры ГП в отдельные временные периоды позволяет выявить определенные тенденции и говорить о географической, временной и этнической изменчивости и динамике заболеваемости [2,6,10,11]. Географические, расовые и временные различия в свою очередь проливают свет на роль экзогенных, эндогенных и генетических факторов в развитии отдельных форм ГП [13,14,15].

Цель исследования: изучить частоту морфоло-

гических вариантов ГП у жителей и низкогогорья высокогорья.

Материал и методы исследования.

Материалом исследования послужили 145 биоптатов почек, проведенных в Национальном центре кардиологии и терапии и исследованных в Республиканском патологоанатомическом бюро Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики. При исследовании нефробиоптатов использовали гистологический, гистохимический (ГХ), иммуногистохимический (ИГХ), электронномикроскопический (ЭМ) методы. Гистохимическое, иммуногистохимическое и электронномикроскопическое методы исследования проведены в лаборатории иммуногистохимических и электронномикроскопических исследований Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова (профессор Варшавский В.А. и к.м.н.Голицина Е.П.) Для определения морфологической формы ГП использовали рабочую классификацию, предложенную В.А.Варшавским и соав. в 2003г. Согласно данной классификации выделили следующие формы ГП: мембранозная нефропатия (МН);

Таблица. 1.

Морфологические формы гломерулопатий

Морфологические формы ГП	Высокогорье		Низкогорье		ВСЕГО	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
МН	10	16,6	4	4,7*	14	9,6
МИ	0	0	5	5,8	5	3,4
ФСГГ	0	0	2	2,4	2	1,3
МППН	32	53,4	44	51,7	76	52,5
МКГН	18	30,0	30	35,3	48	33,2
Итого	60	100,0	85	100,0	145	100,0

Примечание: * – $p < 0,05$ при сравнении встречаемости морфологических форм ГП на разных высотах

минимальные изменения (МИ); фокальный сегментарный гломерулосклероз/гиалиноз (ФСГГ); мезангиопролиферативный гломерулонефрит (МППН); мезангиокапиллярный гломерулонефрит (МКГН).

Результаты исследования.

Среди 145 больных 60 (41,4%) проживали в низкогорье (г. Бишкек, районы Чуйской долины, расположенные на высоте ниже 1500 м. над уровнем моря). В условиях высокогорья (районы Кыргызской Республики с высотой 2400 м. и выше) проживали 85 (58,6%) больных.

Наиболее частой морфологической формой ГП являлся МППН (53,4 и 51,6% соответственно), что согласуется с данными других исследователей [2,11]. Среди больных из высокогорья чаще встречался МН (16,6%, против 4,7% в низкогорье, $p < 0,05$), причем среди них не было МИ и ФСГГ. Эти данные с определенной степенью вероятности свидетельствуют, что высота местности проживания сказывается на распространенности морфологических форм ГП. [4]. (Таблица 1.)

Наше исследование показало, что МН обнаружена у 14 больных (9,6%), среди которых было 11 мужчин и три женщины в возрасте $22,0 \pm 3,35$ лет. Клинически в основном диагностировался НС (у 13 больных). Распределение больных МН с учетом эффекта высоты местности обитания показал, что 10 больных являлись жителями высокогорья, а четверо – жителями низкогорья.

При светооптическом (СО) исследовании отмечается диффузное утолщение ГБМ, в отдельных клубочках отмечается незначительная очаговая пролиферация мезангиальных клеток (рис.1). Выявляется нежная «пунктирность» ГБМ. При ИГ исследовании во всех наблюдениях обнаружена диффузная гранулярного характера фиксация IgG на ГБМ. При ЭМ исследовании на эпителиальной стороне ГБМ гранулы электронноплотного материала, хорошо отграниченные от lamina densa ГБМ тонким слоем lamina rara externa.

МИ выявлен у пяти больных, проживающих в предгорье (3,4 % из всей выборки), среди которых двое мужчин и три женщины в возрасте $23,5 \pm 5,6$ лет. При СО исследовании определяются клубочки с небольшим очаговым расширением мезангия, слабой гиперклеточностью (3-5 мезангиальных клеток в одном мезангиальном поле), слабым очаговым утолщением ГБМ, небольшим очаговым утолщением наружного листка капсулы Шумлянско-Боумана. Все случаи были иммунонегативными. При ЭМ исследовании выявлены следующие типичные изменения: ГБМ сформирована правильно, равномерная; в большинстве капилляров отмечалось отсутствие ножек подоцитов,

распластывание последних на значительном протяжении ГБМ; подоциты с признаками высокой метаболической активности.

ФСГГ был диагностирован только у двух мужчин в возрасте 18 и 19 лет, жителей низкогорья, что составило 1,3% всех наблюдений ГП. При СО исследовании отмечается поражение более двух сегментов сосудистого пучка с локализацией в разных отделах клубочка, иногда изменения носят глобальный характер (рис.2). Склерозированные и гиалинизированные сегменты тесно спаяны с капсулой за счет чего наблюдается ее утолщение и склероз. Наряду с такими клубочками имеются частично или полностью склерозированные и гиалинизированные. При ИГ исследовании о обоих наблюдениях специфического свечения не обнаружено. При ЭМ исследовании отмечается неравномерное резкое утолщение ГБМ и ее складчатость, расширение мезангиума, образование мембраноподобного вещества, мезангиальные клетки замурованы в этом веществе.

Среди морфологических форм ГП часто встречался МППН, установленный у 76 пациентов (52,5,7%). Их возраст в среднем равнялся $23,7 \pm 0,94$ годам. Мужчин было 49, а женщин – 27. МППН одинаково часто встречался среди жителей высокогорья (53,4%) и низкогорья (51,7%). Такое же преобладание МППН у мужчин находили Лауринавичус. (1992) в московской популяции, а Briganti E.M., Dowling J., Finlay M. et al (2001) – в австралийской популяции. При СО исследовании отмечается резкое диффузное расширение мезангия с увеличением мезангиального матрикса, диффузное неравномерное утолщение и двухконтурность ГБМ, выраженная пролиферация мезангиальных клеток, слабая – эндотелиальных клеток (рис.3). При ИГ исследовании в 35 наблюдениях обнаружена диффузная фиксация Ig G и Ig M с C3, гранулярного характера на ГБМ и мезангии. 12 наблюдениях- IgG, IgM, IgA+C3, в 10 – IgG, IgM+C3, в 9 –IgA +C3, в 7 –IgG +C3, в 3 –IgM +C3. При ЭМ исследовании определяются электронно-плотные депозиты среднего или небольшого размеров расположенные, как правило, субэндотелиально или на lamina densa ГБМ.

МКГН мы выявили у 48 больных (39 мужчин и 9 женщин) в возрасте $26,06 \pm 1,52$ лет. Фактически каждый третий (32,2 %) из всех наблюдений страдал МКГН. При СО исследовании отмечается резкое диффузное расширение мезангия с увеличением мезангиального матрикса, диффузное неравномерное утолщение и двухконтурность ГБМ, выраженная пролиферация мезангиальных клеток, слабая – эндотелиальных клеток (рис4).

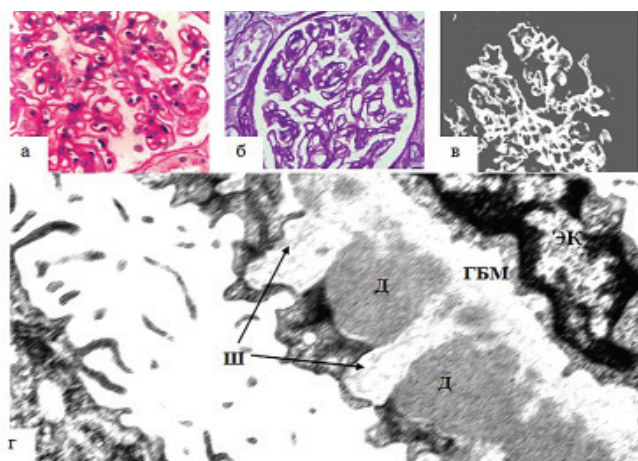


Рис. 1. Мембранозная нефропатия

а – диффузное однородное утолщение ГБМ, без гиперклеточности клубочка. Окраска гематоксилином и эозином, х 400.
б – пунктирность ГБМ, склероз отдельных капиллярных петель. PAS – реакция, х 400.
в – иммунные депозиты диффузно гранулярного характера на ГБМ, содержащие IgG. Прямой метод Кунса, х 250.
г – субэпителиальные депозиты разделены выростами lamina densa ГБМ в виде «шипики». Электронограмма х 10000

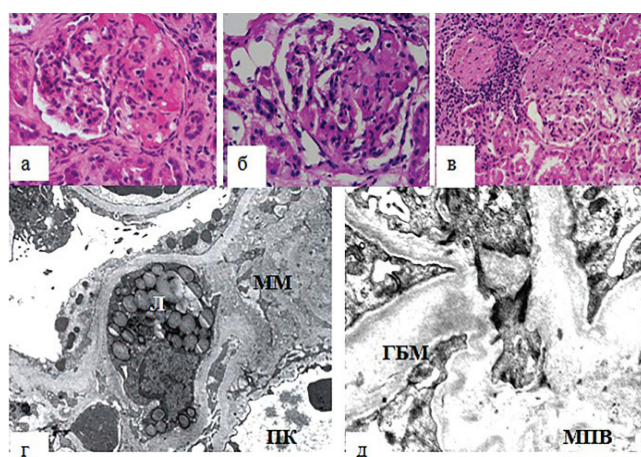


Рис. 2. Фокальный сегментарный гломерулосклероз/ гиалиноз

а – склероз и гиалиноз половины сосудистого пучка; пораженные сегменты тесно спаяны с утолщенной, склерозированной капсулой клубочка. Окраска гематоксилином и эозином, х 200.
б – более 75% сосудистого пучка склерозированы и гиалинизированы. Окраска гематоксилином и эозином, х 200.
в – отдельные клубочки полностью гиалинизированы; склероз стромы с очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией, атрофия канальцев. Окраска гематоксилином и эозином, х 150.
г – резкое расширение мезангия с накоплением мембраноподобного вещества. Липидные включения в мезангиальной клетке. Электронограмма, х 5000.
д – неравномерное резкое утолщение и складчатость ГБМ; расширение мезангия с накоплением мембраноподобного вещества. Электронограмма, х 8000

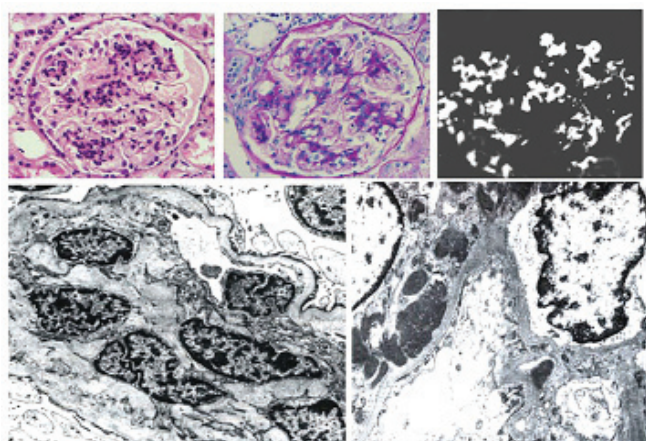


Рис.3. Мезангиопролиферативный гломерулонефрит.

а – выраженная очаговая пролиферация мезангиальных клеток. Окраска гематоксилином и эозином, х 200.
б – очаговое расширение мезангия за счет пролиферации мезангиальных клеток, очаговое неравномерное утолщение ГБМ. PAS- реакция, х 200.
в – иммунные депозиты очагово комковатого характера в мезангии, содержащие IgA. Прямой метод Кунса, х 200.
г – пролиферация мезангиальных клеток, увеличение мезангиального матрикса. Электронограмма, х 500
г – субэндотелиальные и парамезангиальные депозиты. Электронограмма, х 5800

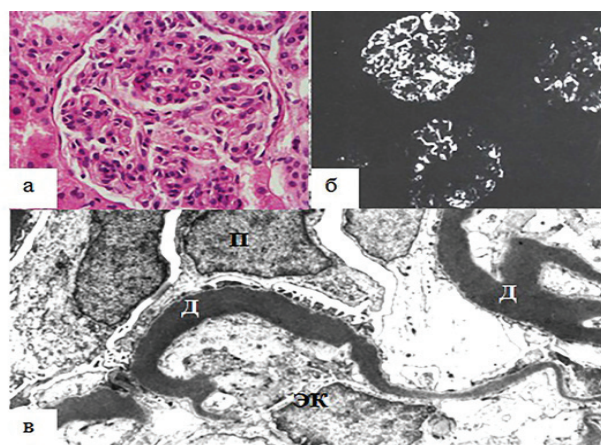


Рис. 4. Мезангиокапиллярный гломерулонефрит

а – диффузное утолщение ГБМ, пролиферация мезангиальных и эндотелиальных клеток. Окраска гематоксилином и эозином, х 200.
б – иммунные депозиты очагово линейного и диффузно гранулярного характера на ГБМ, содержащие C3 – компонента комплемента. Прямой метод Кунса, х 200.
в – очаговое утолщение и истончение ГБМ; интрамембранные депозиты. Электронограмма, х 5350

При ИГ исследовании в 30 наблюдениях обнаружена диффузная фиксация Ig G и Ig M с C3, гранулярного характера на ГБМ и мезангии. При ЭМ исследовании определяются электронно-плотные депозиты среднего или небольшого размеров расположенные, как правило, субэндотелиально или на lamina densa ГБМ. В отдельных случаях отмечены мезангиальные депозиты небольших размеров.

Заключение.

Таким образом, наше исследование показало, что частота морфологических вариантов ГП зависит от особенностей географической среды обитания (высокогорье, низкогорье). Среди морфологических вариантов ГП преобладает МПГН и он с одинаковой частотой встречается как у жителей высокогорья, так и у жителей низкогорья. МКГН отмечен у одной трети больных. Редкими формами ГП являются МИ и ФСГГ. У жителей высокогорья чаще встречается МН (16,1%, против 4,5% в низкогорье, $p < 0,05$).

Литература:

1. Антипова Н.В., Морозова Е.Н., Трофимович Л.П. и соавт. Анализ нефробиопсии за 2006 год. *Нефрол. и диализ*. 2007; 3(9): 322.
2. Беспалова В.М., Цвирко Т.Н. Соотношение между клиническими и морфологическими формами первичных гломерулопатий // *Нефрология*. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 181-185.
3. Вознесенская Т.С., Сергеева Т.К. Нефротический синдром при болезни минимальных изменений (почки), фокальном сегментарном гломерулосклерозе и фокальном мезангиопролиферативном гломерулонефрите. *Терапевтический архив* 2002; 6: 27–31.
4. Калиев Р.Р. Проблемы хронического гломерулонефрита в условиях высокогорья // *Дисс.док.мед.наук*. 14.00.05—Бишкек—2004. — стр. 251.
5. Картамышева Н.Н. Прогрессирование хронического гломерулонефрита: клинико-морфологические взаимосвязи / Н.Н. Картамышева О.В. Чумакова, А.Г. Кучеренко, Т.В. Сергеева // *Нефрология и диализ*. — 2003. — Т. 5, №4. — С. 395–398.
6. Морфологические критерии в прогнозировании течения и исхода гломерулонефритов / Е.А. Дядык, Т.В. Шабохина, М.Д. Иванова и др. // *Морфологічний стан тканин і органів систем організму в нормі та патології* : зб. матеріалів науково-практич. конф. — Тернопіль, 2009. — С. 54–55.
7. Лауринавичюс А.А. Изменчивость заболеваний почек по данным анализа 3442 нефробиоптатов с 1970 по 1989 год // *Дисс.канд.мед.наук*.14.00.15—Москва—1992. — стр. 285.
8. Нестеров Д.В. Патоморфологический анализ биоптатов почки при хроническом гломерулонефрите и тубулоинтерстициальном нефрите // *Дисс. канд. мед. наук*. 14.00.15—Новосибирск — 1997. — стр. 200.
9. Шилов Е.М., редактор. *Нефрология: Учебное пособие для послевузовского образования*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
10. Шулуток Б.И. *Нефрология* 2002. — Санкт-Петербург. Ренкор. — 2002
11. Al-Homrany M.A. Pattern of renal diseases among adults in Saudi Arabia: a clinicopathologic study // *Ethn. Dis.*—1999. —vol. 9(3). —p.463-7.
12. Bohle A., Eichenseher N., Fischbach H. et al. The different forms of glomerulonephritis, morphological and clinical aspects, analysis in 2500 patients. *Klin. Wschr.* 1976; Bd. 54: 59-73.
13. Bohle A., Wehrmann M., Bogenschutz O. et al. The long-term prognosis of the primary glomerulonephritides. A morphological and clinical analysis of 1747 cases // *Pathol. Res. Pract.* — 1992. — vol.188(7). — p.908-24.
14. Briganti E.M., Dowling J., Finlay M. et al. The incidence of biopsy-proven glomerulonephritis in Australia // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2001. — vol.16(7). — p.1364-7.
15. Coresh J, Astor BC, Greene T et al. Prevalence of chronic kidney disease and decreased kidney function in the adult US population: Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Kidney Dis* 2003; 41: 1—12.
16. Rivera F, Lopez-Gomez J.M., Perez-Garcia R. Frequency of renal pathology in Spain 1994-1999 // *Nephrol. Dial. Transplant.* — 2002. — vol.17(9). — p.1594-602.

**ВЛИЯНИЕ ОПИАТНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ НА МОРФОСТРУКТУРЫ
ЭНДОКРИННЫХ ЖЕЛЕЗ (СЕКЦИОННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)**

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье приводятся данные морфоструктурных изменений в щитовидной железе и надпочечниках при опиатной интоксикации. В щитовидной железе отдельные фолликулы растянуты, увеличены в размерах, фолликулярный эпителий низкокубический, вакуолей в коллоиде нет. В надпочечниках в клетках коры значительно уменьшено содержание жира, особенно в клетках клубочковой зоны. Клеточные элементы пучковой зоны уменьшены, превалировали светлые клетки, функционально менее активные.

Ключевые слова: наркотики, отравление опиумом, щитовидная железа и надпочечник.

**АПИЙИ МГЕ УУККАНДА ИЧКИ БЕЗДЕРДИН МОРФОСТРУКТУРАСЫНА ТИЙГИЗГЕН
ТААСИРИ (ӨЛҮКТӨРДҮ ИЗИЛДӨӨНҮН НЕГИЗИНДЕ)**

Турганбаев А.Э., Мукашев М.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада апииймге уугуп өлгөндө кее бир ички бездердин (богок жана бөйрөк бездери) морфоструктурасынын өзгөргөндүгү айтылат. Богок безинде фолликулдар чоюлуп, көлөмүндө чоңоюп турат, коллоиде вакуолдор жокко эсе. Бөйрөк безинде сырткы челинин майы кескин азайган, көбүнчө ак (жарык) клеткалар болгон.

Негизги сөздөр: банги заттар, апииймге уугу, богок без, бөйрөк без.

**INFLUENCE OF OPIATE INTOXICATION ON MORFOSTRUKTURA OF ENDOCRINE
GLANDS (ON THE BASIS OF RESEARCH OF CORPSES)**

Turganbayev A.E., Mukashev M. Sh.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Data the morfostrukturnykh of changes in a thyroid gland and adrenal glands are provided in scientific work at opiate intoxication. In a thyroid gland separate follicles are stretched, increased in sizes, a follicular epithelium low - cubic, a vacuole in a colloid isn't present. In adrenal glands in cells of bark the content of fat, especially in cages of a glomerular zone is considerably reduced. Cellular elements of a puchkovy zone are reduced, light cages, functional less active prevailed.

Keywords: drugs, poisoning with opium, thyroid gland and adrenal gland.

Актуальность темы:

Острые отравления, в том числе и наркотическими веществами (опиатами) как и другие виды насильственной смерти, традиционно являются предметом и объектом исследования судебных медиков.

Диагностика острых отравлений наркотиками важна, во-первых, потому, что отравления наркотическими веществами и смертность от них представляют социальную проблему, во-вторых- делает высоковероятным диагноз хронической наркомании, в третьих- отравления могут быть причиной усугубления течение соматических заболеваний, которые также могут быть конкурирующими по причине смерти.

Кроме всего этого, в Уголовном кодексе КР (2015) имеются статьи, предусматривающие уголовную ответственность за наркотики:

Статья 246- незаконное изготовление, приобретение, хранение, перевозка или пересылка наркотических средств либо психотропных веществ без цели сбыта;

Статья 247- незаконное приготовление, приобретение, хранение, перевозка, пересылка с целью сбыта;

Статья 248- хищение либо вымогательство наркотических средств;

Статья 249- склонение к потреблению наркотических средств;

Статья 250- посев и выращивание

наркотикосодержащих культур;

Статья 251- нарушение установленных правил производства и законного оборота наркотических средств.

Наркомания - одна из главных медицинских и социальных проблем современности, ведет к неуклонному росту смертности от острого отравления наркотическими средствами. По данным [9], число отравлений наркотическими средствами колеблется в пределах 8-12% и более от общего количества отравлений с широким распространением употребления наркотиков в подростковой и молодежной среде с неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью [16,17].

К наркотикам опиатной группы относят сам опиум (содержит более 20 алкалоидов) и выделенные из него в чистом виде морфин, кодеин и их синтетические аналоги, а также папаверин, героин и др. [8].

Термин «наркотическое средство» включает три критерии:

1. Медицинский - если средство оказывает специфическое действие на ЦНС, что является причиной его немедицинского применения;

2. Социальный - если это немедицинское применение принимает такие масштабы, что приобретает социальную значимость;

3. Юридический - если соответствующая инстанция, на то уполномоченная, признала это средство наркотическим и включила в список наркотических средств [1,6].

Наркотики- это вещества или лекарственные средства разных химических классов, способные оказывать специфическое (стимулирующее, седативное, галлюциногенное и др.) действия на ЦНС, имеющие широкое немедицинское применение, законодательно включенные в список наркотических веществ [13].

Статистика отравлений наркотическими средствами из группы опиатов свидетельствует о большой частоте и определенном их росте [2,11].

В России в 2004г. зарегистрировано 342,7 тысяч больных наркоманией, большинство-больные с опийной зависимостью [3].

Смертность от наркотиков в России- около 70 тысяч человек в год, а данные официальной статистики, как правило, в 10-15 раз отличаются от тех цифр, которыми оперируют другие исследователи [5].

За последние два десятилетия [12] употребление наркотических веществ возросло настолько, что в настоящее время ситуация по темпам нарастания приняла характер эпидемии.

Распространенность наркотических веществ в Кыргызской Республике за последние годы стала довольно высокой, что связано с близостью границ с Афганистаном, Таджикистаном и довольно легким трафиком их через границы, слабостью пограничных служб и наличием рынка сбыта, поражая, в основном, лиц молодого, трудоспособного возраста, преимущественно мужского пола.

По данным [4,7,10], пик смертности от отравлений опий содержащими наркотическими веществами по материалам Республиканского центра судебно-медицинской экспертизы МЗ КР, пришелся на 2006 год и составили 5,7% от общего количества судебно-медицинских исследований трупов, а количество отравлений наркотиками в целом в 2006году составили 22,2%. По поло- возрастному составу мужчины составили 94,5%, женщины 5,5%. Высокие показатели смертности выявлены в «цветущем» и зрелом возрасте (от 16 до 48 лет)- 105 случаев, со снижением этих показателей к 49-59 годам и практическим отсутствием смертельных отравлений в возрасте свыше 60 лет.

Известно, что наркотические средства оказывают непосредственное действие на центральную нервную систему. При этом через ЦНС оказывает определенное влияние и на соматику. С.В. Шигеев (2002, 2007) предлагает использовать выраженность и распространенность нарушений макро- и микроциркуляции и дистрофических поражений внутренних органов в качестве дифференциально-диагностических критериев смерти от отравлений наркотиками и от соматической патологии на фоне опийной интоксикации. С учетом этого мнения, мы поставили цель- изучить морфоструктуру некоторых эндокринных желез на секционном материале трупов лиц, погибших от острой опийной интоксикации.

Материал и методы исследования.

Объектами исследования послужили ткань щитовидной железы и надпочечников 30 трупов лиц, умерших от острой опийной интоксикации без сопутствующей эндокринной патологии. Использован гистологический метод исследования препаратов,

окрашенных гематоксилин-эозином, статистический, экспертно-аналитический.

Результаты исследования.

При судебно-гистологическом исследовании ткани щитовидной железы, ее структура сохранена, состоит из мелких или средних размеров фолликулов, выполненных густым коллоидом, без признаков рассасывания, в отдельных случаях с трещинами. Отдельные фолликулы растянуты, увеличены в размерах, фолликулярный эпителий низко-кубический. Вакуолей в коллоиде, характерных для рассасывания, нет. Капилляры органа застойны, полнокровны, в отдельных случаях – в интерстиции выражен отек. Строма отечна, полнокровна. Такая морфологическая картина соответствует пониженной, в отдельных случаях резко пониженной функции щитовидной железы. По мнению [6], состояния фолликулярного эпителия и коллоида позволяют сделать вывод о низкой функциональной активности органа (рис.1).

В надпочечниках при макроскопическом исследовании выявлена картина атрофии коры. При микроскопическом осмотре корковый слой истончен, разделение на зоны не четкое, смазано. В клетках коры значительно уменьшено содержание жира, особенно в клетках клубочковой зоны (рис.2). Клеточные элементы пучковой зоны в отличие от нормы уменьшены, часто их обычные призматические формы утеряны. Между клетками пучковой зоны щели расширены. Клетки пучковой зоны представлены светлыми и темными адренокортикоцистами. Превалирующими явились светлые клетки, функционально менее активные. В зоне граничащей с мозговым слоем значительное накопление желтого пигмента- липофусцина. Мозговой слой представлен темнотазофильными крупными клетками, отделенные от сетчатой зоны своеобразной соединительнотканной прослойкой. Капиллярная сеть железы просматривается плохо, лишь местами видны застойные явления.

Такая морфологическая картина надпочечников указывает на истощение функции железы. Степень атрофии и делипоидизации клеток коры, по мнению [6], коррелирует с темпом смерти и соответствует фазе истощения генерализованного адаптационного синдрома и более глубокое морфометрическое исследование надпочечников могло бы способствовать не только объективизации критериев диагностики наркомании по морфологическим данным, но и разработке методов установления давности употребления наркотических средств.

Выводы: Полученные нами результаты исследований щитовидной железы и надпочечников совпадают с данными других исследователей, которые отмечают фазность ответной реакции эндокринной системы на внешний раздражитель- интоксикацию наркотиками.

Выявленные морфоструктурные изменения в щитовидной железе и надпочечниках могут быть использованы в судебно-медицинской практике в комплексе с результатами судебно-химических исследований при установлении факта употребления наркотических

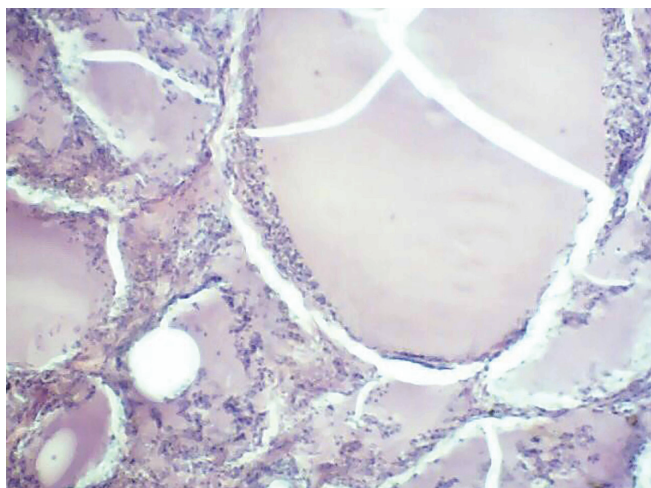


Рис. 1. Растянутый фолликул, густой коллоид с трещинами, отсутствие резорбционных вакуолей. Уплотненный фолликулярный эпителий. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. Ок.7. Об.40.

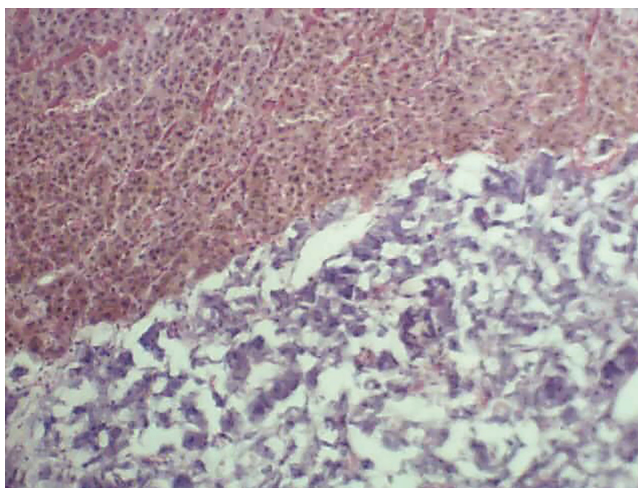


Рис. 2. Застойное полнокровие и делипидизация клеток коры. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. Ок.7. Об.40.

веществ и требует более глубокого морфологического, морфометрического, гистохимического исследований.

Литература:

1. Бабаян Э.А., Гонопольский М.Х. Наркология. цит. по Пиголкину Ю.И. 2004 - М.: Медицина, 1987, 336с.
2. Буромский И.В., Яковлева Ю.Г. Смертельные отравления наркотическими средствами в Москве за период 1995-1999гг. // Перспективы развития и совершенствования судебно-медицинской службы Российской Федерации.: Материалы V Всероссийского съезда судебных медиков.-Москва-Астрахань, 2000,-с. 345.
3. Кошкина Е.А., Киржанова В. Наркологические расстройства. Какие? Сколько? У кого? // Нарконет.-2005.-№4(30).- с. 34-38.
4. Латышова С.Н., Исмаилов Н.К., Мукашев М.Ш. Сравнительный анализ смертельных отравлений алкалоидами опия в г.Бишкек за 2004-2008год. Здравсохранение Кыргызстана, 2009, №2.-стр. 93-95.
5. Мельников В. Социально-медицинские проблемы профилактики наркологических заболеваний в Центральном Федеральном округе. // Нарконет.-2005.-№5 (31)- с. 50-51.
6. Морфологическая диагностика наркотических интоксикаций в судебной медицине. Руководство. Под. ред. Ю.И.Пиголкина, М.: Медицина, 2004, 304с.
7. Мукашев М.Ш., Клычбаев Т.Т. Структурная характеристика суицидальной смерти и смертельных отравлений алкалоидами опия. Вестник КГМА им. И.К. Ахунбаева, 2011, №1.- стр. 36-39.
8. Судебная медицина и судебно-медицинская экспертиза. Национальное руководство. Под. ред. Ю.И. Пиголкина М.:Геотар-Медиа, 2014. с.415.
9. Томилин В.В., Саломатин Е.М. Современное состояние и перспективы развития химико-токсикологических (судебно-химических) исследований в Российской Федерации. Судебно-медицинская экспертиза.- 2001.-№3.-с. 28-33.
10. Тургунбаев А.К., Бокоев Э.А., Бурлуцкий И.С., Омошев А.А., Айтмырзаев Б.Н. Сравнительная характеристика случаев различных видов отравлений по данным РБСМЭ МЗ КР за 2005-2010годы. Вестник КГМА им.И.К. Ахунбаева, 2011, №4,-с.63-67.
11. Фадеев С.П. Роль отравлений наркотиками в структуре летальности.- В книге: Актуальные вопросы теории и практики судебной медицины.-М.,1998.- с. 91-92.
12. Харин Г.М. Краткий курс судебной медицины. Учебное пособие. М., Геотар-Мед., 2006.-294с.
13. Хохлов В.В. Судебная медицина. Руководство. Издание третье, (переработанное и дополненное) Смоленск, 2010. -с.732.
14. Шигеев С.В. Судебно-медицинская диагностика смертельных отравлений препаратами опия (комплексное морфологическое, лабораторное и медико-статистическое исследование): Автореф. дисс...канд. мед. наук.-М., 2002.-24с.
15. Шигеев С.В. Судебно-медицинская экспертиза интоксикаций опиатами. Дисс... д.м.н., М., 2007.
16. Diacovich L., Gorvel J.P. Bacterial manipulation of immunity to promote infection. Nat.Rev Microbiol.2010. Vol.8.№2.P.117-128
17. Wang J., Barke R.A., Ma J., Charboneau R., Roy S. Opiate abuse, innate immunity, and bacterial infectious diseases. Arch. Immunol. Ther. Exp. (Warsz).2008. Vol.56, №5.P. 299-309.

**СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ
ДЕВУШЕК– ПОДРОСТКОВ Г. БИШКЕК С ПОЗИЦИИ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ НАУКИ**

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Кочкорова Ф.А., Максutow Т.Р.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Казанский государственный медицинский университет

Казань, Россия

Резюме. В статье представлены результаты сравнительной оценки физического развития девушек-подростков 15-18 лет с учетом этнической принадлежности: славянских и азиатских национальностей, которые вошли в «Стандарты физического развития детей школьного возраста (7-18 лет) г. Бишкек. (2014г)». Выявленные достоверные различия в группах сравнения, свидетельствуют о наличии этнических различий в показателях физического, несмотря на похожий образ жизни и стереотипы поведения. Отмечены достоверные изменения в показателях физического развития в динамике 10 лет. Составление и регулярное обновление стандартов физического развития может служить улучшению состояния здоровья детской популяции.

Ключевые слова: девушки-подростки 15-18 лет, физическое развитие, стандарты физического развития

**ГИГИЕНАЛЫК ИЛИМ ТАРАБЫНАН КАРАЛГАН БИШКЕК ШААРЫНЫН ӨСПҮРҮМ-
КЫЗДАРЫНЫН ФИЗИКАЛЫК ӨНҮГҮҮСҮНҮН ЗАМАНБАП ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

Атамбаева Р.М., Мингазова Э.Н., Кочкорова Ф.А., Максutow Т.Р.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Казань мамлекеттик медициналык университети

Казань, Россия

Корутунду. Бул макалада улутун эске алуу менен (славян жана азиат улуттары) 15-18 жаштагы өспүрүм-кыздардын физикалык өнүгүүсүнө салыштырмалуу баа берүүнүн натыйжалары көрсөтүлгөн. Аныкталган олуттуу айырмачылыктар жашоо-тиричилигинин жана жүрүм-турумдарынын моделдеринин окшоштугуна карабастан, салыштырылган топтордо этникалык айырмачылыктардын бар экендигин көрсөтүп турат. 10 жыл ичинде физикалык өнүгүү жагынан кыйла өзгөрүүлөр аныкталган. Физикалык өнүгүүнүн стандарттарын түзүү жана үзгүлтүксүз жаңыртуу балдардын ден-соолугунун жалпы абалын мониторингтөөнүн бир мисалы болушу мүмкүн.

Негизги сөздөр: өспүрүм-кыздар, физикалык өнүгүү, физикалык өнүгүүнүн стандарттары.

**MODERN FEATURES OF PHYSICAL DEVELOPMENT OF TEENAGE GIRLS OF THE
CITY OF BISHKEK FROM A POSITION OF HYGIENIC SCIENCE**

Atambaeva R.M., Mingazova E.N., Kochkorova F. A., Maksutov T.R.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Kazan State Medical University

Kazan, Russia

Resume. Results of a comparative assessment of physical development of 15-18 years old girls-pupils of Slavic and Asian nationalities are presented in article. Which were included into «Standards of physical development of school children»s age of 7-18 years of the city of Bishkek». (2014). Reliable distinctions in groups of comparison, despite a similar way of life and stereotypes of behavior are revealed. Reliable changes in indicators of physical development of girls in dynamics of 10 years are noted. It is necessary to make and update «Standards...» easy 10-15 years. For the purpose of population monitoring of the general state of the health of children and teenagers.

Key words: 15-18 years old teenage girls, physical development, standards of physical development.

Общеизвестно, что физическое развитие подчинено не только закономерностям роста и развития, но и зависит от географических, этнических, климатических, социальных, экологических, биогенных и других факторов. Этот показатель здоровья часто выступает как гигиенический критерий объективной оценки повреждающего влияния факторов риска здоровью и эффективности оздоровительных мероприятий [2,3].

Антропометрические данные, собранные в репрезентативных группах детей, являются материалами для построения нормативов (стандартов) физического развития. В своей практической работе врачи (педиатры, подростковые врачи, акушеры-гинекологи, подростковые гинекологи и др.) при проведении углубленных медицинских осмотров детей и подростков получают возможность судить о гармоничности их физического развития.

Цель исследования: изучить современные особенности показателей физического развития девушек-подростков г. Бишкека, провести сравнительную оценку с показателями прошлых лет.

Методы исследования.

Исследованы статистические, гигиенические методы антро-пометрических измерений. Для разработки стандартов физического развития девушек-подростков 15-18 лет были проанализированы показатели 2040 девушек, относящихся к I и II группам здоровья и обучающихся в различных образовательных учреждениях – средних школах, школах-гимназиях и профессиональных лицеях. Для большей точности оценочные таблицы были составлены с учетом этнической принадлежности: показатели девочек и девушек славянских национальностей (русские, украинки, белоруски и др.) и азиатских (киргизки, узбечки, казашки, татарки, дунганки и др.).

При разработке стандартов физического развития были рассчитаны средние квадратичные отклонения для ряда «у» σ и центральная варианта V, для дальнейшего вычисления коэффициента регрессии Ry/x . Как видно из таблицы 1 длина тела девушек с возрастом достоверно увеличивается в обеих наблюдаемых группах: у девушек-азиаток с $160,39 \pm 0,48$ см до $161,62 \pm 0,46$ см ($P < 0,05$), а у девушек-славянок с $164,07 \pm 0,58$ см до $166,71 \pm 0,63$ см ($P < 0,05$), что свидетельствует об интенсивности протекания ростовых процессов в организме девушек 15-18 лет.

Нами была поставлена задача определения количественных изменений показателей масса тела при увеличении длины тела девочек на 1 см. Для определения пределов колебаний индивидуальной массы тела по среднему значению длины тела вычислена сигма регрессии $\pm \sigma R$. На основании данных расчетов были составлены шкалы регрессии, что позволило определить как средние значения массы тела для длины тела, так и индивидуальные колебания массы тела по длине тела для каждой девочки.

Сравнительный анализ показателей физического развития девушек-азиаток и славянок показал, что по всем исследуемым антропометрическим показателям имеются

достоверные различия в группах сравнения, а это в свою очередь, свидетельствует о наличии этнических различий в показателях физического развития, несмотря на похожий образ жизни и стереотипы поведения (таблица 2). Следовательно, для большей точности оценки физического развития детей и подростков необходимо учитывать национально-этническую принадлежность девушек.

Следующим шагом в нашем исследовании было сопоставление показателей физического развития современных девушек-подростков со средне-арифметическими показателями длины и массы тела девушек 15-17 лет кыргызской национальности, проживавших в г. Бишкек, десятилетней давности, представленными в исследованиях Калканбаевой Ч. (2003г.). Результаты сравнительного анализа представлены в таблице 3.

Как видно из таблицы, в динамике десяти лет в показателях длины тела девушек-азиаток 15-17 лет определяется как увеличение (у 15 летних), так и достоверное снижение у 16- и 17-летних девушек. А в показателях массы тела девушек - достоверное увеличение у 15-летних, и снижение у 16-17 летних девушек. Однако делать выводы о закономерностях изменений в динамике 10 лет не представляется возможным, т.к. в исследованиях

Таблица 1.

Показатели (стандарты) физического развития девушек 15-18 лет славянских и азиатских национальностей г. Бишкек

Признак	Возраст (лет)	N	$M \pm m$	δ	V	$R \pm m$	Ry/m	δR
Девушки-азиатки								
Длина тела, см	15	147	$160,39 \pm 0,48$	5,81	3,62			
	16	119	$160,66 \pm 0,62$	6,74	4,19			
	17	99	$161,03 \pm 0,58$	5,77	3,58			
	18	140	$161,62 \pm 0,46$	5,41	3,35			
Масса тела, кг	15	147	$51,79 \pm 0,58$	7,06	13,63	$0,36 \pm 0,072$	0,44	6,58
	16	119	$52,49 \pm 0,67$	7,26	13,82	$0,49 \pm 0,070$	0,53	6,32
	17	99	$53,85 \pm 0,76$	7,57	14,06	$0,33 \pm 0,090$	0,44	7,14
	18	140	$54,03 \pm 0,52$	6,13	11,34	$0,27 \pm 0,078$	0,30	5,90
Девушки-славянки								
Длина тела, см	15	167	$164,07 \pm 0,58$	7,45	4,54			
	16	93	$165,18 \pm 0,62$	5,27	3,19			
	17	100	$166,31 \pm 0,63$	6,29	3,78			
	18	99	$166,71 \pm 0,63$	6,22	3,73			
Масса тела, кг	15	167	$54,20 \pm 0,60$	7,78	14,36	$0,51 \pm 0,057$	0,54	6,68
	16	93	$57,07 \pm 0,63$	5,58	9,79	$0,47 \pm 0,091$	0,50	4,93
	17	100	$57,47 \pm 0,82$	8,22	14,30	$0,23 \pm 0,095$	0,30	7,99
	18	99	$58,28 \pm 0,67$	6,85	11,75	$0,41 \pm 0,084$	0,45	6,26

Таблица 2.

Сравнительная оценка показателей физического развития девушек 15-18 лет азиатских и славянских национальностей

Признак	Возраст (лет)	Девушки-азиатки	Девушки-славянки	Критерий достоверности	Р
		М ± м	М ± м	Т	
Длина тела, см	15	160,39 ± 0,48	164,07 ± 0,58	4.89	P<0,05
	16	160,66 ± 0,62	165,18 ± 0,62	5.16	P<0,05
	17	161,03 ± 0,58	166,31 ± 0,63	6.17	P<0,05
	18	161,62 ± 0,46	166,71 ± 0,63	6.53	P<0,05
Масса тела, кг	15	51,79 ± 0,58	54,20 ± 0,60	2.89	P<0,05
	16	52,49 ± 0,67	57,07 ± 0,63	4.98	P<0,05
	17	53,85 ± 0,76	57,47 ± 0,82	3.24	P<0,05
	18	54,03 ± 0,52	58,28 ± 0,67	5.01	P<0,05

Таблица 3.

Сравнительный анализ изменений в показателях длины и массы тела девушек-киргизок в динамике десяти лет (2003-2013гг.)

Признак	Возраст (лет)	Показатели исследования 2003г.	Показатели исследования 2013г.	Т	Р
		М ± м	М ± м		
Длина тела, см	15	158,4 ± 1,03	160,39 ± 0,48	1,76	P>0,05
	16	163,2 ± 1,01	160,66 ± 0,62	2,17	P<0,05
	17	164,8 ± 1,02	161,03 ± 0,58	3,22	P<0,01
Масса тела, кг	15	46,3 ± 1,04	51,79 ± 0,58	4,65	P<0,001
	16	53,2 ± 1,04	52,49 ± 0,67	0,60	P>0,05
	17	53,9 ± 1,10	53,85 ± 0,76	0,04	P>0,05

Калканбаевой Ч. (2003) было изучено физическое развитие девушек в численном эквиваленте значительно меньше, чем того требуется для сопоставления Стандартов физического развития. Об этом свидетельствует высокая ошибка средней арифметической ($\pm m$) – более единицы (от 1,01 до 1,10).

В тоже время, полученные нами статистически достоверные различия снижения ростовых показателей можно объяснить тем, что эти подростки родились в сложный период социально-экономических преобразований, для которого был характерен высокий уровень распространенности бедности и крайней бедности среди населения.

Кроме того, были получены интересные результаты при сопоставлении показателей физического развития современных девочек с аналогичными показателями исследования П.П. Афанасенко за 1961г. - «Стандарты

физического развития школьников г. Фрунзе в возрасте 7-14 лет» (таблица 4).

Как видно из таблицы, среднеарифметические показатели длины тела школьниц киргизской национальности г. Бишкек в динамике за пятьдесят лет достоверно увеличились. Аналогичные изменения росто-весовых показателей в полувековой динамике наблюдаются и среди девочек русской национальности (рисунок 1).

Таким образом, составление и регулярное обновление таких стандартов могут служить примером популяционного мониторинга общего состояния детской популяции и изменений под влиянием факторов внешней среды. Поэтому стандарты физического развития требуют регулярного обновления каждые 10 лет, а при их составлении должна учитываться этническая принадлежность.

Таблица 4.

Сравнительный анализ изменений в среднеарифметических показателях длины тела девочек-киргизок 8-14 лет в 1961 и в 2013гг.

Признак	Возраст (лет)	1961 г.	2013г.	Р
		$M \pm m$	$M \pm m$	
Длина тела, см	8	123,0 $\pm$ 0,46	125,4 $\pm$ 0,46	P<0,05
	9	126,9 $\pm$ 0,54	130,5 $\pm$ 0,50	P<0,01
	10	134,0 $\pm$ 0,56	136,4 $\pm$ 0,53	P<0,05
	11	138,9 $\pm$ 0,59	142,8 $\pm$ 0,75	P<0,01
	12	144,4 $\pm$ 0,62	148,0 $\pm$ 0,62	P<0,01
	13	150,1 $\pm$ 0,68	154,4 $\pm$ 0,66	P<0,001
	14	154,6 $\pm$ 0,51	158,2 $\pm$ 0,54	P<0,001
Масса тела, кг	8	24,5 $\pm$ 0,24	25,2 $\pm$ 0,37	P>0,05
	9	26,5 $\pm$ 0,28	28,4 $\pm$ 0,43	P<0,01
	10	30,1 $\pm$ 0,34	30,6 $\pm$ 0,47	P>0,05
	11	33,1 $\pm$ 0,39	35,5 $\pm$ 0,61	P<0,01
	12	36,6 $\pm$ 0,49	39,6 $\pm$ 0,62	P<0,001
	13	43,0 $\pm$ 0,56	43,7 $\pm$ 0,61	P>0,05
	14	46,9 $\pm$ 0,57	47,3 $\pm$ 0,57	P>0,05

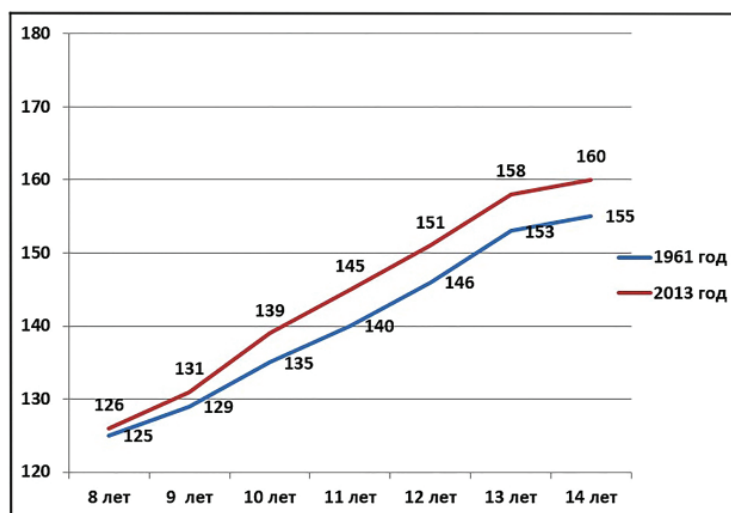


Рисунок 1. Динамика изменений среднеарифметических показателей длины тела русских девочек в 1961 и 2013 гг.

Литература:

1. Афанасенко, П.П. Физическое развитие школьников города г. Фрунзе: автореф. дис. ... канд. мед.наук: 14.00.09. - Фрунзе, 1964.- 22 с.

2. Баранов, А.А. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы) / Под ред. А.А. Баранова, Я. Щеплягиной. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – Том I.– 464 с.

3. Година, Е.З. Показатели роста и развития детей и подростков как отражение происходящих в обществе процессов / Е.З. Година // Науки о человеке в современном мире: философский век: альманах. – СПб.: Центр истории идей, 2002. – Вып. 21. – С. 184-193.

4. Калканбаева, Ч. Особенности становления и реализации репродуктивной функции у женщин с эндемичным зобом: автореф. дис. ... д-ра мед.наук: код спец-ти / Ч. Калканбаева. – Бишкек. – 2003. – 42 с.

**РОЛЬ И МЕСТО ФИЗИОТЕРАПИИ И ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ
В ПОДГОТОВКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

**Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Сманова Дж.К.,
Джаманкулова Н.М., Карагулова М.Ш.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье представлены значение физических методов лечения в комплексной реабилитации больных. Описаны основы физиологического действия на организм и саногенетические механизмы физической терапии при различных заболеваниях.

Ключевые слова: физиотерапия, лечебная физкультура, реабилитация.

**ФИЗИОТЕРАПИЯ ЖАНА ДАРЫЛОО ДЕНЕ ТАРБИЯ ЖАЛПЫ ПРАКТИКА
ДАРЫГЕРЛЕРИНИН ДАЯРДООСУНДАГЫ РОЛУ ЖАНА ОРДУ**

**Алымкулов Р.Д., Саралинова Г.М., Сманова Дж.К.,
Джаманкулова Н.М., Карагулова М.Ш.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Орус Славян университети
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Берилген иште физикалык ыкмалардын оорулуулардын комплекстүү реабилитациясында берген таасири. Организмге физикалык ыкмалардын ар түркүн ооруларында тийген таасири жана саногенездик механизми жазылган.

Негизги сөздөр: физиотерапия, дарылоо дене тарбиясы, реабилитация.

**THE ROLE AND PLACE OF PHYSICAL THERAPY AND PHYSICAL CULTURE
IN THE PREPARATION OF THE GENERAL PRACTITIONER**

**Alymkulov R.D., Saralinova G.M., Smanova J.K.,
Djamankulova N.M., Karagulova M.Sh.**

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Kyrgyz-Russian Slavic University named after B.N. Yeltsin
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. An article presents the importance of physical therapies in the complex rehabilitation of patients. Describe the basis for the body and the mechanisms sanogenetic physical therapy for various diseases.

Keywords: physical therapy, physiotherapy, rehabilitation.

В рамках реформирования высшего образования, одной из целей которого является внедрение отечественных образовательных программ в мировое образовательное пространство, Министерством образования и науки Кыргызской Республики были приняты новые Государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования 3-го поколения, в том числе и по медицинским специальностям. В частности, на факультете «Лечебное дело» учебные программы как на до так и последипломном этапе нацелены на подготовку врача общей практики. В результате в базовую часть профессионального цикла обучения был введен раздел – реабилитационная деятельность, призванный сформулировать у студентов и врачей – интернов ряд профессиональных компетенций в области клинической реабилитологии. Это обусловлено тем, что именно на врачей общей практики приходится основная нагрузка в части диспансеризации и реабилитации больных после различных заболеваний или травм.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ): «Реабилитация - это комбинированное и координированное применение медицинских, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума на оптимум его трудоспособности».

По определению российских исследователей, в частности профессора В.А. Епифанова(2008): «Реабилитация – это динамическая система взаимосвязанных медицинских, психологических и социальных компонентов (в виде тех или иных воздействий и мероприятий), направленных не только на восстановление и сохранение здоровья, но и на возможно более полное восстановление (сохранение) личности и социального статуса больного или инвалида».

По мнению Г.Н. Понаморенко (2014) диалектика структурных и функциональных изменений организма в процессе болезни определяет возможность использования различных по интенсивности физических методов и средств как для лечения, так и для последующей реабилитации больных. Тесная взаимосвязь лечебного и реабилитационного процесса определило формирование в 70-е годы XX века в мировой медицине новой медицинской специальности – «Физическая и реабилитационная медицина», получившей широкое международное признание. Такая связь нашла свое отражение и в структуре каталога компетенций выпускника Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева по специальности «Лечебное дело» (врач общей практики) в разделе «Медицинская реабилитация». Данный раздел включает в себя освещение вопросов общей и частной физиотерапии, курортного лечения, а

так же врачебного контроля и лечебной физкультуры в комплексной реабилитации больных взрослых и детей. Это объясняется тем, что именно физические методы лечения играют главенствующую роль в системе медицинской реабилитации.

В частности на додипломном уровне учебная программа по общей физиотерапии включает изучение студентами основных разделов физической медицины, таких как электролечение, светолечение, водо-, теплолечение и основы курортной терапии. Помимо этого в учебной программе предусмотрено освещение основ спортивной медицины, а именно диспансеризация и реабилитация спортсменов в послестартовом периоде, после заболеваний или травм. Особое место в программе уделено преподаванию лечебной физкультуры на всех этапах лечения и реабилитации больных с различными патологическими состояниями.

Учебная программа построена с учетом компетенций врача общей практики таким образом, что после окончания обучения выпускник способен давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от стадии заболевания, этапа лечения, морфофункционального статуса, определять показания и противопоказания к назначению средств лечебной физкультуры, физиотерапии для проведения комплексного лечения и реабилитации взрослого населения и детей.

На последипломном уровне врачами интернами планируется изучение частной физиотерапии и лечебной физкультуры. Особое место в программе уделено преподаванию лечебной физкультуры на всех этапах лечения и реабилитации больных с различными патологическими состояниями. Из большого арсенала средств и методов физиотерапии и лечебной физкультуры врачам-интернам будут предложены к применению только те методы, эффективность которых доказана солидными исследованиями, выполненными с учетом доказательной физиотерапии. Следует признать, что ряд методик уже устарели или не подтвердили свою эффективность. Поэтому при планировании реабилитационных мероприятий в каждом конкретном случае следует исходить из максимальной полезности.

Говоря о доказанности, необходимо отметить, что большинство используемых в современной физиотерапии методик подтвердили свою клиническую эффективность путем многократных как экспериментальных, так и клинических испытаний. Это в равной степени относится к применению факторов электромагнитной природы, оптического излучения, средств механической и термической природы, факторов курортной терапии, а также многих методов лечебной гимнастики, без использования которых полноценное восстановление функций органов и систем не представляет возможным.

Вместе с тем, конечно же, необходимо продолжить исследования по изучению эффективности уже известных и поиску новых методов физиотерапии в лечении и реабилитации больных взрослых и детей.

По В.С. Улащику (2003) медицинская реабилитация должна основываться на универсальном системном принципе, в связи с чем в реабилитационных

мероприятиях преимущественно следует использовать методы и средства с системным полифункциональным характером действия. К числу таких средств прежде всего относятся лечебные физические факторы, а именно физиотерапия и лечебная физкультура. Физиотерапия – сложилась в отечественном здравоохранении как самостоятельная отрасль, медицинская наука и учебная дисциплина, значительно опережающая в своем развитии уровень ее в зарубежных странах, и, если мы не хотим утратить это одно из немногих преимуществ нашей медицины, абсолютизировать диктат фармакоиндустрии, лишить пациентов доступной помощи, необходимо и далее всемерно содействовать развитию и совершенствованию физиотерапии по всем направлениям, в том числе и в применении ее на всех этапах медицинской реабилитации.

Физическая реабилитация, последовательность применения и этап реабилитации определяется характером течения заболевания, общим состоянием больного. В последние годы она становится более успешным благодаря внедрению принципов доказательной медицины в ведении больных на дореабилитационном этапе. Непрерывность и комплексность являются принципами реабилитационных мероприятий.

Следует признать, что на рубеже XX – XXI веков усилиями профессора Г.Н. Понамаренко (2011) получила развитие одна из ветвей доказательной медицины – доказательная физиотерапия со своей методологией и основными понятиями.

Доказательная физиотерапия – сознательное, четкое и рассудительное использование имеющихся лучших доказательств для принятия решения об использовании лечебных физических факторов конкретному пациенту. Такое решение подразумевает интеграцию полученных в исследованиях лучших доказательств с профессиональными знаниями врачей и личными предпочтениями больного. Базовыми понятиями доказательной физиотерапии являются достоверность и эффективность лечения.

Другим важным разделом медицинской реабилитации, которым должен владеть врач общей практики это применение лечебной физической культуры с целью восстановления утраченных функций органов и систем последовавших в следствии болезней или травм (Алымкулов Р.Д. и др. 2012).

Основными задачами в работе врача общей практики, в части медицинской реабилитации является ускорение у больных восстановительных процессов и предотвращение или уменьшение опасности дефекта или инвалидизации.

По мнению В.А. Елифанова (2006, 2008) невозможно обеспечить функциональное восстановление, если не учитывать естественного стремления организма к движению. Поэтому лечебная физическая культура (ЛФК) должна стать главным оружием врача общей практики для медицинской реабилитации больных.

Сущность метода ЛФК в том, что он биологичен и адекватен как здоровому так и больному человеку.

Биологической основой ЛФК является движение как естественно-биологический стимулятор организма, который стал потребностью современного человека.

Социальное значение ЛФК обусловлено ее влиянием на здоровье человека.

Физиологическая основа ЛФК состоит в медицинской реабилитации, рассматривающей влияние физических упражнений на функциональное состояние организма человека в норме и при патологии.

ЛФК является научно доказанным, патогенетически обоснованным методом терапии: систематическое применение физических упражнений влияет на реактивность организма, изменяет как общую реакцию, так и ее местные проявления.

Основные и наиболее общие принципы применения ЛФК как метода медицинской реабилитации по В.А. Епифанову:

1. Целенаправленность методик ЛФК, предопределяемая конкретным функциональным дефицитом в двигательной, чувствительной, вегетативно-трофической и других системах человеческого организма;

2. Дифференцированность методик ЛФК в зависимости от функционального дефицита и от степени его выраженности;

3. Адекватность нагрузки ЛФК индивидуальным возможностям больного по общему состоянию кардиореспираторной и локомоторной систем и по резервным возможностям функциональной системы и др.;

4. Своевременность применения методик ЛФК на раннем этапе заболевания с целью максимально возможного использования сохраненных функций для восстановления нарушенных и эффективного приспособления при невозможности полного восстановления функционального дефицита;

5. Последовательная стимуляция активных воздействий путем расширения средств ЛФК, возрастания нагрузок на определенные функции и на весь организм;

6. Комбинированность применения средств ЛФК в зависимости от периода функционального дефицита, степени его выраженности, возможности восстановления функции и этапов реабилитации пациента.

7. Комплексность применения методик ЛФК в сочетании с медикаментозной, физио-бальнео-рефлексотерапией и другими специфическими лечебными факторами.

Важную роль в реабилитации должны занять курорты с их неоценимыми возможностями использования естественных и преформированных физических факторов, способствующих восстановлению здоровья. Еще в 1973 году группа экспертов ВОЗ по реабилитации рекомендовала использовать курорты и санатории для реабилитации больных.

Основные цели реабилитации могут быть достигнуты, если ее задачи будут решаться с соблюдением следующих принципиальных положений:

1. По возможности раннее начало реабилитации, органически включаемой в процессе лечения.

2. Комплексность в построении программы реабилитации для каждого больного с учетом всех выше указанных аспектов, с участием медиков, социологов, психологов, специалистов ЛФК, физиотерапевтов, педагогов, социального страхования и юристов. Координирует всех в стационаре лечащий врач, а в

амбулаторных условиях врач общей практики.

3. Индивидуализация программ реабилитации, где учитывается специфика нарушения функций организма при данном заболевании, особенности течения заболевания и другие.

4. Коллегиальность в решении вопросов построения программы реабилитации для каждого больного, перевода его от этапа к этапу.

5. Непрерывность и завершенность реабилитации. Начатые в условиях стационара реабилитационные мероприятия должны проводиться непрерывно в санатории, центрах семейной медицины и дома.

6. Преемственность между этапами. Необходима полная информация о состоянии больного в динамике.

7. Осуществление реабилитации преимущественно в коллективе больных с сохранением принципа индивидуального подхода.

8. Восстановление трудоспособности с возвращением к активной общественно полезной деятельности.

9. Доступность реабилитации для всех лиц, нуждающихся в ней.

10. Гибкость реабилитационной службы, ее приспособляемость к меняющейся структуре заболеваемости с учетом социальной значимости того или иного заболевания.

Таким образом, наиболее полно и эффективно задачи реабилитации решаются в том случае, если программа ее реализуется поэтапно в стационаре, затем в санатории и завершается в условиях центров семейной медицины с преимущественным использованием физических методов лечения.

Проведение основных мероприятий по реабилитации больных и инвалидов ложится на врачей общей практики, и в этой связи включение в учебный план как на до так и последипломном уровнях обучения оправдано так как именно физические факторы в полной мере будут содействовать развитию процессов восстановления, компенсации или адаптации – основных процессов саногенеза.

Литература:

1. Алымкулов Р.Д., Алымкулов Д.А., Саралинова Г.М., Калюжная О.А. // *Врачебный контроль и основы лечебной физкультуры (учебное пособие)*. – Бишкек, 2012. – 125с.
2. Епифанов В.А. // *Медицинская реабилитация (книга)*. – Москва, 2008. – 351с.
4. Епифанов В.А. // *Лечебная физическая культура (учебное пособие)*. – Москва, 2006. – 567с.
5. Епифанов В.А. // *Восстановительная медицина (учебник)*. – М., 2012.
6. Пономаренко Г.Н. // *Доказательная физиотерапия (монография)*. – Санкт – Петербург, 2011. – 175с.
7. Пономаренко Г.Н. // *Общая физиотерапия (учебник)*. – Москва, 2012. – 365с.
8. Улащик В.С. // *Физиотерапия в современной медицине, ее достижения и перспективы развития/Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры.* – 2003. – №1. – С.9-18.
9. Улащик В.С., Лукомский И.В. // *Общая физиотерапия (учебник)*. – Минск, 2008. – 510с.

ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ И ШЕЕЧНО-ПЕРЕШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЦЕРВИКОРЕЗЕКТОСКОПИИ

Байгазаков А.Т.,¹ Маманов Н.А.,¹ Осмоналиев Б.К.,^{1,2} Абдиева А.М.,¹ Акылбеков Р.А.²

¹Эндовидеохирургический центр ЮРФА-Clinic

²Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель работы разработать органосохраняющий метод лечения шейной и шейно-перешеечной беременности. Цервикорезектоскопия была произведена 8 женщинам в возрасте от 22 до 31 года. После общеклинических и специфических методов обследования в условиях операционной под внутривенной анестезией, под контролем УЗИ осуществляли пункцию амниотической оболочки плода с эвакуацией его жидкости, вместо него вводился метотрексат. На следующий день под внутривенной анестезией вводили гистерорезектоскоп и производили удаление редуцированного метотрексатом плодного яйца. Специфических осложнений, связанных с операцией, не было. Пациентки на 4-6 сутки после операции были выписаны из клиники с выздоровлением. Благоприятный исход оправдывает выбранную нами тактику лечения этих тяжелых патологий для сохранения детородной функции.

Ключевые слова: шейная беременность, гистерорезектоскоп, цервикорезектоскопия.

ЦЕРВИКОРЕЗЕКТОСКОПИЯНЫН КОЛДОНУУСУ МЕНЕН ЖАТЫН МОЙНОГУНДАГЫ ЖАНА ЖАТЫН МОЙНОГУНА ЧЕЙИНКИ ЖАЙГАШКАН КОШ БОЙЛУУЛУКТАН МҮЧӨ САКТАП КАЛУУ ЫКМАСЫ

Байгазаков А.Т.,¹ Маманов Н.А.,¹ Осмоналиев Б.К.,^{1,2} Абдиева А.М.,¹ Акылбеков Р.А.²

¹ Бишкек шаарындагы ЮРФА-Clinic Эндовидеохирургия борбору

² И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Изилдөөнүн максаты – жатын мойногундагы жана жатын мойногуна чейинки жайгашкан кошбойлуулукта цервикорезектоскопия ыкмасынын натыйжалуулугу. Гистерорезектоскопия 22 жаштан 31 жашка чейинки 8 кошбойлуу аялга колдонулган. Жалпы клиникалык жана өзгөчө изилдөөлөрдөн кийин, операция жасоочу жайдын шартында кантамыр анестезиясында, УДИнүн көзөмөлүнүн алдында, күмөн жумурткасынын пункциясы менен бирге каканак суусу сордурулуп, метотрексат куюлган. Эртеси күнү кан тамыр анестезиясынын алдында гистероскоп киргизилип, күмөн жумурткасы редуцияланган. Операция менен байланыштуу спецификалык кабылдоолор болгон эмес. Бейтаптар 4-6 күндүн ичинде сакайып, клиникадан чыгарылган. Биз тандаган жаңы ыкма, аталган оор дартты сакайтуу менен бирге, бала төрөө мүмкүнчүлүгүн сактайт.

Негизги сөздөр: жатын мойногундагы кошбойлуулук, гистерорезектоскоп, цервикорезектоскопия.

ORGAN-PRESERVING METHOD OF TREATMENT OF THE CERVICAL AND ISTHMO-CERVICAL PREGNANCY WITH THE USE OF CERVICORESECTOSCOPY

Baygazakov A.T.,¹ Mamanov N.A.,¹ Osmonaliev B.K.,^{1,2} Abdieva A.M.,¹ Akylbekov R.A.²

¹ Endovideohirurgichesky Center URFA-Clinic

² I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Purpose to evaluate the effectiveness of cervicoresectoscopy in treatment of cervical and isthmico-cervical pregnancy. Cervicoresectoscopy was made 8 women aged 22 to 31 years. After general clinical and special methods of examination in the operating room under intravenous anesthesia, ultrasound-controlled puncture was performed on the gestational SAC with evacuation of its liquid contents into the cavity of the ovum was injected methotrexate. The next day, under intravenous anesthesia was administered hysteroresectoscopy and deletes reduced ovum. Specific complications associated with surgery, was not. The patient for 4-6 days after surgery were discharged from hospital with recovery. A favorable outcome justifies the chosen tactics of treatment of these severe pathologies to preserve fertility.

Key words: cervical pregnancy, hysteroresectoscopy, cervicoresectoscopy.

Введение.

Внематочная беременность – это имплантация оплодотворённого плодного яйца вне полости матки. По литературным данным внематочной беременность варьирует в пределах от 1 до 2% от всех исходов беременности. 97 - 98% случаев эктопических беременностей приходится на трубную локализацию. Из многих вариаций эктопической беременности, шейная и шейно-перешеечная беременности относится к редким формам беременности. Частота этой формы внематочной беременности составляет от одного случая на 2400 до 1 на 50000 беременностей [1-3]. Шейная и шейно-перешеечная

беременность препровождают тяжелую угрозу не только для здоровья, но и для жизни пациентки. Причиной смерти в 75-85% случаев данной формы эктопической беременности является профузное маточное кровотечение [3-5]. В настоящее время, как основной способ лечения, многие авторы в основном описывают оперативный метод лечения, заключающийся в экстирпации матки по жизненным показаниям, так как профузное кровотечения при попытке пальцевого или кюретажного выскабливания приводит в 80-90% случаев к смертельному исходу [2, 4, 6]. Экстирпация матки исключает наступление беременности у оперированной женщины в будущем, ее радикальность

носит инвалидизирующий характер. Для пациентки весьма важным является сохранение органов репродуктивной системы и детородной функции. Другие вмешательства, как наложение швов на кровоточащие сосуды шейки матки, консервативно-пластическая операция на шейке матки с иссечением ложа плодовместилища, не могут быть рекомендованы для широкой практики из-за большого риска и малой эффективности. [5].

Поэтому в настоящее время поиск органосохраняющего метода лечения при шеечной и шеечно-перешеечной беременности является весьма актуальной задачей в гинекологии.

Материал и методы. Представляются результаты цервикорезектоскопии 8 пациенток в возрасте от 22 до 31 года. Все пациентки госпитализированы с установленным диагнозом прогрессирующей шеечной и шеечно-перешеечной беременности в сроках 5-7 недель. Всем женщинам проводились общеклинические и специфические методы исследования: общий анализ крови и мочи, ПТИ, МНО, фибриноген, группа крови и резус-фактор, ХГЧ, УЗИ, ЭКГ.

В первый день в условиях операционной под внутривенной анестезией при положении пациентки на операционном гинекологическом кресле после соответствующей обработки операционного поля обнажали шейку матки зеркалами и фиксировали ее пулевым щипцом по верхней полуокружности. Устанавливали вагинальный ультразвуковой датчик на передний свод (можно применять и трансабдоминальное сканирование при заполнении мочевого пузыря теплым раствором фурациллина). Под контролем ультрасонографии с помощью стерильной одноразовой иглы для перидуральной анестезии Tuohе осуществляли пункцию амниотической оболочки плодного яйца с эвакуацией его жидкого содержимого. Затем, не вынимая пункционную иглу, в полость плодного яйца вводился метотрексат 50 мг. Иглу извлекали, и влагалище рыхло тампонируют. Вторым этапом на следующий день в условиях операционной под внутривенной анестезией цервикальный канал под контролем ультразвукового исследования расширяли до 5 мм и проводили обзорную гистерорезектоскопию. После оценки ситуации цервикальный канал расширяли до 10 мм. В цервикальный канал вводили гистерорезектоскоп диаметром 10 мм и производили удаление редуцированного плодного яйца с одновременным гемостазом монополярной коагуляцией. Плодное яйцо фрагментами извлекали из полости матки. С целью профилактики рецидива кровотечения из ложи плодовместилища осуществляли тампонаду раневой поверхности гемостатической пластиной «Тахокомб», которой окутывали баллон уретрального катетера Фолея №16. Баллон раздували нагнетанием физ. раствора в количестве 5-8 мл и, подтягивая катетер, фиксировали «Тахокомб» к ране цервикального канала. Мочевой катетер оставляли в умеренно натянутом положении путем дополнительной фиксации бинтом в коленную область. Мочевой катетер удаляли на 3 сутки, постепенно уменьшая объем его баллона.

Результаты и обсуждение. В раннем послеоперационном периоде у пациенток с шеечной и шеечно-перешеечной беременностью специфических

осложнений, связанных с цервикорезектоскопией не было, болевой синдром был минимальный. Проводился контроль уровня ХГЧ и УЗИ в динамике, и во всех случаях отмечалась положительная динамика послеоперационного периода. Пациентки на 2-3 сутки активировались, на 4-6 сутки после операции были выписаны из клиники с выздоровлением. Использование лишь гистероскопической технологии в лечении эктопической беременности опасно из-за развития кровотечения из ложи плодовместилища цервикального канала. Поэтому данный метод нами дополнен предварительным проведением интраамниотической редукции препаратом метотрексат в дозе 50 мг под контролем УЗИ. Метотрексат это мощный цитостатический препарат, ингибирует развитие эмбриона, вызывает лизис хориональной ткани и частичную отслойку плодного яйца от плодовместилища. Интраамниотическое введение метотрексата в минимально допустимой дозе (50 мг) исключает системные побочные эффекты и иммунодепрессию. Гемостатический эффект разработанного способа обусловлен двумя факторами: монополярной коагуляцией гистерорезектоскопа и местным применением гемостатической пластины «Тахокомб».

Закключение. Таким образом, благоприятный исход в наших клинических наблюдениях оправдывает разработанную нами тактику лечения этих тяжелых патологий у молодых женщин.

Полученные результаты доказывают эффективность и безопасность нашего метода лечения, что позволяет рекомендовать для лечения шеечной и шеечно-перешеечной беременности с целью сохранения детородной функции женщины.

Литература:

1. Внутриматочная патология: клиника, гистероскопическая диагностика и лечение: учебно-метод. пособие / под ред. профессора У.Б. Рудаковой. М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 80с.: ил.
2. Кондриков Н.И. Патология матки. М.: Практическая медицина, 2008. - 334 е.: ил.
3. Кулаков В.И., Шмаков Г.С. Миомэктомия и беременность. М.: МЕДпресс-информ, 2001. - 344с.
4. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Эндоскопия в гинекологии. М.: Медицина. 2000. - 383 с.
5. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р. Принципы гистероскопической хирургии (гистерорезектоскопии) // В книге: Эндоскопия в диагностике и лечении, мониторинге женских болезней. М, 2000. - С. 484-501.
6. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Шукина Н.А., Попов А.А. Оперативная гинекология М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 320 е.: ил

КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ

Жусупова А.Т., Турузбекова Б.Д.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Для оценки клинико-диагностической характеристики больных с посттравматической эпилепсией было обследовано 43 пациента. Выявлено, что у пациентов с посттравматической эпилепсией определяется преобладание простых парциальных приступов и приступов со вторичной генерализацией. Нейровизуализационно-электроэнцефалографическое картирование определило в большинстве случаев соответствие в структуре эпилептогенных морфологических повреждений головного мозга с источником эпилептической активности в пораженной зоне.

Ключевые слова: посттравматическая эпилепсия, нейровизуализация, электроэнцефалография.

БАШ МЭЭСИННИН ЖАРАКАТЫНЫН НЕГИЗИНДЕГИ ТАЛМА ООРУЛУУЛАРЫНЫН КЛИНИКАЛЫК-ДИАГНОСТИКАЛЫК МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Жусупова А.Т., Турузбекова Б.Д.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Баш мээсинин жаракатынын негизиндеги талма оорулууларынын клиникалык–диагностикалык мүнөздөмөсүн баалоо үчүн 43 оорулуу текшерүүдөн көрүлдү. Баш мээнин жаракатынын негизиндеги талма оорулууларында экинчи ирет генерализация менен жөнөкөй парциалдык приступтардын басымдык кылынышы аныкталды, ал эми нейровизуализациялык–электроэнцефалографиялык картирование көпчүлүк учурларда баш мээсинин жабыркоосунун эпилептогендик морфологиялык структурасында жабыркаган аймактын эпилептикалык активдүүлүгүнүн булагы менен дал келиши айкын болду.

Негизги сөздөр: баш мээсинин жаракатынын негизиндеги талма, нейровизуализация, электроэнцефалография.

CLINICAL AND DIAGNOSTIC PROFILES OF POST TRAUMATIC EPILEPSY PATIENTS

Jusupova A.T., Turuzbekova B.D.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. There were examined 43 patients to evaluate the clinical and diagnostic characteristics of patients with post-traumatic epilepsy. There was predominance of simple partial seizures and secondarily generalized seizures among them. The neuroimaging-electroencephalographic mapping revealed conformity between the morphological structure of epileptogenic brain damage and the source of epileptic activity in the affected area.

Keywords: post-traumatic epilepsy, neuroimaging, electroencephalography.

В общей сложности группой синдромов, объединенных в понятие «эпилепсия», поражены более 50млн. человек в мире. Одна из наиболее частых идентифицированных причин эпилепсии – черепно-мозговая травма (ЧМТ). У пациентов, перенесших ЧМТ, частота развития посттравматической эпилепсии составляет по данным многочисленных исследований от 5 до 50%, а её течение часто имеет прогрессивный характер (Михайленко А.А. и соавт., 1993; Одинак М.М., Дыскин Д.Е., 1997; Макаров А.Ю. и соавт., 2001, 2002; Авакян Г.Н. и соавт., 2004).

Проблема диагностики и медикаментозного лечения посттравматической эпилепсии остаётся одной из наиболее сложных задач клинической неврологии. Несмотря на достигнутые успехи, многие аспекты современной диагностики и адекватного лечения заболевания остаются до настоящего времени не решенными. Недостаточно изучены вопросы прогноза развития посттравматической эпилепсии после ЧМТ и целесообразности превентивной терапии антиэпилептическими препаратами (АЭП) у этих больных с целью снижения риска возникновения заболевания. Все это становится причиной поздней диагностики и несвоевременно начатого лечения у больных с посттравматической эпилепсией. В результате существенно возрастает число больных с фармакорезистентным

течением заболевания, личностными изменениями, интеллектуально-мнестическими расстройствами, социальной дезадаптацией, резким ухудшением качества жизни (Гузева В.И., 1998; Гехт А.Б., 2000; Гусев Е.И. и соавт., 2000; Одинак М.М. и соавт., 2003; Громов С.А., 2004, 2008; Михайлов В.А., 2008).

Цель исследования.

Изучение особенностей посттравматической эпилепсии, с учетом клинических, нейрофизиологических и нейровизуализационных показателей.

Материалы и методы исследования.

В соответствии с целью и задачами исследования настоящей работы клиническое, нейрофизиологическое и нейровизуализационное обследование было проведено 43-м пациентам с установленным диагнозом: симптоматическая посттравматическая эпилепсия.

В исследование вошло 43 пациента (31 мужчина (72,1 %), 12 женщин (27,9 %)), в возрасте от 17 до 70 лет (средний возраст 43,02 ± 13,08 года).

Диагноз устанавливался согласно критериям ILAE (1989), был подтвержден результатами нейрорадиологических и нейрофизиологических методов исследования. Эпилептические приступы были классифицированы согласно Международной классификации эпилептических припадков (ILAE, 1981 г.), информация о количестве приступов заносилась в

специальные для исследования карты пациентов.

Причинно-следственные отношения между перенесенной травмой и наличием эпилептических приступов устанавливались на основе клинических, электроэнцефалографических и нейрорадиологических сопоставлений.

При установлении диагноза ЧМТ использовались классификации черепно-мозговой травмы (Коновалов А.Н. 1998г). Неврологические посттравматические нарушения были классифицированы согласно критериям классификации последствий черепно-мозговой травмы (Коновалов А.Н.1998г.).

Выявленные неврологические нарушения были классифицированы согласно положениям МКБ-10.

При анализе характеристик ЧМТ особое внимание уделялось определению длительности отключения сознания в остром периоде травмы, наличию судорожных приступов в остром периоде травмы, размеру и локализации травматического поражения, указанию на наличие гематомы в остром периоде ЧМТ, наличию или отсутствию переломов костей черепа.

Исследование неврологического статуса проводилось по стандартной методике. Для объективизации состояния пациента использовались нейрорадиологические и нейрофизиологические методы исследования.

При сопоставлении результатов электроэнцефалографических и нейрорадиологических у больных с ПТЭ, в большинстве случаев морфологический посттравматический очаг коррелирует с электроэнцефалографическими фокальными

изменениями биоэлектрической активности. Существует несколько степеней корреляции-I степень корреляции – совпадение патологических очагов в пределах одной доли; II степень корреляции - совпадение патологических очагов в пределах полушария мозга; III степень корреляции - очаги морфологического и функционального дефицита не совпадают.

Результаты.

Из таблицы 1 видно, что определяется преобладание простых парциальных приступов и приступов со вторичной генерализацией, что может свидетельствовать о фокальном поражении головного мозга.

Как следует из таблицы 2, эпилептогенной черепно-мозговой травмой являлись ушибы головного мозга тяжелой степени тяжести. Сотрясение головного мозга в группе больных не определялись.

Больных со сдавлением мозга и диффузным аксональным повреждением так же не определялось, что связано, возможно, с меньшей выживаемостью пациентов, необходимостью длительной госпитальной реабилитации, доминированию двигательных, ментальных и других посттравматических синдромов в клинической картине заболевания, что являлось поводом для помещения в профильное медицинское учреждение.

Как видно из таблицы 3, большинство пациентов с посттравматической эпилепсией имели локализацию эпилептического очага в лобных и височных отделах мозга.

Использование метода нейровизуализации позволило констатировать, что 69,77% больных

Таблица 1.
Распределение типов эпилептических приступов в группе больных с посттравматической эпилепсией.

Тип приступов	Кол-во	%
ПГТК	4	9,3
ПП	20	46,5
ПП или СП со вторичной генерализацией	15	34,88
ПП+СП	2	4,65
Абсансы	1	2,32
Миоклонические	1	2,32

ПГТК-первичногенерализованные тонико-клонические

ПП- простые парциальные

СП – сложные парциальные

Таблица 2.
Характеристика тяжести черепно-мозговой травмы по классификации ЧМТ (Коновалов А.Н. и др.1998г.)

Тяжесть травмы	Кол-во	%
Ушиб головного мозга легкой степени	0	0
Ушиб головного мозга средней степени	7	16,28
Ушиб головного мозга тяжелой степени	36	83,72

Таблица 3.

Локализация очага патологической активности.

Локализация эпилептической активности	ЭЭГ		МРТ	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Лобная	14	32,55	11	25,58
Теменная	4	9,3	4	9,3
Височная	12	27,9	11	25,58
Затылочная	1	2,32	3	6,97
Височно-теменная	3	6,97	5	11,62
Лобно-височная	1	2,32	4	9,3
Лобно-теменная	3	6,97	5	11,62
Теменно-затылочная	5	11,62	0	0

соответствует I степени корреляции, 18,6% - II степени и 11,63% - III степени.

Выводы:

У пациентов с посттравматической эпилепсией определялись преимущественно простые парциальные приступы (46,5%) и простые или сложные парциальные приступы со вторичной генерализацией (34,88%).

В основном эпилептогенной черепно-мозговой травмой являлись ушибы головного мозга тяжелой степени тяжести (83,72%).

Проведение комплексного нейровизуализационно-электроэнцефалографического картирования выявило в большинстве случаев соответствие в структуре эпилептогенных морфологических повреждений головного мозга с источником эпилептической активности в пораженной зоне.

Литература:

1. Мишнякова Л.П. - автореферат «Клинико-нейрофизиологические исследования и методы нейровизуализации при эпилепсии в раннем и отдаленном периодах тяжелой черепно-мозговой травмы» - Москва 2008
2. Авакян Г.Н., Юдельсон Я.Б., Маслова Н.Н., Гусев Е.И. // Журнал неврологии и психиатрии. — 2003. — Т. 103, N 9. — С. 9—15.

3. *Болезни нервной системы: Руководство для врачей. В 2 т. Т.1 / Под ред. Н.Н. Яхно, Д.Р. Штутмана.* — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001.

4. *Нейротравматология: Справочник / Под ред. А.Н. Коновалова, Л.Б. Лихтермана, А.А. Потапова.* — Изд. 2-е. — Ростов н/Д: Феникс, 1999.

5. Chang B.S., Lowenstein D.H. // *Neurology*. — 2003. — V. 60, N 1. — P. 10—16.

6. Guberman A., Bruni J. *Essentials of clinical epilepsy.* — Boston — Oxford — Auckland — Johannesburg — Melbourne — New Delhi: Butterworth Heinemann, 1999.

7. Panayiotopoulos C. *A clinical guide to epileptic syndromes and their treatment.* — Oxford: Bladon Med. Publ., 2002.

8. Perron A.D., Brady W.J., Huff J.S. // *Acad. Emerg. Med.* — 2005. — V. 8, N 3. — P. 296—298.

9. Posner E., Lorenzo N. *Posttraumatic Epilepsy* // *eMedicine / Neurology [Electronic resource]* / Ed.: J. Hulihan, F. Talavera, J. Cavazos et al. — April 29, 2005. — Mode of access: www.emedicine.com

10. Rizzo M., Tranel D. *Head injury and postconcussive syndrome.* — Churchill Livingstone, 1996.

11. Schierhout G., Roberts I. // *J. Neurol., Neurosurg., Psychiatry.* — 1998. — V. 64. — P. 108—112.

12. Wiedemayer H., Triesch K., Schafer H., Stolke D. // *Brain Injury.* — 2002. — V. 16, N 4. — P. 323—330.

РАЗРАБОТКА И АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ВЫЯВЛЕНИЯ ПАРВОВИРУСНОГО ЭНТЕРИТА СОБАК МЕТОДОМ ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ

Акматова Э.К., Камарли А.А., Акматбекова Г.Ж., Джээнбаева С.А.

Кыргызский научно-исследовательский институт ветеринарии имени А. Дуйшеева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Разработка в последнее время новых подходов к индикации и идентификации микроорганизмов связано с достижениями в области молекулярной генетики. Цель работы - разработать и апробировать тест-систему для количественного определения ДНК возбудителя парвовирусного энтерита собак с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Разработаны генноспецифические пары праймеров для выявления серотипов парвовирусного энтерита у собак. В результате проведенных работ были оптимизированы условия отжига праймеров для обнаружения CPV (2a, 2b, 2c) с помощью ПЦР-диагностики.

Ключевые слова: парвовирусный энтерит собак, ПЦР, оптимизация и апробация тест-системы, праймеры.

ИТТИН ПАРВОВИРУСУК ЭНТЕРИТ ЫЛАНЫНЫН ЧЫНЖЫРЧА ПОЛИМЕРАЗА РЕАКЦИЯСЫ (ЧПР) МЕНЕН АНЫКТОО ЫКМАЛАРЫН ИШТЕП ЧЫГУУ ЖАНА АПРОБАЦИЯЛОО

Акматова Э.К., Камарли А.А., Акматбекова Г.Ж., Джээнбаева С.А.

А. Дуйшеев атындагы Кыргыз ветеринария илимий-изилдөө институту

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Микроорганизмдерди индикациялоодо жана идентификациялоодо жаңы жолдорду иштеп чыгуунун себеби, молекулярдык генетика илиминин өнүгүп өсүшү менен байланыштуу. ЧПР ыкмасынын жардамы менен иттердин парвовирустук энтерит ылананын ДНК козгогучун сандык аныктоочу тест-системаны иштеп чыгуу жана апробациялоо. Иттердин парвовирустук энтерит ылананын вирусунун серотиптерин аныктоо үчүн генноспецификалык праймерлердин жубу иштелип чыкты. Жүргүзүлгөн иштердин натыйжасында CPV (2a, 2b, 2c) вирустарын ЧПР диагностикасынын жардамы менен табууда праймерлердин катыруу (отжиг) шарттары оптималдаштырылды.

Негизги сөздөр: иттердин парвовирус энтерити, ЧПР, оптималдаштыруу жана тест-системаны апробациялоо, праймерлер.

DEVELOPMENT AND APPROBATION OF A TECHNIQUE OF REVEALING PARVOVIRAL ENTERITIS USING POLYMERASE CHAIN REACTION

Akmatova E.K., Kamarli A.A., Akmatbekova G.J., Djeenbaeva S.A.

Kyrgyz Research Institute of Veterinary Medicine named by A. Duysheeva

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Development recently new approaches for indicating and identification of microorganisms associated with advances in of molecular genetics. Develop and approbation a test system for quantitative determination of the DNA of the pathogen parvovirus enteritis by polymerase chain reaction (PCR). Designed primer pairs for detecting serotypes parvovirus enteritis in dogs. The result of the work conditions have been optimized for the detection of primer annealing CPV (2a, 2b, 2c) by PCR diagnostics.

Key words: parvovirus enteritis of dogs, PCR, optimization and approbation of test systems, primers.

Актуальность.

Парвовирусный (геморрагический) энтерит собак (лат. – Parvovirus enteritis canum; англ. – Minute virus infection of dogs, вирусный энтерит собак, «олимпийка») – остро протекающая высококонтагиозная вирусная болезнь собак, характеризующаяся лихорадкой, геморрагическим воспалением желудочно-кишечного тракта, миокардитом, лейкопенией, дегидратацией и гибелью щенков моложе 5-месячного возраста [1, 2].

У представителей семейства собачьих выделено 2 типа парвовируса собак: CPV-1 и CPV-2. Вирус CPV-1 не патогенен для собак, тогда как второй тип вируса восприимчив к этому виду и вызывает вирусный энтерит. Исходный вирус CPV-2, в дальнейшем был заменен среди популяций собак серотипами, несущими небольшие антигенные варианты CPV-2a, 2b и 2c [3, 4, 5].

Вирионы парвовирусов представляют собой мелкие, безоболочечные, икосаэдрической формы, диаметр которых варьирует от 17 до 28 нм, состоящие из 32 капсомеров диаметром 2-4 нм. Плавучая плотность в хлориде цезия (CsCl) составляет 1,38-1,45 г/см³. Геном парвовирусов представлен односпиральной ДНК размером 1,4-1,7х10⁶ кД [6].

Несмотря на проведение профилактических и оздоровительных мероприятий, парвовирусный энтерит собак продолжает наносить собаководству многих стран мира значительный экономический ущерб, который складывается из снижения продуктивности, проблем воспроизводства и преждевременной выбраковки служебных и декоративных пород собак, а также затрат на проведение диагностических исследований [7]. В связи с этим необходимо разработать тест-систему, которая может идентифицировать инфекцию в начальных стадиях заражения. Для достижения быстрой и своевременной диагностики этого заболевания недостаточно использовать традиционные методы диагностики (серологические методы), необходимо применять более современные методы, такие как молекулярно-генетические методы исследования (ПЦР).

Данный метод позволяет обнаружить идентичные молекулы возбудителя в биопробах, на основании выявления специфичных для них участков генома [8, 9, 10].

Цель исследования: разработать и апробировать тест-систему для количественного определения ДНК возбудителя парвовирусного энтерита собак с помощью

молекулярно-генетического метода ПЦР.

Материалы и методы исследования.

На основе анализа генетических последовательностей ДНК, полученные из базы данных GenBank, были выбраны пара праймеров для амплификации фрагмента генома возбудителя CPV. В качестве положительного контроля использовали вакцинный штамм 154. Апробация тест-системы была проведена на 12 образцах полученные от больных животных. Выделение ДНК проводили с использованием набора Axugen (США) в соответствии с наставлением по его применению. Анализ олигонуклеотидных последовательностей осуществляли в GenBank с помощью программы BLAST. Выбор параметров праймеров проводили с помощью программы Primer 3. Специфические праймеры были разработаны лабораторией болезней домашних животных КНИИВ имени А. Дуйшеева (табл.1). Синтез праймеров осуществляли коммерческим набором компании «Bio Basic» (Канада).

Для оптимизации температурного режима амплификации использовали амплификатор Mini Opticon (Bio-Rad) с функцией температурного градиента.

Для детекции полученного ПЦР продукта использовали 2,5% агарозный гель на 1x TAE буфере с бромистым этидием. Учет результатов проводили в гель документирующей системе BIO-RAD Gel Doc XRTM+ imaging system.

Результаты и обсуждение.

Впервые получен праймер и адаптирована программа его работы для ПЦР-диагностики по всем трем серотипам CPV (2a, 2b, 2c). Компоненты ПЦР для наших исследований мы использовали реактивы российского производства AmpliSens. Соотношение реактивов показаны ниже в таблице 2.

Амплификацию проводили на термоциклере Applied Biosystems 2720 Thermal Cycler. Параметры температурного режима показаны в таблице 3.

В ходе эксперимента была отобрана оптимальная температура отжига праймеров. Амплификацию проводили при температуре 51°C, 52°C, 54°C, 55°C, 56°C, 57°C, 58°C, 59°C. Были получены электрофоретические спектры продуктов амплификации, которые показали, что оптимальной температурой отжига праймеров является 58°C.

Нами было проведено исследование биологических и патологических материалов методом ПЦР на парвовирусный энтерит собак. Результаты приведены на рисунке 1.

Заключение.

Разработан ПЦР метод для количественного определения ДНК возбудителя парвовирусного энтерита собак. Разработанная тест-система позволяет сократить время исследований по сравнению с традиционными методами выявления возбудителя CPV. Подобранные

Таблица 1.
Последовательность праймеров CPV

Праймеры	Олигонуклеотидная последовательность	Размер ПЦР продукта п.н.
CPV-VP1	5' – GAG TGA TGG AGC AGT TCA ACC – 3'	1059 п.н.
CPV-VP2	5' – CGC TCC CCC CCG TCC TGC T – 3'	

Таблица 2.
Состав реакционной смеси на 1 пробу

ddH ₂ O	5x ПЦР буфер	MgCl ₂ 25mM	dNTP 10mM	Праймеры		Taq пол 5 U/мкл	ДНК
				CPV-VP1	CPV-VP2		
10,9	4	0,5	0,4	1	1	0,2	2

Таблица 3.
Температурные режимы для проведения амплификации

Начальная денатурация	94°C	2 минуты	1 стадия
Денатурация	94°C	40 секунд	36 стадий
Отжиг праймеров	58°C	45 секунд	
Элонгация	72°C	45 секунд	
Окончательная элонгация	72°C	5 минут	1 стадия

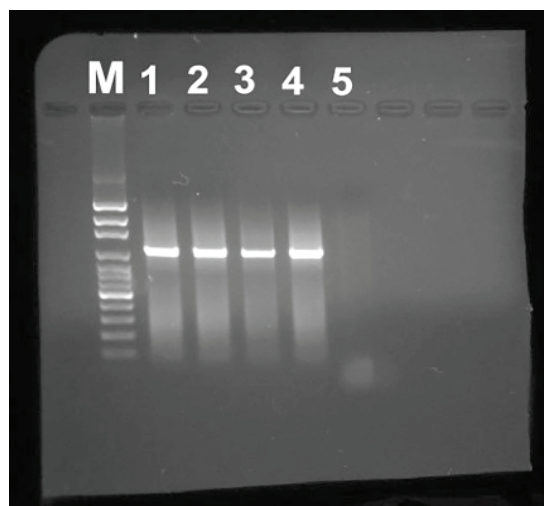


Рис. 1. ПЦР продукт 1059 пар нуклеотидов. М-маркер, 1-4-пробы, 5-отрицательный контроль

праймеры применимы для ПЦР-исследований и могут быть использованы для создания диагностических систем в будущем. Оптимизированные нами праймеры для идентификации возбудителя парвовирусного энтерита собак характеризуются высокой чувствительностью, специфичностью и воспроизводимостью результатов.

Литература:

1. Touratier L. A., propos d'une epizootie canine de gastro – enterite a parvovirus // Bull. Acad. Veter. –1979. –Vol. 52, №4. – P.605-609.
2. Ejimi H., Aimi K., Tagawa M. Leukocyte transfusion to puppies with canine parvovirus infection // Bull. Nippon Veter. Zootechn. Coll. Tokyo. - 1980. –Vol. 332. №5. – P.103-107.
3. Parrish CR, O'Connell PH., Evermann JF. et al. Natural variation of canine parvovirus. Science. – 1985. 230:1046-1048.
4. Parrish CR., Have P., Foreyt WJ. et al. The global spread and replacement of canine parvovirus strains. J Gen Virol. - 1988; 69 (Pt 5):1111-1116.
5. Parrish CR., Aquadro CF., Strassheim ML. et al. Rapid antigenic-type replacement and DNA sequence evolution of canine parvovirus. J Virol. - 1991; 65:6544-6552.
6. Parrish, C. R., C. F. Aquadro, and L. E. Carmichael. Canine host range and a specific epitope map along with variant sequences in the capsid protein gene of canine parvovirus and related feline, mink, and raccoon parvoviruses. Virology. - 1988. 166: 293-307.
7. Hasonova L., Pavlik J. Economic impact of paratuberculosis in dairy cattle herds: a review. Veterinarni Medicina. – 2006. - P.193-211.
8. Fluit A.D. Visser M.R., Schmitz F-J. // Clin.Microbiol. Rev. - 2001. - Vol. 14. - P. 836-871.
9. Gurtler V., Stanisich V.A. // Microbiology. - 1996. -Vol. 142. - P. 3-16.
10. Mullis K., Falona F., Powledge T.M. et al, - 2004. –Vol. 94. - P. 156-158.

РОЛЬ STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE В ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЕ ОСТРЫХ БАКТЕРИАЛЬНЫХ МЕНИНГИТОВ

Береговой А.А., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В статье проведен анализ статистических данных департамента госсанэпиднадзора (ДГСЭН) в КР по острым бактериальным менингитам (ОБМ) за период 2011-2014 годы и обследовано 52 больных ОБМ в возрасте 10 лет и старше. Выявлено, что одинаково болеют как подростки (53,8%), так и взрослые (46,2%). Предрасполагающими факторами развития ОБМ являются перенесенные гнойно-септические заболевания ЛОР органов, переохлаждение и ЧМТ. ОБМ протекают чаще в тяжелой форме с развитием осложнений: ОГМ (38,5%), септический шок (7,5%) и у каждого второго больного ДВС-синдром.

Ключевые слова: менингиты, пневмококковая инфекция, диагностика, подростки, взрослые.

STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE-НЫН КУРЧ МҮНӨЗДӨ ӨТҮҮЧҮ БАКТЕРИАЛЫК МЕНИНГИТТЕРДИН СЕБЕП МҮЗҮМҮНДӨГҮ РОЛУ

Береговой А.А., Джолбунова З.К., Кадырова Р.М.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий изилдөөдө 2011-2014 жылдар арасындагы мамлекеттик санитардык эпидемиологиялык көзөмөлдөө департаментинин статистикалык көрсөтмөлөрү анализденди. Курч мүнөздөө өтүүчү менингит менен ооруган 10 жаштан улуу 52 бейтап байкалды. Изилдөөнүн негизинде жаш өспүрүмдөр (53,8%) жана улуу муундагы кишилер (46,2%) ооруга бирдей чалдыгаары аныкталды. Курч мүнөздөө өтүүчү бактериялык менингитке көбүнчө кулак-мурун оорулары, башка үшүп калуу жана баш мээсинин чайкалуусу себеп болоору анык. Курч мүнөздөө өтүүчү бактериялык менингиттер көбүнчө оор абалда өтөт жана жана баш мээнин шишүүсү (38,5%), септикалык шок (7,5%) жана ар бир экинчи бейтапта ДВС синдрому менен өтүшүп кетет.

Негизги сөздөр: менингиттер, пневмококк инфекциясы, даргты аныктоо, жаш өспүрүмдөр, улуу муундагы кишилер.

THE ROLE OF STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE IN THE ETHIOLOGICAL STRUCTURE OF ACUTE BACTERIAL MENINGITIS

Beregovoi A.A., Djolbunova Z.K., Kadyrova R.M.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Republic clinical infection hospital

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article provides an analysis of statistical data sanitation-epidemic station (SES) in Kyrgyzstan for the period of 2011-2014, where there is a low etiological decoding of ABM, including pneumococcal etiology. The study involved 52 patients with ABM aged 10 years and older. It was revealed that alike suffer as adolescents (53.8%) and adults (46.2%). Predisposing factor for the development of ABM are transferred purulent-septic diseases of ENT organs, get cold and traumatic brain injury. ABM occur the severe form of disease with the development of complications: cephaloedema (38.5%), septic shock (7.5%) and in every second cases with DIC-syndrome.

Key words: meningitises, pneumococcal infection, diagnosis, adolescents, adults.

Введение.

Пневмококковая инфекция является одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в общей структуре инфекционных болезней как у детей, также одной из самых распространенных причин смертности во всем мире, в том числе и в Кыргызстане [1]. По оценке ВОЗ в 2005г., число случаев летального исхода по причине пневмококковой инфекции достигло 1,6 миллионов, включая 0,7-1 млн. случаев смерти детей в возрасте младше 5 лет и лиц преклонного возраста (старше 65 лет). [2, 3]. Так, Streptococcus pneumoniae в 80,0% случаев является причиной внебольничных пневмоний, отитов и синуситов и 30,0% случаев - всех менингитов. В странах Западной Европы и США, несмотря на применение высокотехнологичной медицинской помощи, уровень летальности при пневмококковом менингите составляет от 19,0% до 46,0%, а риск развития отдаленных и тяжелых неврологических последствий в 2 раза выше, чем после менингитов, обусловленных Neisseria meningitidis и Haemophilus influenzae типа b.

Пневмококковый менингит может быть также одним из клинических проявлений пневмококкового сепсиса [4]. Большие сложности представляет также своевременность выявления бактерионосителей пневмококковой инфекции, длительность которого, у детей составляет 3-4 недели, а у взрослых до 2 недель [5,6]. Так, по данным литературы [7], на одного заболевшего генерализованной формой пневмококковой инфекцией приходится от 100 до 20000 бактерионосителей.

Этиологическая расшифровка пневмококковой инфекции в Кыргызстане остается низкой, вероятно, это связано с социально-экономическим кризисом, недостатком и дороговизной питательных сред для бактериологической диагностики и низким уровнем диагностики инфекционных заболеваний, а также увеличением частных лабораторий, которые не имеют единого стандарта исследований. [7]. Эти факторы приводят к широкому распространению данной инфекции наряду с другими возбудителями ОБМ, развитию тяжелых форм и неблагоприятных исходов болезни, что требует

проведения своевременной активной иммунизации в раннем возрасте.

Целью настоящего исследования явилось представление клинико-эпидемиологических особенностей пневмококковых менингитов у подростков и взрослых.

Материалы и методы исследования.

Были использованы для анализа заболеваемости ОБМ статистические данные департамента госсанэпиднадзора КР (ДГСЭН) и обследованы 52 пациента, больных ОБМ в возрасте от 10 лет и старше, госпитализированные в РКИБ за 2011-2014 годы. Согласно возрастной периодизации ВОЗ (от 30.09.2014г.) подростками считаются лица от 10 до 19 лет.

Наблюдение за больными проводилось в отделении реанимации и интенсивной терапии (РИТ) и в других профильных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г. Бишкек в 2015г. При этом одновременно с общеклиническими, биохимическими методами исследования для этиологической расшифровки ОБМ у подростков и взрослых использовался бактериологический метод лабораторной диагностики. Статистическая обработка проводилась по программе SPSS.

Результаты и их обсуждение.

По данным ДГСЭН с 2011 по 2014 годы отмечался рост заболеваемости ОБМ в Кыргызской Республике (рис.1), несмотря на низкую этиологическую расшифровку (рис.2).

Так у каждого второго (52,0%) больного, лечившегося с диагнозом ОБМ в РКИБ в 2015 году, выявлена менингококковая инфекция, в 42,0% - этиология менингитов не установлена и лишь в 6,0% случаев - менингит пневмококковой этиологии, хотя среди неуточнённых ОБМ не исключена роль пневмококка, которую не могли подтвердить из-за наличия только традиционных бактериологических исследований.

Вышеизложенное подтверждается тем, что при детальном изучении *Streptococcus pneumoniae* бактериологическим методом исследования из различных биологических жидкостей больных ОБМ показало, что в 83,7% случаев пневмококк был выделен из носоглотки, из ликвора - 12,2% и из крови лишь у 4,1% больных. Вероятно, это связано со свойством пневмококка, который быстро погибает из-за повышенной тенденции к саморазрушению, что требует проведения бактериологического анализа в ранние сроки, использование методов экспресс-диагностики, обогащения питательных сред. Следует

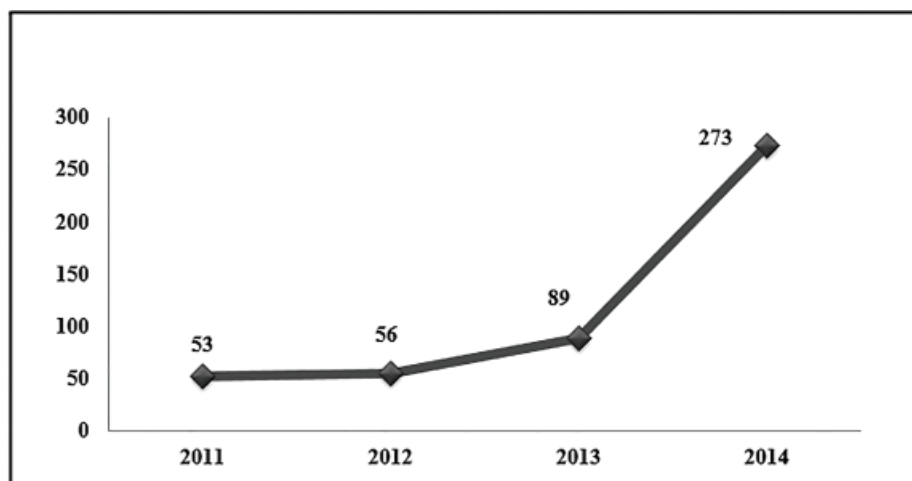


Рис. 1. Удельный вес больных ОБМ в КР за период 2011-2014 годы.

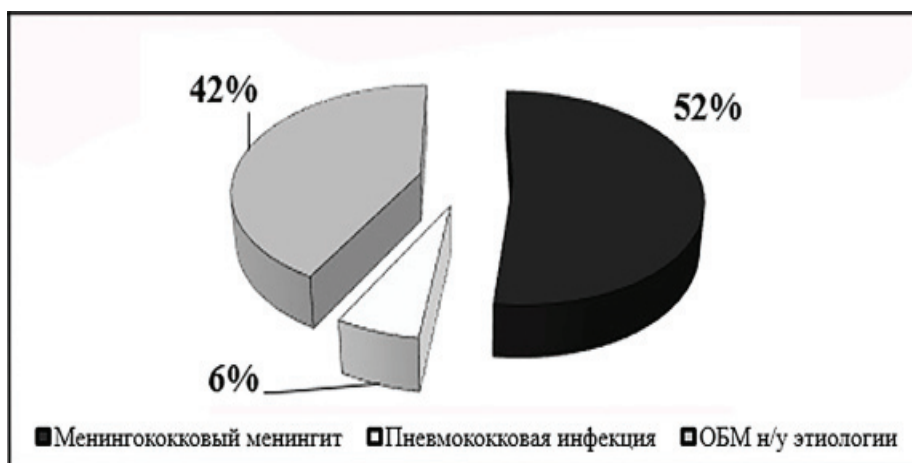


Рис.2. Этиологическая структура ОБМ у подростков и взрослых, лечившихся в РКИБ в 2015 г.

также отметить то, что спинномозговая пункция у каждого второго больного гнойным менингитом проводится в поздние сроки болезни из-за осложнённого отёком головного мозга (ОГМ) течения болезни.

Возрастная структура больных ОБМ была представлена: подростками – 53,8% пациентов, взрослыми – 46,2%. По половому признаку преобладают мужчины – 67,3% больных. Большинство наблюдаемых городские пациенты – 67,3% случаев, в основном проживающие в частных домах – 75,9%. При этом пациенты являлись в основном школьниками (35,2%) и учащимися ВУЗов (37,0%).

Подъём заболеваемости ОБМ в 55,6% всех случаев приходился на февраль, март и апрель месяцы (рис.4).

По скорой медицинской помощи в стационар были доставлены 31,5% больных, 22,2% – направлены терапевтическими и хирургическими стационарами г. Бишкек и 9,3% – поступили по направлению ЦСМ. Больные с ОБМ поступали в РКИБ в поздние сроки ($3,0 \pm 1,0$ день) болезни, что вероятно, связано было с недооценкой тяжести. Следует отметить, что из-за тяжести состояния сразу из приёмного отделения в отделение РИТ поступило 50,0% больных, где находились в течение $3,2 \pm 1,0$ дней. Из профильного отделения в отделение реанимации на первые и вторые сутки пребывания в стационаре были переведены 7,4% пациентов.

Абсолютное большинство (92,6%) больных отрицали контакт с инфекционными больными, двое больных связывали с переохлаждением. Данные анамнеза жизни у наблюдаемых больных выявили перенесённые гнойно-септические заболевания ЛОР органов (фронтит, гайморит и гайморозтмоидит) в 5,6% случаев, переохлаждение – в 13,0%, ЧМТ - 9,3%, что является провоцирующим фактором развития ОБМ у подростков и взрослых.

Заболевание у всех больных протекало в тяжёлой форме, начиналось остро с повышения температуры до $39,0-41,0^{\circ}\text{C}$ у 61,1% больных, $38,0-38,9^{\circ}\text{C}$ – у 37,0%, которое продолжалось $3,0 \pm 1,0$ дня. Бледность кожных покровов отмечалась в 70,4% случаях, которая расценивалась, как начало развития ДВС-синдрома из-за резкого спазма сосудов.

Общемозговой синдром был представлен следующими симптомами: многократной рвотой (96,3%), которая сохранялась в течение $3,0 \pm 1,0$ дня; головной болью (100,0%), диффузного характера, гиперестезией (98,2%) – в течение $6,0 \pm 1,0$ дней. У всех больных ОБМ определялись положительные менингеальные знаки (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского), которые сохранялись в течение $6,0 \pm 1,0$ дней. Реактивные болевые феномены (болезненность в местах выхода нервов при перкуссии) отмечались у

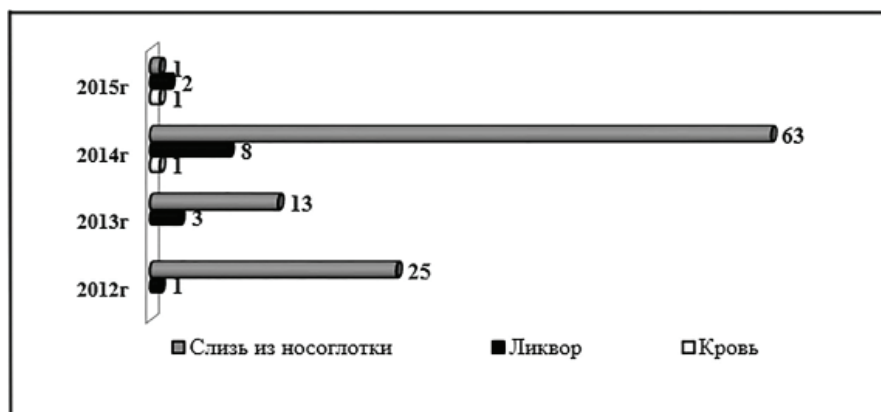


Рис.3. Выцев *Streptococcus pneumoniae* из различных биологических материалов больных ОБМ.

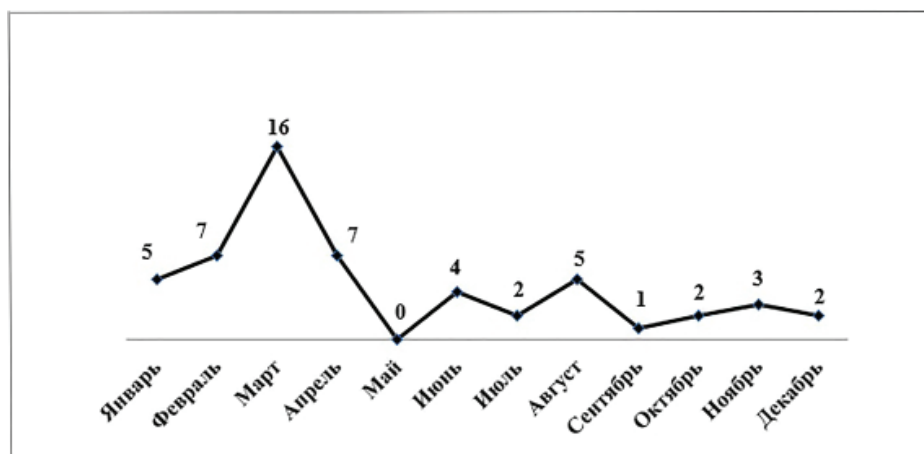


Рис. 4 Сезонность заболеваемости ОБМ.

27,8% больных в отделении РИТ. Менингоэнцефалит был выявлен у 1 больного с ОБМ и характеризовался развитием очаговых симптомов (отклонение языка в сторону, птоз, сглаженность носогубной складки и др.).

ОГМ являлся ведущим осложнением у 38,9% больных ОБМ, который проявился на $2,0 \pm 0,5$ день от начала заболевания и характеризовался нарушением сознания (сопор, психомоторное возбуждение), тонико-клоническими судорогами у 14,3% больных, у 1,9% больных – синдром Уотерхауса-Фридрихсена. Септический шок был диагностирован у 5,6% больных и развивался также на $2,0 \pm 0,5$ день от начала заболевания, отмечали снижение АД, отсутствие пульса на периферических артериях, снижение температуры тела, а также признаки ДВС-синдрома.

При лабораторном исследовании в периферическом анализе крови у всех наблюдаемых больных были выявлены характерные для ОБМ воспалительные изменения (лейкоцитоз от $10,2$ до $51,7 \times 10^9/\text{л}$, увеличение сегменто- и палочкоядерных нейтрофилов, ускорение СОЭ от 20 до 50 мм/ч). Биохимическое исследование ликвора имело характер гнойного воспаления (изменение цвета, прозрачности, не поддающийся счёту цитоз клеток, представленный сегментоядерными нейтрофилами, изменением белково-осадочных проб). Среднее пребывание больных в стационаре составило $11,8 \pm 3,6$ дней. Из стационара с улучшением были выписано абсолютное большинство (98,2%) больных, и лишь один пациент переведён в отделение неврологии.

Выводы:

1. В последние годы отмечается рост ОБМ, в том числе пневмококковых менингитов у подростков (53,8%) и взрослых (46,2%), протекающих в тяжёлой форме.

2. Провоцирующими факторами развития ОБМ являются перенесённые гнойно-септические заболевания

ЛОР органов (5,6%), переохлаждение (13,0%), а также ЧМТ (9,3%).

3. Бактериологическое исследование ликвора необходимо проводить до начала антибактериальной терапии, использовать методы экспресс-диагностики, обогащение питательных сред.

4. В связи с ростом пневмококкового менингита у подростков и взрослых, необходимо внедрение активной иммунизации детей пневмококковой вакциной, которая была бы утверждена в национальном календаре профилактических прививок.

Литература:

1. *Bacterial meningitis in pathophysiology and treatment* /S. ashwal, I. tomasi, o. Schneider [et al.] // *neurology*. 1992. № 42. P. 739-741.
2. Chao Y.N., Chiu N.C., Huang F.Y. *clinical features and prognostic factors in childhood pneumococcal meningitis*. // *J. Microbiol. immunol. infect.* 2008. Vol. 41, № 1. P. 48-53.
3. *Etiological diagnostics of acute bacterial meningitis in children* / i. narkeviciute, J. bernatoniene, A. Mikelionyte [et al.] // *Scand. J. infect. Dis.* 2006. Vol. 38, № 9. P. 782-787.
4. Г.В. Белошицкий, И.С. Королева / Пневмококковый менингит среди детей до 6 лет // ФБУН Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Москва // *Инфекция и иммунитет* 2012, Т. 2, № 1–2, с.544
5. В.И. Покровский, С.Г. Пак, Н.И. Брико, Б.К. Данилкин / *Инфекционные болезни и эпидемиология* - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - с. 328
6. *Инфекционные болезни: национальное руководство*/ Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.А. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-медиа, 2009г. – с. 453
7. <http://www.diavax.ru/vaccinations/pnevnokokovaya-infektsiya.php>

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИСМИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ У ДЕТЕЙ**Каримова Н.И., Шамсиев Ф.М.**Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт
Республиканский специализированный научно-практический центр педиатрии МЗРУз
Ташкент, Узбекистан

Резюме. Нарушение микроэлементного гомеостаза может опосредованно воздействовать на реактивность бронхиального дерева. В патогенезе развития БА ведущая роль принадлежит ионам кальция, магния, которые принимают непосредственное участие в сокращении бронхов, а такие микроэлементы как селен, цинк, медь оказывая влияние на процессы перекисного окисления липидов и приводят к формированию аллергического воспалительного процесса трахеобронхиального дерева. Целью исследования было определение характера изменений микроэлементного статуса при бронхиальной астме и обструктивном бронхите у детей дошкольного возраста. Была проведена сравнительная оценка полученных данных о накоплении минералов и микроэлементов в волосах и выявлены изменения в составе микроэлементов у всех обследуемых детей.

Ключевые слова: бронхиальная астма, обструктивный бронхит, микроэлементный статус, дисмикроэлементозы, дети

CLINICAL FEATURES VIOLATION OF MICROELEMENT COMPOSITION OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN**Karimova N.I., Shamsiev F.M.**Tashkent Pediatric Medical Institute
Republican Special Scientific and Practical Center of Pediatric
Tashkent, Uzbekistan

Resume. Violation of microelement homeostasis may indirectly influence the reactivity of the bronchial tree. In the pathogenesis of asthma leading role of calcium ions and magnesium, which are directly involved in the reduction of bronchial tubes; trace elements such as selenium, zinc, copper impact on lipid peroxidation and the formation of allergic inflammation of the tracheobronchial tree - morphological basis for the development of asthma. The aim of the study was bution nature of the changes in the trace element status and bronchial asthma and obstructive bronchitis in children of preschool age. Carry out a comparative assessment of the data. The study of trace element status in obstructive bronchitis and asthma in preschool children allowed to determine the features of accumulation of minerals and trace elements in the hair. Based on the obtained data, it was revealed changes in the composition of microelements in all subjects children.

Key words: bronchial asthma, obstructive bronchitis, trace element status violation of microelement, children

Актуальность. Неуклонный рост распространенности бронхиальной астмы (БА) в структуре детской заболеваемости, как и его обусловленность экологическим неблагополучием представляют серьезную проблему для здравоохранения большинства стран мира. В последние годы наблюдается тенденция к раннему возникновению и более тяжелому течению заболевания, что снижает качество жизни больных детей и способствует увеличению детской инвалидности. Согласно современной концепции, патогенетической основой бронхиальной астмы является хроническое аллергическое воспаление бронхов. Точные причины его возникновения до сих пор не установлены [2,3,6], в связи с чем очевидна необходимость дальнейшего исследования патогенеза заболевания. В первую очередь, требуют изучения многие молекулярные, клеточные и иммунные механизмы, способствующие возникновению и поддержке хронического воспаления, и определяющие его интенсивность [8]. Нарушение микроэлементного гомеостаза может опосредованно воздействовать на реактивность бронхиального дерева.

В патогенезе развития БА ведущая роль принадлежит ионам кальция, магния, которые принимают непосредственное участие в сокращении бронха, такие микроэлементы (МЭ) как селен, цинк, медь оказывают влияние на процессы перекисного окисления липидов и формируют аллергический воспалительный процесс трахеобронхиального дерева — морфологическую основу

развития гиперреактивности [1,4].

В экспериментальных и клинических условиях установлена важная роль МЭ в регуляции бронхиальной проходимости, сократимости дыхательных мышц, процессов сенсибилизации, интенсивности патохимической и патофизиологической фаз аллергических реакций [9].

Выявление патогенетических механизмов бронхиальной астмы поможет глубже понять патологию и даст возможность своевременно разработать комплекс мероприятий по снижению частоты обострений заболевания.

Цель исследования.

Определить характер изменений микроэлементного статуса при обструктивном бронхите и бронхиальной астме у детей дошкольного возраста, изучить особенности накопления минералов и микроэлементов в волосах и возможные патогенетические механизмы формирования гиперреактивности бронхов, связанные с дисмикроэлементозами при бронхиальной астме (БА), и их отличия от дисмикроэлементозов при обструктивном бронхите (ОБ).

Материал и методы исследования.

Под нашим наблюдением находились 20 детей дошкольного возраста с бронхиальной астмой (БА) и 25 детей того же возраста с обструктивным бронхитом (ОБ). При постановке диагноза БА была использована классификация, принятая Национальной программой

«Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика», в России 2006 году, которая была дополнена в 2014 году программой GINA. Основанием для постановки диагноза явились: жалобы, данные анамнеза, результаты общеклинических, иммунологических и функциональных методов исследований. Микроэлементный статус детей определялся в Институте ядерной физики АН РУз путем изучения содержания микроэлементов в волосах методом нейтронно-активационного анализа. Для обработки результатов измерений использовался диапазон нормального содержания микроэлементов в волосах основанный на анализе 5000 здоровых доноров, разработанный Институтом ядерной физики АН РУз.

Результаты и их обсуждение.

При поступлении в стационар, основными жалобами больных БА в 100,0% случаях были кашель с небольшим количеством преимущественно слизистой мокроты, особенно при пробуждении, одышки у 100,0% детей, снижения аппетита у 80,0%, вялости у 40,0%, приступов удушья у 80,0% обследуемых, пероральных хрипов у 80,0%, потливости у 50,0%, головной боли у 45,0% больных.

Из анамнеза было выявлено, что большинство больных БА родились от II-III беременности и соответственно II-III родов. У 30,0% женщин имело место различные осложнения течения беременности, 5,0%

больных детей родились с признаками различной степени недоношенности. У 75,0% матерей детей с БА в периоде беременности была выявлена легкая или средне - тяжелая степени железодефицитной анемии.

Было проведено комплексное исследование 20 химических элементов периодической системы Д.И.Менделеева (минералов, эссенциальных, условно-эссенциальных, токсичных и некоторых малоизученных элементов) в волосах у детей, больных бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом. Впервые наиболее точным методом нейтронно-активационного анализа были получены показатели содержания в волосах: I, Mg, Cl, Cu, Mn, Na, K, Ca, Au, Br, Se, Hg, Cr, Ag, Sc, Ba, Rb, Fe, Zn, Co. При изучении микроэлементного гомеостаза были обнаружены дисмикроэлементозы у всех детей. Результаты представлены в таблице №1.

Сравнивая полученные показатели микроэлементов при БА и ОБ с нормативными данными отмечался гипермикроэлементоз хлора (2237 ± 481.1), натрия (820 ± 346.8), брома (3.63 ± 0.741) и железа (34.7 ± 7.69). В свою очередь также отмечался дефицит йода (0.72 ± 0.32), меди (8.9 ± 1.39), марганца (0.35 ± 0.05), стронция (0.005 ± 0.0012), бария ($<1.0 \pm 0.2$), магния ($<10 \pm 0.1$), кальция (528 ± 83.9), золота (0.008 ± 0.002), ртути (0.03 ± 0.0088) и серебра (0.058 ± 0.015). При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода (6.24 ± 2.35), калия

Таблица 1.
Содержание микроэлементов в образцах волос детей с бронхиальной астмой и обструктивным бронхитом, в мкг/г

Элемент	БА (I)	ОБ (II)	Нормативные данные узбекской популяции
I	$0.72 \pm 0.32^*$	6.24 ± 2.35	0.8-1.5
Mg	$<10 \pm 0.1^*$	42.8 ± 19.52	30-60
Cl	2237 ± 481.1	4179 ± 874.6	1000-2000
Cu	8.9 ± 1.39	10.3 ± 3.15	15-20
Mn	0.35 ± 0.05	0.517 ± 0.1	0.5-1.0
Na	820 ± 346.8	1281 ± 480.98	250-800
K	948 ± 510.4	1662.8 ± 258.37	800-1000
Ca	528 ± 83.9	587 ± 191.16	1000-1500
Au	$0.008 \pm 0.002^{**}$	0.0222 ± 0.0034	0.02-0,05
Br	3.63 ± 0.741	9.96 ± 6.15	1-3
Se	0.38 ± 0.044	0.403 ± 0.022	0.35-1.0
Hg	$0.03 \pm 0.0088^*$	0.0549 ± 0.01	0.1-0.3
Cr	0.4 ± 0.085	0.3296 ± 0.03	0.35-1.0
Ag	$0.058 \pm 0.015^{**}$	0.266 ± 0.035	0.1- 0.25
Sc	0.005 ± 0.0012	0.00423 ± 0.00073	0.006-0.015
Ba	$<1.0 \pm 0.2$	2.12 ± 0.65	1.0-5.0
Rb	0.78 ± 0.0004	1.207 ± 0.39	0.5-1.0
Fe	34.7 ± 7.69	29.4 ± 2.67	20-30
Zn	162 ± 18.88	156.45 ± 23.43	150-250
Co	$0.09 \pm 0.0176^*$	0.0479 ± 0.006	0.05-0.1

Примечание: * - при $p < 0.05$ (достоверность различий концентраций МЭ между I и II группами);
**- при $p < 0.01$ (достоверность различий концентраций МЭ между I и II группами)

(1662.8±258.37), рубидия (1.207±0.39), брома (9.96±6.15) хлора (4179±874.6) и натрия (1281±480.98), и в свою очередь дефицит меди (10.3±3.15), золота (0.0222±0.0034), стронция (0.00423±0.00073), кобальта (0.0479±0.006) и кальция (587±191.16).

Таким образом, проблемы микро- и макроэлементозов, их диагностика и медикаментозная коррекция в педиатрической практике весьма актуальны. Важность комплексного исследования баланса микро- и макроэлементов определяется высокой биологической активностью и физиологической значимостью многих из них, сложными взаимоотношениями между ними при физиологических и особенно при патологических состояниях, при бронхиальной астме и обструктивной бронхите у детей.

Выводы.

1. Изучение микроэлементного статуса при обструктивных бронхитах и бронхиальной астме у детей дошкольного возраста позволило определить особенности накопления минералов и микроэлементов в волосах.

2. При бронхиальной астме отмечался гипермикроэлементоз хлора, натрия, брома и железа, и дефицит йода, меди, марганца, стронция, бария, магния, кальция, золота, ртути и серебра.

3. При обструктивном бронхите наблюдался гипермикроэлементоз йода, калия, рубидия, брома, хлора и натрия и дефицит меди, золота, стронция, кобальта и кальция.

4. Контроль содержания в организме человека по крайней мере таких элементов, как Na, K, Mg, Ca, Fe, Zn, Cu, Co, Se очень важен и незначительные нарушения

их метаболизма позволят обеспечить своевременную донозологическую диагностику заболеваний и контролировать эффективность лечения.

Литература:

1. Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А., Строчкова Л.С. // Микроэлементозы человека: этиология, систематизация, органопатология. - М.: Медицина, 1991. - 496 с.
2. Боев В.М., Стремительных В.В., Верещагин Н.Н. и др. Биозлементы и донозологическая диагностика // Микроэлементы в медицине. - 2004. - Том 5, Вып. 4. - С. 17-20.
3. Супрун С.В., Козлов В.К., Евсеева Г.П. и др. Особенности микроэлементного статуса крови у деток Приамурья // Дальневосточный мед. журн. Приложение к N 2/1997. - С. 71-73.
4. Транковская Л.В. Роль дисбаланса микроэлементов в формировании нарушений здоровья малышей: Автореф. дис... докт. мед. наук. - Владивосток, 2004.
5. Козлов В.К., Экология и состояние здоровья малышей Приамурья. - Хабаровск, 1993. - 155 с.
6. Вельтищев Ю.Е., Фокеева В.В. Экология и здоровье деток. Хим экпатология. М.: Столичный НИИ педиатрии и детской хирургии, 1996. - 57 с.
7. Реброва О.Ю. Статистический анализ мед данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М., Медиа Сфера, 2002. 312с.
8. Шарманов Т.Ш., Зельцер М.Е., Ников П.С. Устойчивость к инфекции в критериях приобретенного недостатка йода в питании. - М.: Медицина, 1993. - 144 с.
9. Алиев С.Д., Тагдиси Д.Г., Исмаилов Т.А. и др. // О главных механизмах действия ряда микроэлементов на здоровый и нездоровый организм // Тез. докл. XI Всесоюз. конф. - Самарканд, 1990. - С. 405-407. 11. Подколзин А.А., Донцов В.И. Иммуитет и микроэлементы. - Москва. - 1994. - 144 с.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ**Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М.,
Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Было проанализировано 41 история болезни детей первых шести месяцев жизни с клиническим диагнозом острая кишечная инфекция (ОКИ), находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. Частота ОКИ взаимосвязана с введением прикорма с 4-х месячного возраста, критерием тяжести болезни чаще была интоксикация, обусловленная наличием инвазивного процесса. Поэтому преобладали синдромы гастроэнтероколита и энтероколита, этиологию которых не удалось уточнить в большинстве случаев.

Ключевые слова: острые кишечные инфекции, клиника, диагностика, лечение.

**БИРИНЧИ ЖАРЫМ ЖЫЛДАГЫ БАЛДАРДЫН КУРЧ МҮНӨЗДӨ ӨТҮЧҮҮ
ИЧ ӨТКӨК ООРУСУ****Жолдубаева М.Ж., Карамурзаева Г.А., Баялиева М.М.,
Мамбетова А.И., Аманкулова Д.С.**И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулардын бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2015-жылы Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасында ич өткөк оорусунан даарыланган 6 айга чейинки 41 баланын бейтап баяны изилденди. Ич өткөк ооруларынын көп болуусу балдарга 4 айынан баштап кошумча тамак берилип баштаганына көз каранды. Ууландыруу белгилери оорунун оордугун аныктоодо эң негизгиси болду, бул бактериянын ичегинин чел кабыгына кирүүсүнө байланыштуу. Ошондуктан гастроэнтероколит жана энтероколит синдромдору көбүрөөк кездешип, себебин аныктоого көбүнчө мүмкүнчүлүк болбоду.

Негизги сөздөр: курч мүнөздө өтүүчү ич өткөк оорусу, оорунун оорчусу, даргты аныктоо даарылоо.

**ACUTE INTESTINAL INFECTIONS IN INFANTS
Zholdubaeva M.J., Karamurzaeva G.A., Bayaliev M.M.,
Mambetova A.A., Amankulova D.S.**I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republican clinical infectious hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The analysis of case histories of 41 infants with acute intestinal infections which hospitalized on 2015 to Republican clinical infectious disease hospital. Frequency linked with the introduction of complementary foods from 4 months, the criterion of the severity of the disease was more likely to intoxication due to the presence of the invasive process. Therefore dominated syndromes gastroenterocolitis and enterocolitis, which the etiology could not be clarified in most cases.

Key words: acute intestinal infections, clinical manifestation, diagnosis, treatment.

Введение.

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в мире достаточно высока. Ежегодно на планете заболевают более 500 млн. человек. Острые кишечные инфекции занимают второе место после острых респираторных вирусных инфекций, при этом 60-70% заболевших составляют дети.

По данным ВОЗ, ежегодно в мире умирают от ОКИ и их осложнений более 5 млн. детей. Наиболее высокая заболеваемость регистрируется у детей раннего возраста, так, 2,5 случая заболевания в год приходится на 1 ребенка в возрасте до 3 лет [1,2]. В Кыргызстане около 50,0% ежегодных летальных исходов среди детей в возрасте до 1 года обусловлены диарейными заболеваниями и острыми респираторными инфекциями (ОРИ) [3,4].

С другой стороны отмечается частота недооценки состояния детей раннего возраста с ОКИ, вследствие чего развивается тяжелое обезвоживание (экзикоз) и инфекционный токсикоз, которые являются одной из причин летального исхода болезни [5,6].

Цель исследования – представить основные особенности течения острых кишечных инфекций у детей

первого полугодия жизни.

Материалы и методы.

В работе проведен анализ историй болезни 41 ребенка с ОКИ в возрасте первых шести месяцев жизни, находившихся под наблюдением в Республиканской клинической инфекционной больнице (РКИБ) г.Бишкек в 2015 году.

Использовали общеклинические методы диагностики заболевания, результаты объективного исследования, общего анализа крови, бактериологического исследования и микроскопии кала больного ребенка, а также других биохимических исследований крови. Статистическая обработка была проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты и обсуждение.

Проведен анализ 41-й истории болезни детей первого полугодия жизни с клиническим диагнозом ОКИ, получавших лечение в профильном отделении РКИБ в 2015 году.

Анализируя возрастную структуру больных (рис.1), было установлено, что среди детей первого полугодия преобладали пациенты в возрасте 4-х и 6-ти месяцев

жизни. Можно предположить, что такая особенность была связана с введением прикорма в этот период и возрастанием риска инфицирования острыми кишечными инфекциями.

Среди наблюдаемых нами детей мальчики составляли 58,5%, в то время как девочки – 41,5%. Большинство пациентов (51,2%) были городскими жителями, 39,0% составили жители сельской местности, и 9,8% относились к категории временно проживающих.

Полученные данные при изучении анамнестических данных оказалось, что лишь 19,5% детей с ОКИ были из семей, в которых работали оба родителя, 56,1% составили семьи, где работал только один из родителей и 24,4% - семьи, где родители не работали, что свидетельствует о низком достатке и социальном уровне жизни семей, что могло повлиять на риск присоединения острой кишечной инфекции у детей раннего возраста, и способствовать ее более тяжелому течению.

Контакт с инфекционным больным, по данным эпидемиологического анамнеза выявлен лишь у 19,5% детей, возможный пищевой путь передачи острой кишечной инфекции отмечен в 9,8% случаев.

Анамнез жизни показал наличие 100,0% вакцинации детей раннего возраста по календарю. В 7,3% случаев дети рождались недоношенными, у 39,0% малышей уже была выявлена анемия различной степени

тяжести (нерациональное питание и др. факторы), у 7,3% - определялся избыточный вес, в 51,2% случаев удалось установить положительный аллергологический анамнез (наличие экссудативно-катарального диатеза).

Большинство детей (85,4%) из наблюдаемой нами группы находились на естественном (грудном) вскармливании, в то время, как искусственное вскармливание отмечено лишь у 9,8% больных. Это означает, что грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ и диктует необходимость соблюдения личной гигиены мам и лиц, ухаживающих за ребенком.

Большинство (73,3%) детей, больных острыми кишечными инфекциями поступало в первые три дня от начала заболевания. В 78,0% случаев больные были направлены врачами ЦСМ, 4,9% были доставлены экстренно машиной скорой помощи, в остальных случаях (17,1%) родители обращались в РКИБ за помощью самостоятельно.

Проведен сравнительный анализ диагнозов, выставленных детям при направлении в стационар, при поступлении и заключительный клинический диагноз (рис.2).

Результаты анализа не выявили достоверных отличий ($P < 0,05$), что может свидетельствовать о достаточно высоком уровне профессиональной подготовки врачей на догоспитальном этапе. У 97,6% детей до 6 месяцев жизни острые кишечные инфекции протекали в тяже-

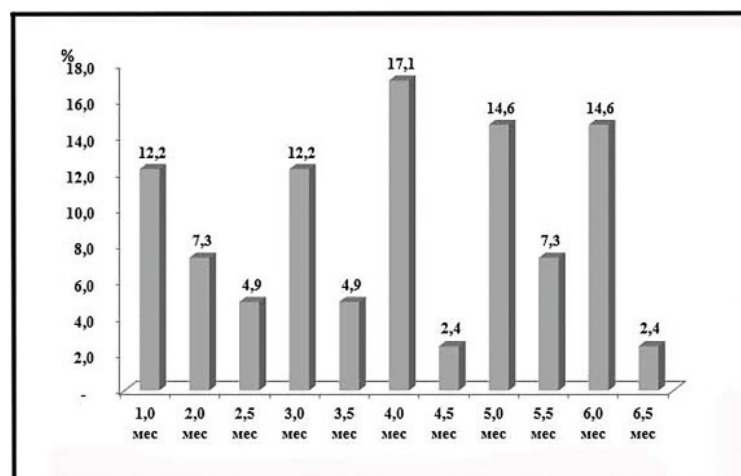


Рис.1. Возрастная структура детей с острыми кишечными инфекциями

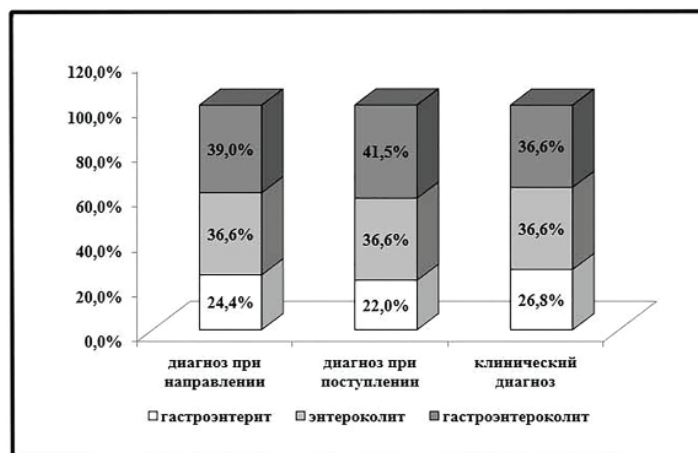


Рис.2. Сопоставление диагнозов при направлении, поступлении в стационар и клинического

лой форме.

Начало заболевания у всех детей (100,0%) было острое. У 95,1% больных детей отмечалось повышение температуры тела до 39,0°C в первый день болезни, рвота была у 24,4% в течение 1,5±0,3 дней.

У 14,6% больных детей отмечались судороги на фоне высокой температуры тела, при этом у 7,3% пациентов судороги сопровождались нарушением сознания, отеком головного мозга, что свидетельствует о выраженности симптомов интоксикации на фоне течения ОКИ у детей первых шести месяцев жизни. Интоксикация, также, проявлялась выраженным беспокойством у 19,5% детей, снижением аппетита - 4,9% и бледностью кожных покровов - 26,8%.

Частота стула при кишечных инфекциях составила: до 5 раз в сутки – 70,0%, 5-10 раз в сутки – 17,5%, более 10 раз в сутки – 12,5%. В тоже время частота тяжелых форм заболевания в этой группе детей составляла 97,6%, что свидетельствует о преобладании симптомов интоксикации, над диарейным синдромом.

Результаты бактериологического исследования кала были отрицательными, что говорит о низком уровне диагностики этиологического фактора ОКИ, возможно из-за погрешностей забора материала, а также отсутствия количественного метода исследования фекалия на условно-патогенную флору. Посев грудного молока матери в 7,3% случаев выявил стафилококк, что не исключает возможность заражения грудного ребенка при вскармливании алиментарным путем.

Анализируя показатели общего анализа крови, был установлен лейкоцитоз, нейтрофилез в 82,9% случаях, что подтверждает инвазивный характер воспалительного процесса.

Антибактериальная терапия по тяжести состояния была назначена 95,1% детей с клиникой ОКИ, при этом монотерапия проводилась в 76,9% случаев, 23,1% составили дети, которые получали комбинированную антибактериальную терапию. Спектр проводимой антибактериальной терапии был узким: ампициллин – 2,6%, препараты цефалоспоринового ряда (цефатоксим, цефтриаксон) – 97,4%. Средняя продолжительность курса этиотропной терапии в стационаре составил 3,9±1,1 дней.

Инфузионная терапия проводилась у 97,6% детей

данной возрастной группы, т.е. всем детям с тяжелой формой ОКИ в течение 2,4±0,8 дней. При этом, признаки обезвоживания были выявлены лишь у 2,4%.

Внутрибольничная суперинфекция отмечена у 2,4% детей с ОКИ, поступивших из других стационаров. Среднее пребывание в стационаре детей с острыми кишечными инфекциями составило 6,6±2,0 дней, выписаны с улучшением.

Выводы:

1. Среди детей раннего возраста преобладали пациенты в возрасте 4-х и 6-ти месяцев жизни, что возможно было обусловлено введением прикорма в этот период и возрастанием риска инфицирования острыми кишечными инфекциями.

2. Грудное вскармливание не уменьшает вероятность инфицирования ОКИ и диктует необходимость соблюдения личной гигиены мам и лиц, ухаживающих за ребенком

3. Низкая этиологическая расшифровка обусловлена нарушением правил забора биоматериала для бактериологического исследования, отсутствием современных методов лабораторной диагностики.

4. ОКИ у детей первых 6-ти месяцев жизни протекала в тяжелой форме (97,6%) и критерием тяжести чаще был инфекционный токсикоз, т.к. преобладал инвазивный характер воспалительного процесса (гастроэнтероколит, энтероколит).

Литература:

1. Горелов А.В., Милютин Ж.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике лечению ОКИ у детей. // М.2005, 106с.
2. Мазанкова Л.Н., Новокионов А.А. Острые кишечные инфекции у детей, современные подходы к диагностике и лечению // Вестник педиатрической фармакологии, 2005.-Т.2.- №2-С.37-43.
3. Тимченко В.Н. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций // СПб., 2004.-384с.
4. Ющук Н.Д., Бродов Л.Е. Острые кишечные инфекции: диагностика и лечение//М., 2001 – 201с.
5. Иванова В.В. Инфекционные болезни у детей // Учебное пособие. М, 2002.-922с
6. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. М.: ГЭОТАР-Медицина, 2001.- С. 46.

ДИСФУНКЦИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА И ИХ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ

Малеванная В.А., Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Целью работы явилась разработка оптимальных схем лечения билиарной дисфункции с использованием современных лекарственных препаратов. В статье представлены методы лабораторной и инструментальной оценки дисфункций билиарного тракта и сфинктера Одди. Исследовано 60 детей. Предложены методы коррекции нарушений пищеварения при дисфункциях билиарного тракта. Отмечены преимущества назначения препарата Гимекромон. Приведены данные о клинических исследованиях дисфункций билиарного тракта у детей на территории КР.

Ключевые слова: билиарная дисфункция, дети, педиатрия, нарушение пищеварения, Гимекромон.

БАЛДАРДЫН БИЛИАРДЫК ТРАКТТЫН ДИСФУНКЦИЯЛАРЫ ЖАНА АЛАРДЫ МЕДИКАМЕНТОЗДУК КОРРЕКЦИЯЛОО

Малеванная В.А., Алымбаев Э.Ш., Кожоназарова Г.К.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада билиардык бузулууларды (дисфункцияларды) заманбап дарылардын жардамы менен айыктырууга ылайыкташтырылган схемаларды иштеп чыгуу жөнүндө баяндалат. Ошондой эле билиардык тракттын (өт каналдарынын) бузулуулары жана сфинктер Оддинин көрсөткүчүнүн лабораториялык жана инструменталдык баалоонун ыкмалары берилген. Тажрыйбанын алкагында алтымыш бала изилденген. Билиардык тракт бузулганда пайда болуучу тамакты сиңирүүдөгү кыйынчылыктарды ондоонун (коррекциялоонун) ыкмалары сунушталат. Бул дартты айыктырууда Гимекромон дарысынын артыкчылыгын белгилөө менен бирге Кыргыз Республикасында балдардагы билиардык тракттын бузулуулары боюнча жүргүзүлгөн клиникалык изилдөөлөрдүн натыйжалары көрсөтүлгөн.

Негизги сөздөр: билиардык бузулуулар, дисфункциялар, балдар, педиатрия, тамак сиңирүүнүн бузулуусу, Гимекромон.

DYSFUNCTIONS OF BILIARY TRACT AND THEIR MEDICAMENTOUS CORRECTION IN CHILDREN

Malevannaya V.A., Alymbaev E.Sh., Kojonazarova G. K.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The aim of the article was working out of optimal schemes of biliary dysfunction treatment using modern medicinal preparations. Methods of laboratory and instrumental evaluations of biliary tract and sphincter of

Oddy dysfunction are represented in this article. 60 children were examined. Methods of correction of digestive disturbance in biliary tract dysfunctions are suggested. Advantages of Gymecramon preparation prescription are marked, findings about clinical investigation of biliary tract dysfunctions of children in the Kyrgyz republic are given.

Key words: biliary dysfunction, children, pediatrics, disturbances of digestion, Gymecramon.

В повседневной практике детского гастро-энтеролога встречается такое понятие как функциональная диспепсия, которое встречается во всех возрастных категориях детского возраста. К сожалению, нет единого понимания данного термина, что в повседневной жизни педиатра приводит либо к неоправданному назначению медикаментозных средств, либо остается без должного внимания, так как нет единого алгоритма терапии и клинико-диагностических мероприятий.

Распространенность функциональных нарушений билиарного тракта в детском возрасте по оценкам как зарубежных, так и отечественных исследователей, составляет от 12 до 58%. С клинической точки зрения функциональные нарушения билиарного тракта представляют особый интерес, так как способствуют формированию и прогрессированию целого ряда заболеваний органического характера и в первую очередь патологии, связанной с присоединением воспалительного процесса в желчных путях и нарушением коллоидных свойств желчи за счет нарушения ее пассажа.

В связи с этим ранняя диагностика и адекватная терапия нарушений функции ЖП и сфинктерного аппарата желчных путей являются важными клиническими

задачами, решение которых делает возможной профилактику хронической патологии желчевыводящих путей.

Согласно Римскому консенсусу (1999), для обозначения данного состояния, принят термин «дисфункциональные расстройства билиарного тракта», которые подразделяют на 2 типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди, с различными вариантами нарушения моторной функции (гипотоническое, гипокинетическое, гипертоническое и гиперкинетическое) которые, однако, не всегда можно строго разделить.

Учитывая вышесказанное, **целью настоящей работы** явилась разработка оптимальных схем лечения билиарной дисфункции с использованием современных лекарственных препаратов.

Материалы и методы исследования.

Под нашим наблюдением находилось 60 детей от 7 до 14 лет с нарушением моторно-эвакуаторной функции желчевыводительной системы без признаков воспаления. 35 детей до 10 лет и 25 детей с 10 до 14 лет.

Всем больным проведены общеклинические исследования, которые включали в себя ОАК, БХА,

анализ кала на копрологию. Из инструментальных методов, учитывая тесную связь функциональных расстройств желчевыделительной системы с синдромом вегетососудистой дистонии, всем детям была проведена оценка вегетативного статуса путем определения КИГ (кардиоинтервалография). Для уточнения функционального состояния билиарного тракта использовали УЗИ с оценкой ПДФ (показателя двигательной функции) желчного пузыря. При гипермоторной дискинезии на 30-й минуте исследования отмечалось сокращение желчного пузыря более чем на 60%, при гипомоторных дискинезиях сокращение происходило менее чем на 40%. При спазме протоков желчный пузырь сокращался на 10–20-й минуте.

Результаты исследования.

Гипотоническая форма обнаруживалась у 44 детей (73,3 %), гипермоторная форма дисфункции была констатирована у 16 детей (26,6%).

У всех исследуемых детей имел место болевой синдром. Боли возникали преимущественно после еды, носили в основном приступообразный характер с различными вариантами интенсивности. У 48 больных (80%) наблюдалось снижение аппетита. У 35 ребят (58%) имелись периодические приступы тошноты и рвота у 21(35%) ребенка. У 28 (46,6%) мы обнаружили нарушение

стула в виде запоров. Жалобы на вздутие живота имелись у 19 (31,6%) детей. На УЗИ была выявлена взвесь желчи на дне ЖП у 18 (30%) пациентов. У 46 (76,6%) детей выявлены изменения на кардиоинтервалограмме, свидетельствующие в пользу синдрома вегетативной дисфункции.

При преобладании ваготонии наблюдалась гиперкинетическая форма дисфункции билиарного тракта. При гипотонической форме дисфункции желчного пузыря имела место симпатикотония. У всех обследуемых детей общеклинические исследования крови не имели существенных отклонений от нормы.

Комплексное лечение в условиях дневного стационара включало медикаментозную и немедикаментозную терапию. Из немедикаментозной терапии на первый план выступала диетотерапия с исключением продуктов, богатых животными и растительными жирами, с высоким уровнем холестерина, которые усиливали моторику ЖП и вязкость желчи, тем самым провоцируя болевой и диспепсический синдромы. Также отдавалась важная роль коррекции вегетативной дисфункции: ограничение эмоциональных и физических нагрузок, проведение курсов лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения, массажа воротниковой

Таблица 1.
Клиническая характеристика больных до лечения.

Параметры	Группы больных							
	I группа n=20		II группа n=20		Всего n=40		III (контр) n=20	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абдоминальные боли	20	100%	20	100%	40	100%	20	100%
Тошнота	11	55%	13	65%	24	60%	11	55%
Рвота	8	40%	8	40%	16	40%	5	25%
Метеоризм	5	25%	10	50%	15	37,5%	4	20%
Сниженный аппетит	16	80%	16	80%	32	80%	16	80%
Запор	15	75%	8	40%	23	57,5%	5	25%
Взвесь желчи в ЖП	5	25%	9	45%	14	35%	4	20%

Таблица 2.
Динамика клинической картины после лечения.

Параметры	Группы больных							
	I группа n=20		II группа n=20		Всего n=40		III(контр) n=20	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Абдоминальные боли	13	65%	--	--	13	32,5%	17	85%
Тошнота	6	30%	--	---	6	15%	9	45%
Рвота	--	--	--	--	--	--	--	--
Метеоризм	3	15%	--	--	13	7,5%	4	20%
Сниженный аппетит	10	50%	--	--	10	25%	14	70%
Запор	10	50%	--	--	10	25%	6	25%
Взвесь желчи в ЖП	5	25%	2	10%	7	17,5%	4	20%

зоны.

В медикаментозной терапии нами использовался препарат гимекромон (одестон).

Все обследуемые дети были поделены на 3 группы по 20 человек в каждой.

- I-ая группа получала немедикаментозное лечение.

Проводилась коррекция диеты с курсом физиопроцедур.

- II-ая группа получала комплексную терапию.

Немедикаментозное лечение в сочетании с препаратом гимекромон. Дозы препарата гимекромон составили 300 мг/сутки у детей до 10 лет и 600 мг/сутки детей 11–14 лет в течение 14 дней.

- III группа являлась контрольной. Лечение не получали. Дети находились под наблюдением.

При анализе полученных данных выявлено следующее:

В первой группе на фоне коррекции диеты и физиотерапии болевой синдром сохранялся у 13(65%) из 20 больных за весь курс лечения. Во второй группе боли исчезли у всех обследуемых детей, как с гипомоторной дискинезией, так и с гипермоторной. В контрольной группе боли сохранялись у 17 (85%) из 20 детей. Рвота была купирована во всех исследуемых группах в 100%. Однако, тошнота сохранялась у 6(30%) из 11 детей в первой группе, во второй группе полностью купирована. В контрольной группе чувство тошноты сохранялось у 9(45%) детей. Явления метеоризма сохранялись у 3(15%) пациентов из 5 в первой группе. Во второй все дети отметили либо уменьшение, либо полное исчезновение вздутия живота. В контрольной группе только у одного пациента из 4 уменьшилось количество эпизодов вздутия. У детей с пониженным аппетитом в первой группе отсутствие положительной динамики у 10 обследуемых (50%) из 16. Во второй группе аппетит улучшился у всех детей. В контрольной—у 14 детей (70%) аппетит оставался сниженным. Запоры сохранялись в первой группе у 10 детей (50%). Во второй все дети отметили появления ежедневного стула. В контрольной группе запоры сохранялись у 6(30%) детей. Наличие осадка в желчном пузыре наблюдалось во второй группе у 2-ух

детей. В первой и контрольной группах наличие осадка сохранялось у всех обследуемых детей на всем протяжении исследования. В процессе лечения дети, получавшие гимекромон, хорошо переносили препарат, аллергических реакций и побочных эффектов обнаружено не было.

Выводы: результаты проведенных исследований показали:

1. Диетотерапия с курсом физиопроцедур оказались недостаточно эффективными в коррекции дискинезий желчевыделительной системы.

2. Комплексный подход к проблеме функциональных билиарных расстройств является наиболее эффективным.

3. В группе детей, получавших комплексную терапию с препаратом гимекромон отмечалось значительное улучшение состояния.

4. Во время приема была отмечена хорошая переносимость препарата, что в совокупности позволяет рекомендовать гимекромон для лечения билиарных дисфункций у детей.

Литература:

1. Насонова С.В., Цветкова Л.И. «Опыт применения Одестона в лечении хронических заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей», ж. «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии». 2000, № 3, 87-90.
2. Насонова С.В., Лебедева О.И. «Одестон в лечении хронических заболеваний гепатобилиарной системы», «Военно-мед.журнал», 2001, № 3, 49-53.
3. Яковенко Э.П. и др. «Одестон в терапии заболеваний билиарного тракта», ж. «Практикующий врач», 2001, № 19, 30-32.
4. Шахабаева Г.К. Лечение билиарных дисфункций у детей / Г.К. Шахабаева // Здоровье и болезнь. — 2012. — № 5(107). — С. 114–117.
5. Шкуринская М.П. Болезни желчевыводящих путей у детей: современное состояние вопроса и роль санаторно-курортного лечения / М.П. Шкуринская, Т.П. Сизых // Сибирский медицинский журнал. — 2004. — № 8. — С.12–19.

**СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОСТРЫМИ ВИРУСНЫМИ И
ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

**Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К.,
Чечетова С.В., Мамбетова М.К.**

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
Республиканская клиническая инфекционная больница
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен сравнительный анализ случаев судорожного синдрома у 146 детей, больных острыми респираторными вирусными (ОРВИ) и кишечными инфекциями (ОКИ), а также микстинфекцией ОРВИ+ОКИ. Судорожный синдром чаще отмечался у детей первого года жизни (62,0%) на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии (ГИЭ) и определял тяжесть болезни.

Ключевые слова: дети, острые респираторные вирусные инфекции, острые кишечные инфекции, судорожный синдром.

**ЖУГУШТУУ ИЧ ӨТКӨК ЖАНА КУРЧ МҮНӨЗДӨ ӨТҮҮЧҮ РЕСПИРАТОРДУК
ВИРУСТУК ЖУГУШТУУ ООРУЛАР МЕНЕН ООРУГАН БАЛДАРДА КАЛТЫРАТМАНЫН
КЕЗДЕШҮҮСҮ**

**Урванова А.В., Ерушкевич Д.С., Джолбунова З.К.,
Чечетова С.В., Мамбетова М.К.**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул илимий иликтөөдө балдарда, курч мүнөздө өтүүчү, респиратордук вирустук оорулар, ич өткөк оорулары жана аралаш-инфекциялар менен ооруган 146 бейтапта калтыратманын жолугуусу салыштырмалуу түрдө изилденди. Калтыратма гипоксикалык-ишемикалык энцефалопатиясы жана мээнин басымынын жогоруланышы менен жабыркаган бир жашка чейинки 62,0% балада кездешти жана оорунун өтүшүнө терс таасирин тийгизди.

Негизги сөздөр: балдар, курч мүнөздө өтүүчү респиратордук вирустук жугуштуу оорулар, өткөл ич өткөк оорусу, калтыратма.

**CONVULSION SYNDROME IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY VIRAL AND
ACUTE INTESTINAL INFECTIONS**

**Urvanova A.V., Erushkevich D.C., Djolbunova Z.K.,
Chechetova C.V., Mambetova M.K.**

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Republic clinical infection hospital
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The comparative analysis of cases of convulsion syndrome in 146 children with acute respiratory viral and acute intestinal infections as well as mixinfection of (ARVI+AI). Convulsion syndrome more frequently observed in 62% children at the first year of life with hypoxic ischemic-encephalopathy (HIE) determined the severity of the disease.

Key words: children, acute respiratory viral infection, acute intestinal infection, convulsion syndrome.

Введение.

Известно, что острые респираторные вирусные (ОРВИ) и кишечные (ОКИ) инфекции являются актуальной проблемой в педиатрии, т.к. относятся к наиболее часто встречающимся инфекциям с развитием неотложных синдромов, в том числе и нейротоксикоза, под которым следует понимать общую реакцию организма (разновидность инфекционного токсикоза) на любой инфекционный агент [1, 3, 4, 5].

В настоящее время нейротоксический синдром у детей раннего возраста рассматривается раздробленно в виде гипертермического, интоксикационного, общемозгового и менингеального синдромов. Одним из проявлений общемозговой симптоматики при ОРВИ и ОКИ являются судороги тонико-клонического характера с нарушением сознания [2, 4].

Ведущим механизмом является непосредственное повреждающее действие токсинов на эндотелий сосудов, которое приводит к активации тучных клеток, базофилов, выработке активных веществ (серотонин,

гистамин, интерлейкины) и гормонов. Это способствует централизации кровообращения, гипоксии тканей, повышению проницаемости сосудистых и клеточных мембран, развивается трансминерализация клеток и их отек (вазогенный отек мозга), что приводит к нарушению регуляции дыхательного и сосудистого центров [3, 4].

В основе возникновения судорожного синдрома лежит патологическая реакция ЦНС на действие инфекционных агентов и их токсинов у детей с повышенной судорожной готовностью мозга, которая может быть обусловлена предрасположенностью к пароксизмальным состояниям у детей с перинатальной патологией ЦНС (внутриутробная инфекция, ГИЭ) [4, 5].

Целью настоящей работы являлось выявление частоты и особенностей течения ОКИ и ОРВИ у детей с развитием судорожного синдрома.

Материалы и методы исследования.

В течение 2015 года наблюдали 146 детей с клиническим диагнозом острой кишечной инфекции (ОКИ) и острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) в

профильных отделениях Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ). Из них 52 ребенка поступили с диагнозом «ОКИ, судорожный синдром» и 58 - с диагнозом «ОРВИ, судорожный синдром», а также 36 детей с микст-инфекцией ОРВИ+ОКИ с судорожным синдромом. Проведено клинко-эпидемиологическое обследование детей с судорожным синдромом. Использовались общеклинические, биохимические и функциональные (рентген легких, УЗИ головного мозга) методы исследования по показаниям.

Результаты и обсуждение.

Возрастная структура обследованных больных была представлена следующим образом: дети в возрасте до 1 года – 62,0%; от 1 года до 3-х лет – 34,0% больных, старше 3 лет – 4,0%.

Среди заболевших детей большинство (76,0%) были городскими жителями. При изучении эпидемиологического анамнеза выявлен контакт с больными ОРВИ и ОКИ у 38,0% детей, заболевание связывали с переохлаждением – 62,0%.

Больные в основном поступали в профильные отделения РКИБ в первые 3-е суток от начала заболевания (78,8%), что было обусловлено развитием судорожного синдрома. Следует отметить, что до поступления в инфекционный стационар лишь 4,8% детей получили противосудорожные препараты: диазепам, сибазон, жаропонижающие препараты (58,9%) - парацетамол, ибупрофен, нурофен, цефиксоновые свечи. Антибактериальная терапия (амоксиклав, цефотоксим, цефазолин, ампициллин и др.) на догоспитальном этапе отмечена у 28,8% больных.

Больные ОРВИ и ОКИ дети поступали в инфекционный стационар с основным направляющим диагнозом «ОРВИ или ОКИ, фебрильные судороги» в 84,9% случаев, у остальных пациентов судороги отмечались уже при поступлении в стационар.

В структуре клинических диагнозов у наблюдаемых больных в 39,8% случаев выявлено ОРВИ с судорожным синдромом, у 35,6% детей - ОКИ с судорожным синдромом и микст-инфекция – в 24,6% случаев.

Каждый второй ребенок (53,4%) имел неблагоприятный преморбидный фон с поражением ЦНС: гипоксически-ишемическая энцефалопатия (ГИЭ), черепно-мозговая травма, детский церебральный паралич (ДЦП), гидроцефалия, киста головного мозга. Из них только 32,9% детей раннего возраста состояли на учете у невропатолога, что свидетельствует о возможном отрицательном влиянии острых инфекций (ОРВИ и ОКИ) на развитие судорожного синдрома у детей, которым в дальнейшем необходимо обследование и наблюдение невролога.

При детальном анализе оказалось, что повторные судороги в анамнезе были у 28,1% детей, у 22,6% детей судороги не прекращались и были повторными в стационаре. Эти данные наталкивают на возможность развития эпилепсии и необходимости назначения противоэпилептических препаратов под контролем энцефалографии и динамического наблюдения невролога.

Основными жалобами при поступлении были повышение температуры тела и судороги. Следует

отметить, что развитие судорог на фоне субфебрильной температуры (37,0-38,0° С) отмечалось у детей раннего возраста на фоне ГИЭ и синдрома внутримозговой гипертензии, которые сыграли ведущую роль в генезе развития судорог у этих детей.

Несмотря на развитие судорожного синдрома, была установлена среднетяжелая форма у 51,4% больных, а тяжелая форма болезни - у 48,6%. Хотя, наличие судорожного синдрома у детей с ОКИ и ОРВИ свидетельствует о тяжелой форме болезни, поэтому фактически у каждого второго ребенка была недооценка тяжести состояния. Следует отметить, что 10,3% больных по тяжести состояния получили лечение в отделении реанимации, из-за пневмонии с дыхательной недостаточностью и развития отека головного мозга (ОГМ) и ДВС-синдрома.

Негативное влияние на течение болезни оказывала анемия у 37,7%, как сопутствующая патология.

Проведен сравнительный анализ клинического течения ОКИ с судорожным синдромом (1 группа – 52 больных) с детьми, у которых отмечалось ОРВИ с судорожным синдромом (2 группа - 58 больных), а также с 3-й группой детей (36) с микст-инфекцией ОРВИ+ОКИ с судорожным синдромом (табл.1).

Анализ данных табл. 1 показал, что повышение температуры тела до 38,5°С достоверно ($P<0,05$) чаще было у больных с ОКИ и микст-инфекцией ($86,5\pm3,2\%$; $62,1\pm5,0\%$; $77,8\pm4,0\%$), а выше 39°С достоверно ($P<0,05$) чаще у больных с ОРВИ и микст-инфекцией ($13,5\pm0,4\%$; $37,9\pm7,5\%$; $22,2\pm3,0\%$). Рвота ($51,9\pm5,4\%$; $29,3\pm7,5\%$; $61,1\pm4,4\%$) достоверно ($P<0,05$) чаще отмечался у детей с ОКИ (1) и микст-инфекцией (3).

Менингеальные знаки ($7,7\pm0,3\%$; $5,2\pm0,3\%$; $5,5\pm3,0\%$) и общемозговые симптомы ($67,3\pm5,0\%$; $77,6\pm3,6\%$; $63,9\pm4,9\%$) не имели достоверных ($P>0,05$) отличий у больных в сравниваемых группах.

Выявлена отрицательная корреляционная связь между длительностью судорог и возрастом ребенка: чем младше был ребенок, тем дольше сохранялись судороги ($r_1 = -0,3$; $r_2 = -0,3$; $r_3 = -0,4$). Развитие очаговой симптоматики достоверно ($P<0,05$) чаще наблюдалось у детей первого года жизни с ОКИ и микст-инфекцией, что являлось проявлением отека головного мозга (табл.1).

Анализ данных периферической крови позволил выявить в поздние сроки болезни у 26,7% больных лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево, также повышение СОЭ. Эти данные периферической крови свидетельствуют о присоединении вторичной бактериальной инфекции у больных с ОРВИ и осложненном течении болезней.

УЗИ головного мозга у 8,2% детей первого года жизни позволило выявить признаки внутримозговой гипертензии и отека головного мозга, что свидетельствует о наличии поражения ЦНС у детей с судорожным синдромом.

Терапия у всех больных детей включала антибактериальное, дезинтоксикационное, противосудорожное и симптоматическое лечение. Антибиотики были назначены большинству 82,2% больных в ранние сроки заболевания, спектр которых был разнообразным:

Таблица 1.

Частота клинических симптомов у детей, больных ОКИ, ОРВИ с судорожным синдромом

Клинические симптомы	1 группа ОКИ с судорожным синдромом n=52, M±m, %	2 группа ОРВИ с судорожным синдромом n=58, M±m, %	3 группа Микст-инфекция (ОРВИ+ОКИ) с судорожным синдромом n=36, M±m, %	P
t=37,0 ⁰ -38,5 ⁰ C	86,5±3,2	62,1±5,0	77,8±4,0	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ <0,05
t>39 ⁰ C	13,5±0,4	37,9±7,5	22,2±3,0	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ >0,05
Менингеальные знаки	7,7±0,3	5,2±0,3	5,5±3,0	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
Общемозговые симптомы	67,3±5,0	77,6±3,6	63,9±4,9	P ₁₋₂ >0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ >0,05
Рвота	51,9±5,4	29,3±7,5	61,1±4,4	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ <0,05 P ₂₋₃ <0,05
Очаговая симптоматика	7,7±0,3	5,2±1,2	8,3±0,3	P ₁₋₂ <0,05 P ₁₋₃ >0,05 P ₂₋₃ <0,05

цефазолин, гентамицин, цефатоксим, цефтриаксон, амоксициллин и ампициллин. Однако основным показанием для назначения антибактериальной терапии у больных с ОРВИ и ОКИ являлось наличие пневмонии и развитие тяжелых неотложных синдромов.

Противосудорожные препараты в стационаре получили 44,5% детей: сибазон, диазепам, сульфат магния. Часть детей с перинатальной патологией ЦНС принимали фенobarбитал. Больные дети старше года, состоящие на учете у невролога, по поводу судорожного синдрома, продолжали получать конвулекс, карбамазепин и др. препараты.

Исход болезни у 30,1% больных закончился выздоровлением, 52,0% - выписаны с улучшением и 17,9% детей родители забрали самовольно домой из стационара после купирования судорог на 1-2-й день пребывания.

Выводы:

1. Судорожный синдром чаще отмечался у детей в возрасте до 1 года (62,0%) жизни на фоне гипоксически-ишемической энцефалопатии.

2. ОКИ и ОРВИ у детей раннего возраста были провоцирующим фактором развития судорожного синдрома, выявления ГИЭ у каждого 3-го больного, которые требуют дальнейшего наблюдения невролога и применения противосудорожных препаратов в случае повторных судорог.

3. Судорожный синдром определяет тяжесть

течения болезни (ОРВИ и ОКИ), диктует необходимость назначения неотложной синдромальной терапии и настороженности лечащего врача и родителей, т.к. необходима профилактика вероятности развития эпилепсии.

Литература:

1. Богадельников, И.В. Клинические методы диагностики поражения нервной системы при инфекционных заболеваниях у детей / И. В. Богадельников, Г. М. Кушнир // Здоровье матери и ребенка. - 2008. - № 2 (11). - С. 113-123.
2. Боконбаева, С. Дж. Клиническая характеристика судорожных состояний у детей раннего возраста / С. Дж. Боконбаева, А. Ш. Кадырова, В. В. Василенко // Здоровье матери и ребенка. - 2009. - Том 1, Приложение 1. - С. 100-102.
3. Гуменник, Е. В. Постгипоксические судороги у доношенных новорожденных : диагностика, лечение, прогноз: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Е. В. Гуменник. - СПб., 2007. - 22с.
4. Крамарев, С. А. Реакции и поражения нервной системы у детей при инфекционных болезнях /С. А. Крамарев // Medicus Amicus 2005. - № 4. - С.48-61. (<http://www.medicusamicus.com/index.php>).
5. Нейротоксический синдром при инфекционной патологии у детей / Н. А. Дубовицкая, Е. В. Михайлова, А. Г. Буланова и др. // Журнал инфектологии. - 2012. - Том 4, № 3. - С.43.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРОТИТНОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Шаршенбекова А.Ш., Акимжан кызы Б., А. Чыныева Д.К., Абдусаторов А.А.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Республиканская клиническая инфекционная больница

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведен анализ заболеваемости паротитной инфекцией по данным РКИБ за период с 2010 по 2015 годы и проведен ретроспективный анализ 36 историй болезни больных паротитной инфекцией, где выявлен высокий удельный вес взрослых (83%), по сравнению с детьми. У каждого второго больного имело место вакциноассоциированные формы паротитной инфекции после вакцинации (КПК) по контакту с коревыми больными. Заболевание протекало как в среднетяжелой форме (56,8%), так и в тяжелой (43,2%).

Ключевые слова: паротитная инфекция, вакцина - КПК эпидемиология, диагностика, лечение.

ВИРУС ЧАКЫРГАН ПАРОТИТ ООРУСУНУН ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫК ЖАНА КЛИНИКАЛЫК ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ

Шаршенбекова А.Ш., Акимжан кызы Б., А. Чыныева Д.К. Абдусаторов А.А.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Республикалык клиникалык жугуштуу оорулар бейтапканасы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 2010 жылдан баштап 2015 жылга чейинки убакытта, Республикалык жугуштуу оорулар бейтапканасына кайрылган паротит жугуштуу дарты изилденди жана 36 оорунун бейтап баяны ретроспективдик талдоодон өткөрүлдү, ошонун арасында балдарга караганда улуу муундагы адамдардын (83%) ооруга көбүрөөк чалдыкканы аныкталды. Кызамык оорусу менен контактта болгон бейтаптар КПК эмдөөсүн алган сон, ар бир экинчи бейтап паротит жугуштуу дарты менен ооруганы белгиленди. Оору орто (56,8%) жана оор (43,2%) түрүндө өттү.

Негизги сөздөр: вирус чакырган паротит дарты, эпидемиологиясы, КПК вакцинасы, дартты аныктоо, дарылоо.

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF MUMPS

Sharshenbekova A.S., Akimzhan kyzy B., A. Chynyeva D.K., Abdusattor A.A.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Republic clinical infection hospital

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The article analyzes the incidence of mumps infection according RKIB for the period from 2010 to 2015 and carried out a retrospective analysis of 36 case histories of patients with mumps infection, which revealed a high specific weight of adults (83%) compared with children. Every second patient has been a form of vaccine mumps infection after vaccination (MMR) in contact with measles patients. Disease proceeded in moderate form (56.8%), and in severe (43.2%).

Key words: mumps infection, the vaccine - MMR epidemiology, diagnostic, treatment.

Паротитная инфекция остается одной из актуальных проблем здравоохранения из-за высокой распространенности, тяжести течения болезни и частотой развития осложнений. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более 300 млн. случаев заболевания паротитной инфекцией и около 1 млн. смертельных исходов от кори, краснухи и паротитной инфекции не только среди детей, но и среди взрослого населения. В последние годы в большинстве стран мира заболеваемость паротитной инфекцией находится на уровне от 100 до 1000 на 100000 населения с эпидемическими пиками каждые 2-5 лет [1, 3, 4]. Страны Центральной Азии, в том числе Кыргызстан относятся к региону высокой заболеваемости паротитной инфекцией. В настоящее время появились данные о вакциноассоциированных случаях паротитной инфекции, которые не имеют различий в клинической картине от не ассоциированных с вакцинацией случаев болезни [2, 4]. Это требует более настороженного отношения врачей общей практики к своевременной диагностике данной инфекции.

Цель представить клинико-эпидемиологические особенности паротитной инфекции у детей и взрослых на современном этапе.

Материалы и методы.

Были использованы для анализа заболеваемости паротитной инфекцией данные Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ) г. Бишкек и проведен анализ 36 историй болезни, больных паротитной инфекцией, находившихся на стационарном лечении в РКИБ в 2015 году. При постановке диагноза были использованы клинико-эпидемиологические и лабораторные данные. По показаниям были проведены дополнительные методы исследования (УЗИ поджелудочной железы, лимфатических узлов).

Статистическая обработка данных проведена с помощью компьютерной программы SPSS.

Результаты обследования.

По данным РКИБ с 2010 по 2015 годы отмечался рост заболеваемости паротитной инфекцией в Кыргызской Республике (Рис. 1).

Следует отметить, что среди поступивших в РКИБ больных паротитной инфекцией в 2015 году у каждого второго были выявлены вакциноассоциированные формы болезни.

Подъем заболеваемости паротитной инфекцией в 78% случаев приходился на февраль и март месяцы (рис.

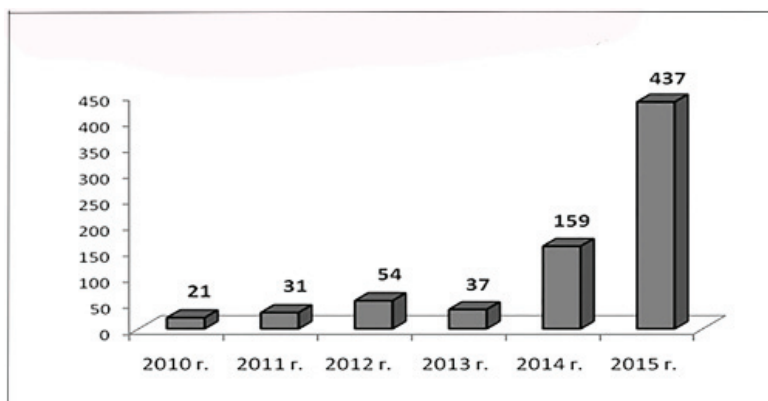


Рис. 1. Частота обращаемости больных паротитной инфекцией в РКИБ (абс.число).

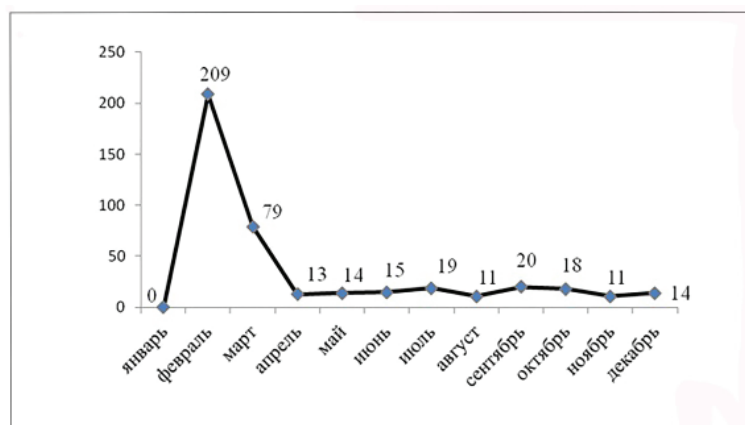


Рис.2. Сезонность заболеваемости паротитной инфекцией

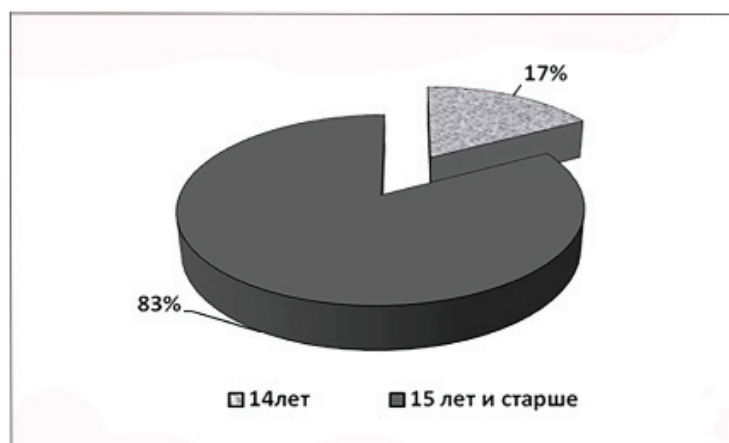


Рис. 3. Возрастная структура больных паротитной инфекцией, поступивших в РКИБ (2015 г).

2).

Возрастная структура больных паротитной инфекцией, госпитализированных в РКИБ свидетельствует, о высокой частоте заболеваемости среди взрослых (83%), чем детей (17%) (рис. 3).

Детальный анализ возрастной структуры госпитализированных больных, представлен следующим образом: от 1-14 лет - 6 (17%), 14-20 лет -18 (50%), старше 20 лет -12 (33%), что свидетельствует о преобладании взрослых. Вероятно, это связано с отсутствием поствакцинального иммунитета против паротита и перенесенной инфекции в детстве у данной группы

больных. По половому признаку преобладали лица мужского пола 25 (69,4%).

Среди госпитализированных больных, преобладали городские жители 26 (69%), что обусловлено воздушно-капельным механизмом передачи, скученностью населения, высокой восприимчивостью и процессами миграции населения. Контакт с больным паротитом был выявлен только в 14,0% случаях

При изучении истории болезни больных паротитной инфекцией, 13 (36,1%) поступили в стационар в первые 3 дня болезни, 23 (63,8%) - в поздние (на 4-7 дни) сроки болезни. Интересно было отметить, что

больные вакциноассоциированной формой болезни поступали в стационар от 3 - до 20 дней после вакцинации КПК – вакциной (против кори, паротита, краснухи), преимущественно это были больные старше 15 лет.

Самостоятельно обратились в РКИБ 58,3% больных паротитной инфекцией, центрами семейной медицины направлены – 28,0% и доставлены скорой медицинской помощью 13,7% пациентов.

До поступления в стационар 8,1% больных самостоятельно получали антибиотики в течение 3-4 дней и наблюдались у узких специалистов по поводу неспецифического лимфаденита, что свидетельствует о необходимости более дифференцированного подхода врачей первичного звена к диагностике паротитной инфекции.

В структуре клинических диагнозов у всех наблюдаемых больных паротитной инфекцией регистрировалась только железистая форма. Из них у каждого второго больного выявлен односторонний или двухсторонний паротит, паротит + орхит в 39,0% случаях и паротит + панкреатит - у 11,0% больных.

У большинства (56,8%) больных паротитная инфекция протекала в среднетяжелой форме, тогда как тяжелые формы болезни регистрировались у 43,2% пациентов с поражением нескольких групп желез. Критериями тяжести являлись выраженность лихорадки, симптомы интоксикации, поражение нескольких групп желез и развитие осложнений.

Заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до 37,5-38,0°C в 38,9% случаях, 38,0°C - 39,0°C - у 50,0% больных и выше 39,0°C - в 11,1% случаях. Длительность лихорадки сохранялась в течение 4 - 8 дней. Лихорадка сопровождалась другими симптомами интоксикации: головная боль, снижение аппетита, рвота, слабость, которые усиливались при поражении других желез. Характерным симптомом болезни было появление припухлости околоушной железы с одной стороны, а через 1-2 дня с другой. Увеличение околоушной железы достигало максимума в первые 3 дня. В области околоушной железы отмечалась болезненность при жевании, глотании, снижение саливации, сухость слизистой ротовой полости. Постепенное уменьшение воспалительного процесса в железе способствовало уменьшению размеров железы в течение 6-9 дней.

Клиническая картина острого панкреатита развивалась на 3-5 день от начала болезни, характеризовалась болями в эпигастриальной области, тошнотой, повторной рвотой и лихорадкой. У всех больных были высокие показатели диастазы крови, подтверждающие развитие панкреатита, симптомы

которого сохранялись до 6-9 дней.

Воспаление половых желез (орхит) развивались у подростков и взрослых больных на 4-5 день от начала болезни. У всех больных отмечались боли в области мошонки, одностороннее увеличение яичка, отечность, повышение температуры до высоких цифр в течение 2-5 дней.

Прилабораторном исследовании в периферическом анализе крови у 75% наблюдаемых больных были выявлены лейкопения и лимфоцитоз.

Таким образом, сочетанное поражение нескольких групп желез при паротитной инфекции определяет тяжесть болезни и необходимость проведения антибактериальной терапии, а также назначения кортикостероидов.

На фоне проводимой терапии антибактериальной терапии в течение 7-9 дней у всех больных паротитной инфекцией отмечалась положительная динамика. Продолжительность койко-дней у больных паротитной инфекцией составила $7,5 \pm 2,5$ дней. А у больных комбинированной формой паротитной инфекции продолжительность койко-дней была дольше ($14 \pm 4,5$) дней.

Выводы:

1. В Кыргызстане отмечается рост заболеваемости паротитной инфекцией, преимущественно среди лиц старше 14 лет и взрослых (83,0%), что диктует необходимость не только вакцинации, но и проведения обязательной ревакцинации в 6 лет.

2. Рост заболеваемости паротитной инфекции после вакцинации КПК как среди взрослых, так и детей, свидетельствует о том, что эти больные не были вакцинированы и не болели в детстве паротитной инфекцией.

3. Паротитная инфекция у вакцинированных больных протекает как в среднетяжелой, так и в тяжелой форме болезни с поражением нескольких групп желез.

Литература:

1. *Инфекционные болезни: национальное руководство.* Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1056с.
2. *Руководство по инфекционным болезням.* Под ред. чл.-корр. РАМН Ю. В. Лобзина. СПб: Фолиант.- 2000. - 932с.
3. *Инфекционные болезни человека – динамика и контроль.* Р.Андерсон: Научный мир.-2004.-458.
4. *Активная иммунизация против паротита и ее влияние на эпидемический процесс в Кыргызской Республике.* С.Г. Васикова-Вестник КРСУ. - 2012. - Том 12.- №9.- С.38-40.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМ ТРАВМАТОЛОГИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Ургуналиев Б. К., Кулназаров А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Приведенные факты свидетельствуют о том, что в современных условиях травматология челюстно-лицевой области продолжает представлять собой актуальную медицинскую и социально-экономическую проблему. Большое значение имеют вопросы изучения особенностей клинического течения, диагностики, лечения и реабилитации больных с механическими повреждениями челюстно-лицевых костей в связи с наблюдающейся тенденцией к утяжелению характера этих травм. Все это требует комплексной, динамической оценки особенностей клинического течения, частоты, структуры и локализации повреждений челюстно-лицевых костей.

Ключевые слова: травматология челюстно-лицевой области, клиника, диагностика, лечение.

БЕТ – ЖААК ЖАРАКАТТАРЫНЫН АЗЫРКЫ УЧУРДАГЫ КОЙГОЙЛЕРИ (АДАБИЯТ СЕРЕБИ)

Ургуналиев Б.К., Кулназаров А.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Келтирилген далилдер азыркы убакта бет – жаак травматологиясы чоң актуалдуу медициналык жана социалдык экономикалык койгой жаратат. Бет – жаак сөөктөрүнөн механикалык жараат алган бейтаптардын жарааттарынын күчөшүү менен орунун клиникалык өтүшү, диагностикасын, дарылоосун, калыбына келтирүүсүн изилдөөгө абдан чоң коңул бурууга татыктуу. Бет-жаак сөөктөрүнүн жаракаттарынын түзүлүшү жана жайланышы, тездиги, клиникалык өтүүсүнүн өзгөчөлүгү ушунун бардыгы оруну комплекстүү динамикалык байкоо жүргүзүү талап кылат.

Негизги сөздөр: бет – жаак жаракаттары, клиникасы, диагностикасы, дарылоосу.

TRAUMATOLOGY OF THE MAXILLOFACIAL REGION: CURRENT CONDITION OF THE PROBLEMS (LITERATURE REVIEW)

Urgunaliyev B.K., Kulnazarov A.S.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. These facts indicate that the Traumatology of the maxillofacial region continues to be an actual medical and socioeconomic problem of the modern world. The study of clinical course, diagnosis, treatment and rehabilitation of patients with mechanical injuries of maxillofacial bones has a great importance due to a tendency to weighting nature of the injuries. All this requires a comprehensive, dynamic assessment of the clinical features of the current, frequency, structure and localization of injuries maxillofacial bones.

Keywords: trauma of the maxillofacial area, clinic, diagnostics, treatment.

Травматология челюстно-лицевой области является одной из основных проблем современного здравоохранения, которая имеет не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Травмы, в том числе и лицевого скелета, продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре заболеваемости, инвалидности и смертности населения. Это связано с нарастающей частотой как бытового, так и транспортного травматизма [1, 7, 10]. На протяжении многих лет остаются актуальными вопросы изучения особенностей клинического течения, диагностики, лечения и реабилитации больных с механическими повреждениями челюстно-лицевых костей. Это обусловлено тем, что удельный вес пациентов с травмами челюстно-лицевой области среди всех больных стоматологических стационаров составляет от 25% до 38% и не имеет тенденции к снижению. Кроме того, в современных условиях наблюдается тенденция и к утяжелению характера травм данной локализации [3, 8, 9, 11, 13, 16].

Среди всех травматических повреждений скелета повреждения костей лицевого скелета составляют от 2,5% до 94%. При этом повреждения верхней зоны лицевого черепа по данным разных авторов составляют 6,8%, средней зоны – до 53,5%, скуловой кости и скуловой дуги – до 11,4%, нижней зоны – до 67,7%, а сочетанное

повреждение двух и более зон лица наблюдается в 31,5% случаев [14, 15, 18, 20, 23].

Как известно, все переломы челюстно-лицевой области в зависимости от характера и зоны повреждения делятся на переломы костей носа, глазницы, скуловой кости и дуги, а также переломы верхней и нижней челюсти. Кроме того, может иметь место множественная сочетанная травма костей лица. При этом в структуре повреждений лицевого скелета переломы верхней челюсти, по данным разных авторов, составляют от 67 до 80,9%, а переломы нижней челюсти – от 26,3% до 95% и являются ведущей патологией среди травм челюстно-лицевой области [1, 10, 20]. Согласно данным некоторых авторов, переломы костей лицевого скелета в 12,9% - 35% случаев являются сочетанными с повреждениями других анатомических областей тела одним или более повреждающими факторами. Так, по данным литературы, сочетание с травмами конечностей составляет 45,6%, с травмами грудной клетки – 25%, тяжелой травмой живота – 12,2%, костей таза – 6,5% и позвоночника – 9,7%. У 21,4% всех больных травма лицевого скелета сопровождается сотрясением головного мозга. Опасность и тяжесть клинических проявления сочетанных повреждений обусловлена возникновением и развитием «синдрома взаимного отягощения», что затрудняет проведение обследования и установление диагноза [16, 22, 24].

Подавляющее большинство повреждений челюстно-лицевой области имеет травматическую этиологию, и могут быть получены бытовым, производственным, транспортным, спортивным, огнестрельным и другими способами. Крайне редко возникает патологический перелом, обусловленный минимальным внешним воздействием на патологически измененную костную ткань при наличии хронического остеомиелита, фиброзного остита или злокачественных новообразований [3, 7]. Необходимо отметить, что имеются сезонные колебания частоты травматических повреждений костей лицевого скелета с преобладанием уровня травматизма в летний период. Исследования современной эпидемиологической картины переломов костей челюстно-лицевой области показывают, что из общего числа пациентов подавляющее большинство составляют лица мужского пола с соотношением 6:1 [1, 11, 25].

Известно, что клинические проявления переломов костей лицевого скелета характеризуются, кроме болевого синдрома и видимой деформации челюстно-лицевой области, смещением и подвижностью отломков, изменением прикуса, обильным слюнотечением и нарушением жевания и речи. Согласно данным литературы переломы нижней челюсти в 100% сопровождаются поражением нервного волокна, которое в 59,5% случаев проявляется в виде гиперестетических расстройств и в 40,5% случаев – в виде расстройства чувствительности [3, 9, 15].

Известно, что своеобразие и особенности клинических проявлений во многом зависят от локализации перелома. Многочисленные клинические наблюдения показали, что существуют типичные места переломов, к которым относятся места, где кость испытывает наибольшую нагрузку. Это углы нижней челюсти в проекции третьих моляров, в месте ментального отверстия, центр нижней челюсти и суставной отросток [1, 3, 7].

Ведущей патологией среди травм челюстно-лицевой области являются переломы нижней челюсти, доля которых в среднем составляет около 70% всех переломов лица. Переломы данной кости могут быть как закрытыми, так и открытыми, полными и неполными, одиночными и множественными, линейными и оскольчатыми, а также со смещением или без смещения осколков [1, 10, 27].

Следующей по частоте патологией является переломы верхней челюсти, которые в настоящее время часто называют переломами средней зоны лица. Опасность данного повреждения обусловлена тем, что из-за нарушения целостности слизистой оболочки полости рта переломы верхней челюсти всегда являются открытыми. Согласно современным подходам различают перелом верхней челюсти по нижнему уровню (Ле Фор I), по среднему уровню (Ле Фор II), по верхнему уровню (Ле Фор III). Особенностью клиника переломов верхней челюсти часто является наличие удлинения и уплощения среднего отдела лица, отек век обеих глаз, кровоизлияния в клетчатку вокруг глаз и в конъюнктиву, кровотечение из носа, рта и ушей, а также ликворрея. Очень часто определяется и клиника открытой или закрытой черепно-

мозговой травмы – перелома костей свода или основания черепа [1, 10, 11, 15, 23].

Переломы скуловой кости и скуловой дуги сопровождаются повреждением мягких тканей скуловой области, выраженным отеком век и кровотечением из одной ноздри [1, 6, 15].

Другой, не менее актуальной проблемой травматологии челюстно-лицевой области является проблема диагностики нарушений целостности костной ткани. Важно подчеркнуть, что повреждения мягких тканей лица в виде ран, гематом и ушибов, сопровождающих переломы костей лицевого скелета и выраженные отеки значительно затрудняют диагностику переломов данной локализации. Клиническое обследование пациентов с травмами лицевого скелета дает возможность получить лишь ориентировочное представление о характере и объеме повреждений костей. В современных условиях ведущими в диагностике повреждений челюстно-лицевой области являются рентгенологические методы исследования, что обусловлено их информативностью и достоверностью.

Как известно, техника и методика рентгенологического исследования челюстей имеет свои особенности и наиболее часто применяется обзорная, внеротовая и внутриротовая рентгенография. Обзорная рентгенограмма, позволяющая получить изображение всего лицевого и мозгового скелета, выполняется в трех проекциях – прямой, боковой и передней полуаксиальной. В некоторых случаях, особенно при множественных и комбинированных травмах, применение традиционных рентгенологических методик не позволяет в полном объеме определить степень повреждения костей челюстно-лицевой области. При необходимости уточнения характера и распространенности изменений более информативным методом лучевой диагностики считается компьютерная томография (КТ) – послойное исследование, с том числе спиральная и мультиспиральная (многосрезовая) КТ, которая позволяет визуализировать не только костные структуры, но и мягкие ткани [2, 4, 5, 26, 28, 29].

Специальным методом исследования, отличающимся простотой и относительно малой лучевой нагрузкой, который широко применяется для диагностики повреждений челюстно-лицевой области является ортопантомография (панорамная томография). Этот метод позволяет получить изображение изогнутого слоя на плоской рентгеновской пленке.

Методом, позволяющим получить изображение слоев черепа человека в любой плоскости, реконструировать объемные образы, визуализировать как мягкие ткани челюстно-лицевой области, так и связочный аппарат, суставные поверхности, а также внутрисуставной диск височно-нижнечелюстных суставов, является магнитно-резонансная томография (МРТ). Это высокоинформативный метод лучевой диагностики, расширяющий диагностические возможности при повреждениях мягких тканей костей и суставов лицевого скелета [7, 9, 17, 24, 29].

Особенно актуальными остаются и вопросы лечения травматических повреждений лицевых костей, особенно определение показаний к выбору метода лечения переломов. Сохраняет свою актуальность проблема

восстановления утраченной функции и анатомической формы поврежденных костей. Для решения этих проблем в настоящее время совершенствуются старые и предлагаются новые методы лечения данной категории пострадавших. В литературе имеются данные о значительных достижениях в хирургической стоматологии, о разработке различных аппаратов и устройств для фиксации костных фрагментов костей лицевого скелета, о различных подходах комплексного лечения повреждений лицевого скелета [6, 19]. К тяжелым повреждениям челюстно-лицевой области относятся переломы верхней челюсти по среднему и верхнему типу (черепно-лицевые разединения), при которых репозиция и фиксация отломков может осуществляется малоинвазивным внеочаговым остеосинтезом.

Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что при неосложненных переломах и своевременном лечении целостность костной ткани и функции челюстных костей восстанавливаются через 3 – 4 недели. По мнению некоторых авторов при травматических переломах костей лицевого скелета в сочетании с черепно-мозговой травмой, происходит замедление регенерации костной ткани. Одной из причин этого является повышение интенсивности перекисного окисления липидов клеточных мембран [3, 16, 21].

Большое значение в предупреждении возможных осложнений переломов костей лицевого скелета имеет своевременность и правильность оказания неотложной помощи. Исследования показали, что более половины пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области получают медицинскую помощь в неполном объеме, причем в 64% случаев это касается доврачебной и первой врачебной помощи [12, 14]. Неотложная помощь состоит из транспортной, временной иммобилизации, предупреждения асфиксии, остановки кровотечения и противошоковых мероприятий. Согласно данным литературы, причинами задержки госпитализации пострадавших в 32% случаев являются ошибки в диагностике и врачебной тактике врачей учреждений первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и службы скорой помощи. Проблемой является и несвоевременная и нерадикально проведенная первичная хирургическая обработка ран лицевого скелета и рта в 44,5% случаев [14, 15].

Последующее лечение переломов лицевого скелета заключается в применении ортопедических, ортопедо-хирургических и хирургических методов лечения. Все они имеют ряд преимуществ и недостатков. Ортопедических методы фиксации отломков костей заключаются в их сопоставлении фиксации с учетом всех показаний и противопоказаний. Допустимо использование межзубного и межчелюстного лигатурного связывания. Кроме того иммобилизацию можно обеспечить проволочными или полимерными нитями, остеосинтезом металлическими стержнями, а также различными шинами (назубными, зубо-десневыми и десневыми). В тех ситуациях, когда в силу местных или общих причин нельзя обойтись только ортопедическими мероприятиями применяется прямой или непрямой остеосинтез. К данным причинам относятся множественные переломы, крупнооскольчатые переломы

с дефектами костной ткани, а также смещение отломков с интерпозицией мягких тканей.

Особую сложность представляет лечение сочетанной черепно-челюстно-лицевой травмы, частота которой в современных условиях колеблется от 28,6% до 85%. Особое значение при этом имеет лечение переломов верхней челюсти, тактика которого зачастую определяется совместно с нейрохирургом, окулистом и отоларингологом. Считается, что репозиция и окончательная фиксация костных отломков верхней челюсти производится хирургом-стоматологом лишь после устранения симптомов черепно-мозговой травмы. При этом с целью окончательной иммобилизации применяются двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой, а также аппарат Збаржа [4, 6, 15, 18].

К оперативным методам лечения переломов верхней челюсти относится подвешивание верхней челюсти к орбитальному краю лобной кости (по Фальтину - Адамсу), лобно-челюстной остеосинтез (по Чернятиной – Свистунову), закрепление отломков верхней челюсти спицами Киршнера (по Макиенко), а также остеосинтез титановыми мини-пластинами.

Важным является соблюдение принципов консервативного лечения больных с переломами костей челюстно-лицевой области. Согласно данным Миранович С.И. (1999 г.) применение антиоксидантной терапии в эксперименте позволило сократить сроки регенерации переломов нижней челюсти на 4,0+1,3 суток [16].

При травматических повреждениях костей челюстно-лицевой области важным также является сохранение зубов, находящихся в зоне перелома. В клинической практике показаниями к удалению зубов являются перелом корня, вывих зуба, вклинивание зуба в щель перелома, а также наличие периапикального очага инфекции [1, 16].

Основным методом лечения при переломах скуловой кости и дуги без смещения остается консервативное лечение. При наличии деформации лица и нарушении движения нижней челюсти применяются хирургические методы лечения (бескровный метод репозиции, методы с внутриротовым доступом).

По мнению ряда авторов, не смотря на развитие новых методов лечения, восстановление утраченной функции поврежденных костей челюстно-лицевой области, как и их анатомической формы далеки от совершенства. Определенную роль в этом играют сложности топографо-анатомических соотношений, обильная васкуляризация, близость начальных отделов верхних дыхательных путей и пищеварительного тракта. Большое значение при этом имеет возможность разрыва сосудисто-нервного пучка, вероятность прохождения линии перелома через один из корней двухкорневого зуба, а также возможным воздействием повреждающих факторов на интактные зубы в линии перелома [1, 18].

Особенная актуальность проблемы травматологии челюстно-лицевой области обусловлена и тем фактом, что количество осложнений при переломах костей лицевого скелета проявляется достаточно высокими цифрами. Так, согласно данным Мадай Д.Ю. с соавт. (2013 г.),

посттравматическими деформациями средней зоны лица страдает до 58,8% пациентов, у 33,8% из них наблюдается нарушение прикуса, у 68,2% - глазодвигательные нарушения и дистопия глазного яблока [14, 15].

В современных условиях продолжает сохраняться относительно высокий уровень инфекционно-воспалительных осложнений при переломах костей лицевого скелета, который при переломах нижней челюсти равен 7,4%.

Это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями костей и мягких тканей данной локализации, значительным количеством условно-патогенной флоры в полости рта, а также поздним обращением пострадавших в лечебное учреждение. Не меньшее значение имеет и неправильное лечение пациентов на догоспитальном уровне или выбором недостаточно рационального метода закрепления отломков [14, 20].

В связи с вышеизложенным, не вызывает сомнения необходимость проведения дальнейших комплексных исследований, направленных на изучение частоты, структуры и локализации повреждений челюстно-лицевых костей в современных условиях, на изучение современных особенностей клинического течения переломов костей челюстно-лицевой области, а также на выявление факторов, влияющих на риск развития ранних и поздних осложнений.

Литература:

1. Афанасьев, В.В. Хирургическая стоматология: учебник / В.В. Афанасьев. – М.: ГОЭТАР – Медиа. – 2010. – 880 с.
2. Бабкина, Т.М. Современные подходы к диагностике травм челюстно-лицевой области / Т.М. Бабкина, Е.А. Демидова // *Лучевая диагностика и терапия*. – 2013. – №4 (4). – С. 66 – 72
3. Бахтеева, Г.Р. Течение и заживление переломов нижней челюсти сопровождающихся повреждением ветвей тройничного нерва / Г.Р. Бахтеева, А.В. Лепилин, М.М. Сойхер и др. // *Саратовский научно-медицинский журнал*. – 2012. – Т.8, №2. – С. 399 – 403.
4. Бумай, А.О. Современные проблемы диагностики и тактики хирургического лечения больных с мультифокальными повреждениями головного мозга в сочетании с черепно-мозговой травмой / А.О. Бумай // *Бюл. Сибирской медицины*. – 2008. – №5. – С. 54 – 63.
5. Васильев, А.Ю. Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области: рук. для врачей / А.Ю. Васильев. – М., ГОЭТАР-медиа, 2010. – 80 с.
6. Гончаренко С.А. Хирургическое лечение больных с травматическими повреждениями костей средней зоны лица / С.А. Гончаренко // *Здоровье. Медицинская экология. Наука*. – №12, Т. 1 – 2, №47 – 48. – С. 39 – 40.
7. Еолчийн, С.А. Краниофасциальная травма. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / С.А. Еолчийн, А.А. Потапов. Ф.А. Ван Дам. – М. — 2002. С. 313 – 364.
8. Еолчийн, С.А. Мультидисциплинарный подход к хирургии краниофасциальной травмы / С.А.Еолчийн, А.А. Потапов, М.Г. Катаев и др. // *Черепно-мозговая травма: Сб. науч. трудов*. – СПб. – 2002. – С. 21 – 22.
9. Карпов, С.М. Сочетанная травма челюстно-лицевой области, вопросы диагностики, нейрофизиологические аспекты / С.М. Карпов, Д.Ю. Христофорандо // *Российский стоматологический журнал*. – 2011. – №6. – С. 23 – 24.
10. Кенбаев, В.О. Травматология челюстно-лицевой области / В.О. Кенбаев. – Шымкент, 2006. – 118 с.
11. Копецкий, И.С. Тяжелая краниофасциальная травма / И.С. Копецкий // *Наука Красноярья*. – 2012. – №3 (03). – С. 89 – 101.
12. Корж, Г.М. Модели и схемы принятия решений при

челюстно-лицевой травме / Г.М. Корж // *Матер. XIX и XX Всерос. науч. конф.* – М., 2008. – С. 114 – 116.

13. Левенец, А.А. Челюстно-лицевой травматизм как социальная, экономическая и медицинская проблема / А.А. Левенец, Н.А. Горбач, Н.Н. Фокас // *Сибирское медицинское обозрение*. – 2013- №2 (80). – С. 13 – 17.

14. Мадай, Д.Ю. Стратегия оказания специализированной медицинской помощи пострадавшим с черепно-лицевой травмой в травмоцентре первого уровня / Д.Ю. Мадай, А.Ю. Щербук, К.А. Абсава и др. // *Журнал врач – аспирант*. – 2013. – <http://vrach-aspirant.ru/articles/traumatology/13051/>

15. Мадай, Д.Ю. Сочетанная черепно-лицевая травма / Д.Ю. Мадай. – В.Новгород. – 2011. – 223 с.

16. Миранович, С.И. Влияние сочетанной травмы на регенерацию переломов костей лицевого скелета: автореф. Дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.21 / С.И. Миранович – 1999. – Минск- 27 с.

17. Покатило, В.Э. Возможности использования компьютерной томографии для объективизации травмы лица при проведении судебно-медицинской экспертизы / В.Э.Покатило // *Международный медицинский журнал*. – 2010. – №2. – С. 90 – 92.

18. Рыбальченко, Г.Н. Клиническая характеристика, диагностика и лечение больных с травмой средней зоны лицевого черепа / Г.Н. Рыбальченко. – Дисс. канд. мед. наук. – М. – 2000. – 134 с.

19. Сафаров, С.А. Обоснование применения остеофиксатора нового типа при лечении переломов нижней челюсти / С.А. Сафаров // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. – № 2. – URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/viewid=12807>

20. Симонов, А.Г. Оценка характера и тяжести повреждения у больных с переломами костей лицевого черепа // А.Г. Симонов, А.А. Левенец // *Тр. Всерос. науч. - практ. конф. «Сибирский стоматологический форум»*. – Красноярск. – 2 - 9. – С. 259 – 263.

21. Сысолятин, П.Г. Характер репаративной регенерации переломов нижней челюсти, осложненных травматическим остеомиелитом, в зависимости от способа остеосинтеза / П.Г. Сысолятин, В.Э. Гюнтер, И.Д. Тазин // *Современные проблемы науки и образования*. – 2010. – URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/viewid=12807>

22. Топчиев, М.А. Проблема лечения больных с сочетанной скелетной и черепно-мозговой травмой / М.А. Топчиев, В.И. Плеханов, П.Г. Гуреев и др. // *Бюл. СО РАМН*. – 2011. – №4 (80). – 186 – 189.

23. Христофорандо, Д.Ю. Черепно-лицевая травма, структура, диагностика, лечение Д.Ю. Христофорандо, С.М. Карпов, Е.М. Шарипов // *Кубанский научный медицинский вестник*. – 2011. – №5 (128). – С. 171 – 173.

24. Христофорандо, Д.Ю. Краниофасциальная травма, диагностический алгоритм / Д.Ю. Христофорандо // *Вестник новых медицинских технологий*. – 2011. – Т. 18, №4. – С. 146 – 147.

25. Adams, C.D. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years / C.D. Adams, J. S. Januszkiewicz, J. Judson // *Aust. N. Z. J. Surg.* – 2000. – Vol. 70, № 6. – P.401 – 404.

26. Druelinger, I. Guenther M., Marshand E.G. Radiographic evaluation of the facial complex / I. Druelinger, M. Guenther, E.G. Marshand // *Emerg Med. Clin. North. Am.* – 2000. – V. 18. – P. 393 – 410.

27. Mathog, R.H. Nonunion of the mandible: an analysis of contributing factors / R.H. Mathog, V. Toma, L. Clayman, S. Wolf // *J. Oral. Maxillofac. Surg.* – 2000. – Vol. 58, №7. – P.746 – 752.

28. Palomo, L. Cone beam CT for diagnosis and treatment planning in trauma cases / L. Palomo, J.M. Palomo // *Dental Clin. N. Am.* – 2009. – №53, (4). – P. 717 – 727.

29. Tsao, K. The use of cone beam computed tomography in the postoperative assessment of orbital wall fracture reconstruction / K. Tsao, A.Cheng. Goss A., D. J. Donovan // *J. Craniofacial Surg.* – 2014. – №25 (4). – P. 1150 – 1154.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СЕВЕРА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Шаяхметов Д.Б., Алымбаева Н.А., Ургуналиев Б.К., Кулназаров А.С.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В результате проведенного ретроспективного анализа историй болезней отделения челюстно-лицевой хирургии Национального госпиталя Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики (НГМЗКР), за 10 лет установлено, что заболеваемость слюнных желез (СЖ) составляет 11,9 случаев на 100 тысяч населения КР. Заболевания СЖ в общей структуре челюстно-лицевой патологии составляют 2,3%. Полученные данные могут быть использованы при планировании лечебной работы.

Ключевые слова: заболеваемость слюнных желез, структура патологии, частота.

КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН ТҮНДҮК АЙМАГЫНДАГЫ ШИЛЕКЕЙ БЕЗДЕРИНИН ДАРТКА ЧАЛДЫККАНДЫГЫНЫН АНАЛИЗИ

Шаяхметов Д.Б., Алымбаева Н.А., Ургуналиев Б.К., Кулназаров А.С.

И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Саламаттык сактоо министрилигинин Кыргыз Республикалык улуттук госпиталындагы бет-жаак хирургия бөлүмүндөгү оору тарыхтарынын 10 жылдык ретроспективдуу анализинин натыйжасында КР шилекей бездеринин дартка чалдыкканы 100 миң калкына 11,9 учур кезигет. Бет-жаак патологиясынын жалпы түзүлүшүндө шилекей бездеринин дарты 2,3% түзөт. Аныкталган маалыматтарды пландаштыруу иштери аркылуу, дарылоону пайдаланса болот.

Негизги сөздөр: шилекей бездеринин дартка чалдыккандыгы, патологиялык түзүлүшү, кездешүүсү.

THE ANALYSIS OF THE ILLNESS SALIVARY GLANDS OF THE ADULT POPULATION OF THE NORTHERN KYRGYZ REPUBLIC

Shayahmetov D.B., Alymbaeva N.A., Urgunaliyev B.K., Kulnazarov A.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. As a result of case history's retrospective analysis at the ward of maxillofacial surgery of Kyrgyz National Hospital's Health Service of Kyrgyz republic, it is calculated that disease incidence of salivary glands is 11,9 from 100 thousand population of Kyrgyzstan. SG illness in common maxillofacial pathology's structure comprises 2,3 %. These figures can be used in clinical work's planning.

Keywords: sickness of salivary glands, pathology's structure, frequency.

Актуальность.

Необходимость изучения заболеваний слюнных желез обуславливается важной ролью слюны и слюнных желез в гомеостазе желудочно-кишечного тракта и всего организма. Удаление СЖ ведет к развитию различных заболеваний желудочно-кишечного тракта [4].

Диагностика заболеваний СЖ на ранних стадиях затруднительна, вследствие того, что эти заболевания часто носят скрыто протекающий характер [8].

Заболевания слюнных желез довольно часто встречаются в практической работе врачей-стоматологов. На их долю приходится от 2,3 % до 7 % больных госпитализированных в отделения хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. По мнению А. В. Клементова [3] количество больных с той или иной патологией слюнных желез зависит от профиля лечебного учреждения.

Необходимо отметить, что указанные данные касаются больных, активно направленных на прием и госпитализацию в связи с явной клинической симптоматикой. На самом деле количество больных с патологией слюнных желез гораздо больше. По данным исследования

В. В. Афанасьева [2] с соавт. при обследовании больных с сахарным диабетом, находившихся на лечении в отделении эндокринологии у 33,2% из них было увеличение слюнных желез на которое врачи первичного

звена не обратили внимания, данные об этом заболевании не нашли отражения в истории болезни. Далее [2] указывают, что у врачей первичного звена неправильный направительный диагноз составляет 30-35,8 %. [1]

Целью настоящего исследования была попытка выявить или определить достоверную распространенность заболеваемости слюнных желез у населения севера КР за 10 лет.

Материалы и методы исследования.

При выполнении настоящего исследования информационная база служили:

- информационные данные Национального статистического комитета КР;
- истории болезни из архива НГМЗКР.

Показатели заболеваемости слюнных желез у взрослого населения северного региона КР изучались по историям болезни больных, получивших стационарную помощь в отделении челюстно-лицевой хирургии и отчетным данным НГМЗКР за десятилетний период (2001- 2010 годы).

В данном лечебном учреждении стационарная стоматологическая помощь оказывается преимущественно населению северного региона КР.

Оценка показателей заболеваемости слюнных желез проводилась нами на основе всех случаев госпитализации по поводу данной патологии, за анализируемый период, сопоставляя ее с численностью

населения северного региона КР. Динамика численности населения данного региона, куда входят г. Бишкек, Иссык-Кульская, Нарынская, Таласская и Чуйская области, представлена на диаграмме (рис.1) [5;6;7.]

Результаты и обсуждение.

За десятилетний период (2001 – 2010 г. г.) в отделении ЧЛХ НГ МЗ КР было госпитализировано 297 больных с заболеваниями СЖ, что составило 2,3 % от всех госпитализированных в это отделение больных (12921 больных).

На диаграмме (рис.2) представлены показатели заболеваемости слюнных желез у населения северного региона КР в возрасте выше 15 лет. Население этого региона куда кроме г. Бишкек входят Иссык-Кульская, Нарынская, Таласская и Чуйская области составляет на 2010 год 2598700 человек и за 10 лет (с 2010 года) увеличилось на 159400 человек. В связи с тем, что на весь северный регион имеется только одно отделение челюстно - лицевой хирургии (НГМЗКР) население из этих регионов получают специализированную помощь в данном отделении.

На рис.2 представлены основные группы заболеваний слюнных желез объединенных по клиническому течению, как было указано выше.

В связи с тем, что у всех госпитализированных

больных наблюдались острые и хронические формы заболевания слюнных желез, кисты и опухоли, нами также были выделены острые формы заболеваний слюнных желез (ОЗСЖ), хронические формы заболеваний слюнных желез (ХЗСЖ), кисты и опухоли слюнных желез. В процессе исследования у взрослого населения часто встречалась слюннокаменная болезнь околоушных желез и подчелюстных слюнных желез, которые в данной диаграмме были объединены в одну группу. По данным диаграммы с 2001 года по 2003 год наблюдается высокий процент острых и хронических форм заболеваний слюнных желез 20,7% и 16,0% соответственно, и в последующие годы наблюдается тенденция к снижению этих заболеваний (см. ниже).

Также следует отметить, что в 2003 и 2004 годах наблюдается высокий процент опухолей и кист 27,1% и 16,9. При анализе данных за 10 лет к 2010 году наблюдается снижение острых и хронических заболеваний слюнных желез, за исключением кист и опухолей, которые составляют 13,6%. При этом наблюдается высокий процент слюннокаменной болезни в 2002 году (18,3%) и 2007 году (16,7%). На основании данных представленных на диаграмме (рис. 3) видно, что процент всех заболеваний слюнных желез к 2010 году снижается за исключением кист и опухолей.

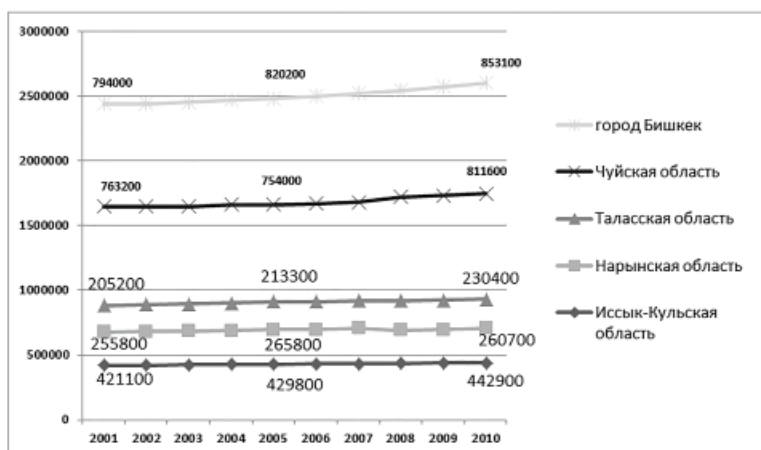


Рис.1. Динамика численности населения северного региона КР за 10 лет (в абсолютных числах).

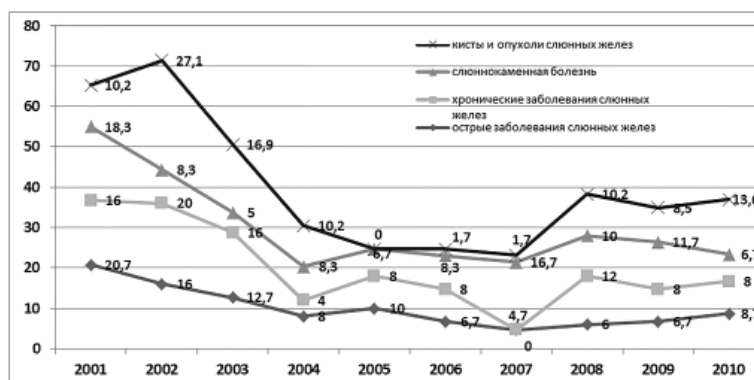


Рис. 2. Динамика основных заболеваний слюнных желез у взрослого населения северного региона КР с 2001 года по 2010 год (в %)

При расчете полученных данных на 100 тысяч взрослого населения было выявлено, что показатель заболеваемости у больных с заболеваниями слюнных желез, прошедших лечение в стационаре, в среднем за 10 лет составляет 11,92 на 100 тысяч взрослого населения. При этом, основными заболеваниями являются все формы воспалительных заболеваний слюнных желез, а также слюннокаменная болезнь – калькулезный сиалоаденит, которое составляет – 9,4 на 100 тысяч взрослого населения.

Следующим, по частоте, заболеванием являются кисты слюнных желез – 1,36 на 100 тысяч населения; опухоли – 1,0. Сиалоаденозы (реактивно-дистрофические заболевания) диагностированы за 10 лет лишь у 4-х больных в 2002 и в 2010 годах (0,16 на 100 тысяч населения).

Анализ всех случаев госпитализации больных с заболеваниями слюнных желез с 2001 по 2010 г. г (в отделение челюстно-лицевой хирургии НГ МЗ КР) выявляет тенденцию уменьшения количества госпитализируемых больных с 2003 года. В 2003 году наблюдается снижение случаев госпитализации больных заболеваниями слюнных желез почти в 1,5 раза (1,49) по сравнению с 2002 годом; в 2004 году в 2,2 раза; в 2005 году в 2,6 раза; в 2006 и 2007г.г. в 3 раза; в 2008 и 2009

в 2,3 раза (2,28 и 2,33 соответственно). Это связано с некоторыми организационными мероприятиями, так как консультации и лечение этого контингента больных, стали проводиться в лечебном учреждении амбулаторного типа, во вновь организованном учебно-научном клиническом центре (СУНКЦ) КГМА им. И. К. Ахунбаева. В результате таких перестановок количество больных заболеваниями слюнных желез госпитализируемых в отделение челюстно-лицевой хирургии НГ МЗ КР стало сокращаться. В отделение челюстно-лицевой хирургии на стационарное лечение, больные стали поступать только по экстренным хирургическим показаниям.

Таким образом, начала закладываться двухуровневая система (стационар-поликлиника) оказания консультативно-лечебной помощи больным с заболеваниями слюнных желез. При анализе структуры патологии слюнных желез нами отмечено, что самое большое количество больных приходится на острый неэпидемический паротит - 22,2% (Рис.3).

Следующими по частоте заболеваниями являются слюннокаменная болезнь поднижнечелюстных желез (19,5%), острый субмаксиллит (16,8 %), кисты (10,8 %), острый сублингвалит (10,8%), опухоли (8,1 %), слюннокаменная болезнь околоушных желез (1,7%),

№	Наименование заболевания слюнных желез	2001 г	2002 г	2003 г	2004 г	2005 г	2006 г	2007 г	2008 г	2009 г	2010 г	Всего за 10 лет
1	Острый неэпидемический паротит	0,37	0,41	0,37	0,16	0,28	0,32	0,16	0,12	0,19	0,27	2,65
2	Острый неинфекционный субмаксиллит	0,62	0,16	0,2	0,12	0,28	0,08	0,12	0,16	0,19	0,15	2,08
3	Острый сублингвалит	0,29	0,41	0,2	0,21	0,04	-	-	0,08	-	0,08	1,31
4	Хронический неспецифический паротит	0,08	0,2	0,08	-	0,04	0,04	-	0,11	-	-	0,55
5	Хронический неспецифический субмаксиллит	0,08	-	0,08	0,04	0,04	0,04	-	-	0,07	0,08	0,43
6	Слюннокаменная болезнь околоушных желез	0,04	-	-	0,04	-	-	-	0,04	-	0,08	0,2
7	Слюннокаменная болезнь поднижнечелюстных желез	0,41	0,2	0,12	0,16	0,16	0,2	0,4	0,2	0,3	0,08	2,23
8	Реактивно-дистрофические заболевания. Сиалоаденозы	-	0,13	-	-	-	-	-	-	-	0,03	0,16
9	Кисты слюнных желез	0,16	0,29	0,29	0,12	-	-	0,04	0,16	0,07	0,23	1,36
10	Опухоли слюнных желез	0,08	0,37	0,12	0,12	-	0,04	-	0,08	0,11	0,08	1,0
Всего по всем нозологическим единицам.		2,13	2,17	1,46	0,97	0,84	0,72	0,72	0,95	0,93	1,08	11,97

Рис.3 Динамика показателей заболеваемости слюнных желез у взрослого населения северного региона КР (на 100 тысяч населения обоего пола за 10 лет).

сиалоаденозы (1,3%).

Таким образом, детальное изучение структуры заболеваемости слюнных желез взрослого населения северного региона КР выявило, что основной нозологической формой этой патологии являются воспалительные процессы (78,86%), среди которых первую и третью позицию занимают острый неэпидемический паротит (22,2%) и острый неинфекционный субмаксиллит (16,8%).

На второй позиции слюннокаменная болезнь (21,2%), причем слюнные камни обнаруживались околоушных желез и их протоках в 1,7%, а в поднижнечелюстных железах и протоках в 18,5% от всех больных.

Значительное место в структуре патологии слюнных желез госпитализированных в НГМЗ КР составляют опухоли и опухолеподобные образования – 18,9% (доброкачественные опухоли – 8,1%, кисты – 10,8%). Острое воспаление подъязычных слюнных желез отмечено в 10,8%, сиалоаденозы – 1,3 %.

Литература:

1. Афанасьев В. В. Сиалоаденит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Экспериментально-клиническое исследование): Дисс. ...докт. мед. наук.- М. 1993.

2. Афанасьев В. В., Винокурова Ю. И., Хубутия Б.Н., и др. Заболеваемость слюнных желез по данным центра по изучению заболеваний слюнных желез на базе челюстно-лицевого госпиталя ветеранов войн департамента здравоохранения Москвы. // Болезни и травмы слюнных желез. Новые методы диагностики и лечения. – Матер.научн. – практ.конф.с международным участием посвящ. 65 – летию проф. В.В.Афанасьева. - М., 2012.- с. 13 -15 .

3. Клементов А. В. Слюннокаменная болезнь. - Л.: Медгиз, 1960. - 100с.

4. Степаненко Р.С., Афанасьев В.В., Полякова М.А. Роль слюнных желез в гомеостазе организма. // Российский стоматологический журнал. – 2010.-№5.- с. 26- 27.

5. Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2001-2005 г.г.- Бишкек.- 2006.-304с.

6. Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2003-2007 г.г.- Бишкек.- 2008.-392с.

7. Демографический ежегодник Кыргызской Республики. 2008-2012 г.г.- Бишкек.- 2013.-317с.

8. Щипский А. В., Афанасьев В.В. Диагностические признаки скрыто протекающего сиалоаденита// Российский стоматологический журнал. – 2000. – №5. – с. 40 – 41.



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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе представлены результаты радикальных оперативных вмешательств, выполненных у 281 больного с гидатидозным эхинококкозом печени. Диагноз гидатидозного эхинококкоза печени установлен на основании общеклинических, серологических, рентгенологических методов обследования, но главным образом по результатам ультразвукового исследования, компьютерной томографии, интраоперационной УЗИ интраоперационной ревизии и морфологической верификации заболевания. Точность УЗИ при распознавании гидатидозного эхинококкоза печени составила 91,2%, компьютерной томографии - 97,5%. Радикальные перикистэктомии выполнены у 146 пациентов, резекции печени — у 96, идеальная эхинококкэктомия - у 39. Специфические осложнения после резекции печени развились у 4,5%, летальность составила - 1,1%. Осложнения после радикальных перикистэктомии выявлены - у 1,5%, летальности не отмечено, а после идеальной эхинококкэктомии осложнений и летальности не наблюдали.

Ключевые слова: гидатидозный эхинококкоз, радикальные операции, резекция печени, перикистэктомия, идеальная эхинококкэктомия.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН ДАРЫЛООНУН ЖАҢЫЧА ЫКМАЛАРЫ

Касыев Н.Б., Айтназаров М.С., Нурбекова А.Н.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште гидатидозду эхинококкоз менен ооруган 281 оорулууга жасалган радикалдуу операциянын жыйынтыгы берилди. Боордун гидатидозду эхинококкоз оорусунун диагнозу жалпы клиникалык, серологиялык, рентгенологиялык изилдөө методдорунун негизинде, эң негизгиси оруну ультрадобуштуу изилдөө, компьютердик томография, интраоперациялык УДИ, интраоперациялык текшерүү жана морфологиялык верификациянын жыйынтыктары боюнча аныкталды. Боордун гидатидозду эхинококкоз оорусун билүүдө УДИнин тактыгы 91,2%, компьютердик томографияныкы -97,5%ды түздү. Радикалдуу перикистэктомия 146 оорулууга, боордун резекциясы -96 оорулууга, идеалдуу эхинококкэктомия – 39 оорулууга жасалды. Боордун резекциясынан кийинки спецификалык кабылдап кетүү 4,5%га өскөн, өлүм алып келгени -1,1%ды түзгөн. Радикалдуу перикистэктомиядан кийинки кабылдап кетүү – 1,5%ында аныкталып, өлүм болгон жок, ал эми идеалдуу эхинококкэктомиядан кийин кабылдап кетүү жана өлүм катталган жок.

Негизги сөздөр: гидатидозду эхинококкоз, радикалдуу операция, боордун резекциясы, перикистэктомия, идеалдуу эхинококкэктомия.

MODERN APPROACHES INTREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Kasiev N.B., Aitnazarov M.S., Nurbekova A.N.

I.K.Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This work presents the results of the radical surgical intervention, which was executed on 281patients with the hiatus echinus liver. The diagnose of the hiatus echinus liver was established on the basis of general clinical serological, roentgenologic methods of investigations, but mainly by the results of the ultrasound examination, computer tomography, inter operation of USE, interoperation revision and morphological verification of disease. The precision of USE on recognize of hiatus echinus liver formed 91,2%, computer tomography - 97, 5%. The radical pericyst-ectomy was making on 146 patients, resection of the liver on 96, ideal echinococcusectomia - on 39. The specific complications after resection of the liver was developed on 4,5%, and 1,1% was died, the complication after radical pericyst-ectomy was reveal on 1,5%, without mortality, and after the ideal echinococcusectomia complication and mortality didn't observe.

Key words: hiatus echinus, radical surgery, the liver resection, pericyst- ectomia, ideal echinococcusectomia.

Введение.

Проблемы ранней диагностики к хирургической тактики при гидатидозном эхинококкозе печени постоянно продолжают находиться в центре внимания хирургов в связи с тем, что частота послеоперационных осложнений, рецидивов заболевания и неудовлетворительных результатов хирургического лечения не имеют тенденции к снижению. Несмотря на разработку и совершенствование способов ликвидации остаточной полости, нагноение остаточной полости после открытой эхинококкэктомии наблюдают у 70-80% больных, после закрытой эхинококкэктомии - у 20-34 % [1,6]. Рецидивы заболевания после операции закрытой эхинококкэктомии достигают до 20% [5,11], а показатель летальности при осложненных формах

гидатидозного эхинококкоза доходит до 6,0%, 10,9% и 21% соответственно [6,8,9].

В последние годы отдельные авторы дискутируется вопрос о целесообразности применения радикальных оперативных вмешательств при осложненном варианте эхинококкоза печени [2,3,7, 10,12]. Учитывая высоким риском рецидива заболевания печени, сторонники радикальных операций рекомендовали чаще выполнять при гидатидозном эхинококкозе перикистэктомию чем традиционным способами эхинококкэктомии (закрытой эхинококкэктомии с ушиванием остаточной полости, покрытой фиброзной капсулой). Вместе с тем, при гидатидозном эхинококкозе печени остаются спорными и не разработанными вопросы выбора оптимального метода радикальных операций, техники

их проведения, способа обработки паразитарной кисты, критерий показания и противопоказания к выполнению различных вариантов оперативных вмешательств.

Материал и методы исследования.

За период 1996-2010 гг. по поводу гидатидозного эхинококкоза печени выполнены радикальные операции у 281 больных. Мужчин было 167, женщин - 114. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет. Диагноз гидатидозного эхинококкоза печени устанавливали на основании общеклинических, серологических, рентгенологических методов обследования, но главным образом по результатам ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), интраоперационное ультразвуковое исследование (ИОУЗИ), ИО ревизии и морфологической верификации.

Результаты и их обсуждение.

Клинические проявления при гидатидозном эхинококкозе зависели от стадии заболевания, локализации и размеров паразитарной кисты, а также наличия осложнений. Заболевание у 63 протекало бессимптомно, кисты у этих больных обнаружены случайно при УЗИ и КТ, и связано с ранней стадией заболевания, наличием небольших кист и их интрапаренхиматозной или поддиафрагмальной локализацией. Болевой синдром различной интенсивности отмечен у 181 больных, гепатомегалия - у 119, пальпируемая «опухоль» - 65. Диагностические трудности испытывали при множественных и осложненных паразитарных кистах печени, которые давали полиморфную клиническую картину, в зависимости от характера и давности осложнения.

Со стороны общего анализа крови эозинофилия обнаружена у 109 больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Реакции латекс агглютинации и непрямой гемагглютинации были положительными у 147 больных, что позволяли с уверенностью проводить дифференциальную диагностику с непаразитарными кистами печени. Диагностические возможности обзорной рентгенографии брюшной полости и области проекции печени оказались ограниченными, которые позволяли выявить лишь косвенные признаки (высокое стояние купола диафрагмы, деформацию и ограничение ее движений) и у ряда больных установить обызвестлений эхинококкоз.

Инструментальное обследование при гидатидозном эхинококкозе обычно начинали с УЗИ, которое использовали как скрининг метод у

всех больных с очаговыми заболеваниями печени. Эхинококковая киста в отличие от непаразитарной кисты имела четко выраженные, плотные, сравнительно толстые стенки, определяемые по всему ее периметру и неоднородную внутреннюю структуру. Точность УЗИ при распознавании гидатидозного эхинококкоза печени составила 91,2%. Неправильная интерпретация УЗ - картины эхинококковой кисты отмечены у 9 больных, когда они приняты за непаразитарные кисты (7), альвеококкоз (2) и поликистоз печени (1).

КТ была использована у 98 больных с гидатидозным эхинококкозом, метод считали показанным при множественных и больших паразитарных кистах (для определения органной принадлежности кисты, особенно для дифференциальной диагностики кист поджелудочной железы), а также когда результаты УЗИ носили предположительный характер или они не соответствовали клинической картине заболевания. Точность КТ при гидатидозном эхинококкозе печени составила 97,5%.

Характер и объем радикальных оперативных вмешательств, при гидатидозном эхинококкозе определяли с учетом размеров, локализации, количества паразитарных кист, а также стадии развития заболевания и общего состояния больных (табл. 1).

Перицистэктомия - удаление эхинококковой кисты вместе с фиброзной капсулой произвели у 51,9% больных с гидатидозным эхинококкозом печени. Ряд исследователей считают, что даже после полного удаления паразитарной кисты, сколексы остаются в фиброзной капсуле, иногда в паренхиме печени, этим объясняют причины рецидивов заболевания [4,9,13]. Данное обстоятельство является одним из обоснований для удаления эхинококковых кист вместе с фиброзной капсулой и резекции печени.

К радикальным операциям при гидатидозном эхинококкозе печени относили выполнение идеальной эхинококкэктомии без вскрытия хитиновой оболочки, которая выполнена у 39 больных. Идеальная эхинококкэктомия показана при небольших размерах кист, при их краевых и поверхностных локализациях. Она рискована и противопоказана при напряженных, больших и гигантских кистах и при их интрапаренхиматозной локализации. После идеальной эхинококкэктомии фиброзную капсулу полностью или субтотально иссекали, а раневую поверхность печени закрывали путем гепатизации или оментогепатопексии.

Таблица 1.

Характер и объем оперативных вмешательств при эхинококкозе

№№	Характер и объем оперативных	Число больных	
		абс.	%
1	Вмешательств		
	Перицистэктомия	146	51,9
	-субтотальная	97	66,4
	-тотальная	49	33,6
2	Резекция печени	96	34,2
3	Идеальная эхинококкэктомия	39	13,9
4	Всего:	281	100,0

Таблица 2.

Объем резекции печени при гидатидозном эхинококкозе печени.

№	Объем резекции печени	Абс. число	%
I	Анатомические резекции печени	57	59,4
	Правосторонняя гемигепатэктомия	31	
	Левосторонняя гемигепатэктомия	13	
	трисегментэктомия	8	
	бисегментэктомия	5	
	Сегментэктомия	0	
II	Атипичные резекции печени	39	40,6
	Правосторонняя гемигепатэктомия	19	
	Левосторонняя гемигепатэктомия	10	
	Трисегментэктомия	6	
	Бисегментэктомия	2	
	Сегментэктомия	2	
	Всего	96	100

Наиболее радикальным методом хирургического лечения при гидатидозном эхинококкозе является резекция печени, сущность которой заключалась в полном удалении паразитарной кисты с перикистозными тканями и тем самым предотвращались рецидивы заболевания и развитие послеоперационных осложнений: нагноение остаточной полости, формирование наружного желчного свища, абсцессов. Однако, до последних лет резекция печени и перикистэктомия при гидатидозном эхинококкозе считались технически сложными оперативными вмешательствами, сопровождающимися высокой частотой послеоперационных осложнений и летальностью [8, 15]. С клиническим внедрением новых технологий, разработкой техники операций на печени и накоплением клинического опыта стали шире ставить показания к выполнению резекций печени при гидатидозном эхинококкозе. Среди больных, перенесших радикальные оперативные вмешательства, резекции печени выполнены у 96 пациентов и показатель резектабельности при данной нозологической патологии составил 34,7%. Характер и объем резекций печени, выполненных у больных с гидатидозным эхинококкозом, представлен в таблице 2.

При выборе способа и объема резекции печени основывались на данных дооперационного исследования, интраоперационной ревизии и ИОУЗИ. Такие исследования, которые позволяли точно определять локализацию, число и размеры кист, выяснить взаимоотношения их с портальными и кавальными воротами, объективно судить о состоянии стенок кисты и стадии развития паразита, оценить объем непораженных отделов печеночной паренхимы, выявлять паразитарное поражение других органов брюшной полости. При гидатидозном эхинококкозе, в связи с обширным поражением доли и половины печени и тотальной атрофией окружающей кисту участков паренхимы чаще выполняли гемигепатэктомию, анатомическим способом. При ранних стадиях заболевания и при поражениях 1-3 сегментов печени производили небольшие по объему резекции.

Резекции печени при гидатидозном эхинококкозе могут выполняться в пределах здоровых тканей и вместе с цельной кистой, а также с предварительным удалением содержимого паразитарной кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости. При небольших кистах, при их краевой и поверхностной локализации у 29 пациентов производили резекции печени в пределах здоровых тканей и без вскрытия герминантной оболочки с предварительным наложением «П»-образных гемостатических или механических швов. Данный способ резекции является радикальным и идеальным методом хирургического лечения гидатидозного эхинококкоза. Однако, подобная резекция печени не всегда выполняема. При напряженных, больших и интрапаренхиматозных гидатидных кистах у 31 пациента резекции печени производили после предварительного пункционного удаления эхинококковой жидкости, антипаразитарной обработки остаточной полости (1 % раствором формалина), удаления хитиновой оболочки и дочерних пузырей. С целью предупреждения интраоперационной диссеминации зародышевых элементов с последующим имплантационным ростом и повышения радикальности резекций печени, нами совершенствована техника данной операции. После пункционного удаления эхинококковой жидкости и антипаразитарной обработки остаточной полости текущим паром, не удаляя хитиновую оболочку и дочерние пузыри, вокруг троакара накладывали кисетный шов с помощью которого паразитарную кисту герметично ушивали и производили резекцию печени в закрытых условиях. Предложенный способ антипаразитарной резекции печени использовали у 19 пациентов с хорошими ближайшими и отдаленными результатами.

Использование ИОУЗИ у 52 пациентов давало возможность визуализировать невидимые и непальпируемые паразитарные кисты (у 4), а также позволяло проводить контроль за внутри- и внепеченочными сосудами и желчными протоками при проведении резекций печени. Разделение паренхимы печени

при анатомических и атипичных резекциях производили методом дигитоклазии, а в последние годы с помощью ультразвукового хирургического аспиратора и высокочастотной электрокоагуляции.

Показания к резекции печени у 21 пациентов ставили, когда эхинококковая киста или множество кист целиком поражали анатомическую область (половину, долю и сегмент) печени, у 17 - при их интрапаренхиматозной или центральной локализации, у 16 - при краевом расположении, у 10 - при обызвествлении фиброзной капсулы.

При множественных поражениях обеих долей печени предпочтения отдавали перицистэктомии (у 22 пациентов), только у лиц, более молодого возраста и при хорошем общем состоянии пациента производили двойные резекции печени (у 5). У 6 больных произвели симультантные резекции печени и трансдуоденальную папиллосфинктеропластику, в связи с прорывом эхинококковых кист в желчевыводящие пути, а у 5 - резекции печени сочетались с закрытой эхинококкэктомией одной или обеих долей органа.

После резекций печени специфические осложнения развились у 4 больных (4,5%): небольшое скопление крови и желчи в зоне культи печени, которые были успешно дренированы под контролем УЗИ. Следует подчеркнуть, что несмотря большой процент обширных резекций печени, не было ни одного случая острой печеночной недостаточности в послеоперационном периоде. Это, по-видимому, объясняется постепенным и медленным ростом эхинококковой кисты в размерах и соответственно постепенной адаптацией компенсаторных возможностей функционального резерва печени. Послеоперационная летальность резекции печени составила 1,1%, умер 1 больной от тромбоза легочной артерии. После перицистэктомии осложнения отмечены у 2 пациентов (1,5%): желчеистечение - у 1, которое самостоятельно прекратилось, поддиафрагмальный абсцесс - у 1. Летальности не отмечено. После идеальной эхинококкэктомии осложнений и летальности не наблюдали.

Таким образом, наши клинические наблюдения и данные литературы показали, что радикальные оперативные вмешательства при гидатидозном эхинококкозе печени отличаются благоприятными ближайшими и отдаленными результатами.

Выводы:

1. Для диагностики эхинококкоза печени важную роль имеет УЗИ и КТ, для верификации необходима серологическая реакция (РЛА, РНГА, ИФА).

2. При гидатидозном эхинококкозе печени выбор оптимального метода и объема радикального хирургического вмешательства следует осуществлять в зависимости от размеров, количества и локализации кист, стадии заболевания, а также числа предшествующих операций, а также общего состояния больного и возраста.

3. Показаниями к выполнению идеальной

эхинококкэктомии и тотальной перицистэктомии являются небольшие размеры эхинококковых кист, краевое и поверхностное их расположение. Субтотальная перицистэктомия показана при больших и гигантских кистах, расположенных в поверхностных и доступных сегментах печени.

4. Резекция печени показана при одиночном тотальном поражении эхинококковой кистой или множественных кистах, занимающих анатомическую область печени (половины, доли, сегмента), центральной и краевой их локализации, обызвествлении фиброзной капсулы.

5. Использование современных технологий: ультразвукового хирургического аспиратора, высокочастотной электрокоагуляции, механического шва, ИОУЗИ и нового способа антипаразитарной термической обработки остаточной полости текущим паром позволили значительно повысить радикальность и эффективность оперативных вмешательств у больных с гидатидозным эхинококкозом печени, и тем самым снизить процент интра- и послеоперационных осложнений и показатель летальности.

Литература:

1. Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Алиев Р.М., Джароббеков А.Д. Опыт резекций печени при очаговых поражениях. // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1996. - Том 11. - С. 189-190.
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.Б., Ярошкина Т.Н. Хирургическое вмешательство при эхинококкозе и пути профилактики рецидивов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Т.10. - №2. - С.123-125.
3. Вафин А.З. Общие принципы апаразитарности и антипаразитарности хирургии эхинококкоза // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2005. - Том 10. - №2 - С. 105.
4. Вечерко В.Н., Конопля П.П. Особенности диагностики и лечения очаговых поражений печени с использованием компьютерной томографии. // *Вестник хирургии*. 1995. №3. - С.42-44.
5. Вишневский В.А. Совершенствование методов хирургического лечения очаговых поражений печени. - Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. - Москва, -1990. - 38 С.
6. Джароббеков А.Д., Алиев М.А. Баймаханов Б.Б., Разакулов Р.О., Айдыров И.А. Хирургическое лечение биллиарных осложнений гидатидозного эхинококкоза печени. Хирургия, Морфология, Лимфология. Сборник трудов НЦРВХ. Выпуск-1. - С. 103-107.
7. Журавлев В.А. Большие и предельно большие резекции печени. - Саратов: Издат-во Саратовского ун-та, -1986. -216С.
8. Константинов Б.А., Готье С.В. Хирургическая классификация очаговых поражений печени. // *Хирургия*. №2. 1997. -С. 18-20.
9. Помелов В.С., Каримов Ш.И., Нишанов Х.Т. Осложнения после эхинококкэктомии печени и возможности их профилактики. // *Хирургия*. - 1992. - N 1. С.83-88.
10. Alferi S.G., Carriero C., Pacelli F. et al. Radical surgery for liver hydatid disease. // *HBP Surgery*. - 1998. - V.9. - Suppl.2. - P.2.
11. Androulakis G.A. Surgical management of complicated hydatid cysts in the liver. // *Europ.surg.Res.* - 1988. - V. 18. - N.3-4. - P. 145-150.
12. Belli L., Favero E., Mami A., Romani F. Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver // *Am. J. Surg.* -1983. -Vol. 145.№2. -P. 610-614.
13. Rovati V., Nervetti G., Faleschini E., Colturni F. Hydatid disease of the liver cystopericystectomy. // *HBP Surgery*. - 1996. - V.9. - Suppl.2. - P. 195.

СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ПОЛОСТИ ФИБРОЗНОЙ КАПСУЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Мадаминов Э.М. Абдисаматов Б.С.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В работе отражены результаты лечения 78 больных эхинококкозом печени, у которых после эхинококкэктомии полость фиброзной капсулы была ликвидирована путем абдоминализации. Полость фиброзной капсулы и поддиафрагмальное пространство дренировали дренажами «фасшина» через которые орошали озонированным раствором хлорида натрия и раствором декасана 0,02%. Контролем служили 55 больных, которым выполнен капитонаж полости фиброзной капсулы (35) и инвагинация у 20. Осложнения выявлены у 4 (5,12%) оперированных, у двоих наблюдалось желчеистечение, у одного плеврит и один случай нагноения раны, все они устранены до выписки больных из стационара. Летальных исходов не было. В группе сравнения из 55 больных осложнение отмечено у 8 (14,5%) из них остаточная полость у 4 больных.

Ключевые слова: печень, эхинококкоз, ликвидация фиброзной капсулы, осложнения.

БООРДУН ЭХИНОКОККОЗУН ДАРЫЛООДО ФИБРОЗДУК КАБЫКЧА КӨНДӨЙҮН ЖОЮУ ЫКМАСЫ

Мадаминов Э. М., Абдисаматов Б.С.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Бул иште боордун эхинококкозу менен ооруган 78 оорулууну дарылоонун жыйынтыктарына анализ берилди, аларда эхинококкэктомиядан кийин абдоминализация жолу менен фиброздук кабыкча көндөйү жоюлган. Алардын ичинен 71 оорулууну алгачкы эхинококкоз, ал эми 7 оорулууну оорунун рецидив болгон. Фиброздук капсуланын көндөйүн жана диафрагманын астындагы бош мейкиндикти натрий хлоридинин озондолгон эритмеси жана 0,02% декасан эритмеси аркылуу байытып алып «фасшина» дренажи менен көздүк. Салыштырма катары фиброздук капсуланын көндөйүнө капитонаж жасалган (35) жана инвагинация жасалган (20) жалпысынан 55 оорулуу текшерүүдөн өттү.

Оорунун кабылдап кетүүсү операция болгон 4 (5,12%) оорулууда катталган, экөөндө өтүн агуусу байкалса, бирөөндө плеврит жана дагы бирөөндө жарааттын ириңдөөсү болгон, булардын баарысы оорулуулар ооруканадан чыкканга чейин калыбына келтирилди. Өлүм болгон жок.

55 оорулуунун ичинен салыштырма топто оорунун кабылдап кетүүсү 8 (14,5%) оорулууда болгон алардын ичинен 4 оорулууда көндөй калдыгы калган.

Негизги сөздөр: боор, эхинококкоз, фиброздук кабыкчасы жоюу, кабылдап кетүү.

METHOD OF ELIMINATION OF THE CAVITY OF FIBROUS CAPSULE IN THE TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS

Madaminov E.M., Abdisamatov B.S.

I. K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. This paper reflects the results of the treatment of 78 patients with liver echinococcosis, who after echinococectomy cavity fibrous capsule was eliminated by abdominization. The cavity of the fibrous capsule and drained subphrenic space drains “fascine” through which irrigated ozonized sodium chloride solution and dekasana 0.02%. The controls were 55 patients who fulfilled kapitonazh cavity fibrous capsule (35) and intussusception in 20. Complications were detected in 4 (5.12%) were operated, two had bile leakage was observed, one pleural effusion and one case of festering wounds, they are all removed before discharge patients from hospital. Deaths were not. In the control group of 55 patients with complications was observed in 8 (14.5%) of these residual cavity in 4 patients.

Keywords: liver, hydatid disease, the elimination of the fibrous capsule, complications.

Введение.

Эхинококкоз распространенное заболевание не только в эндемических районах многих стран, но и в других регионах, что обусловлено миграцией населения, ухудшением санитарного состояния, отсутствием проведения мер профилактики, снижение материального состояния населения и др. [2,3,7].

На протяжении многих лет разрабатывались и продолжают разрабатываться методы, которые позволили бы снизить частоту осложнений в ближайшие сроки и процент рецидива – в отдаленные [5].

Необходимо отметить, что к настоящему времени предложено множество методов обеззараживания плодоносных элементов эхинококкоза, многие из них позволяют добиться гибели в течение 5–6 минут и обеспечить обеззараживание содержимого кист, а в отношении стенок фиброзной капсулы при любом обеззараживании

– суждения противоречивы, что существенно влияет на выбор способа ликвидации полости фиброзной капсулы [7,8]. В ликвидации полости фиброзной капсулы наиболее широко использовали методику инвагинации и капитонаж, но инвагинацию можно использовать при небольших кистах, при их краевом расположении, а при применении этого метода при средних размерах и больших кистах возникает нарушение гемодинамики печени. Капитонаж можно выполнять при хорошо податливых стенках полости, но при нем всегда есть угроза повреждения сосудов и желчных протоков, а при нетщательном ушивании формируются остаточные полости, в которых в послеоперационном периоде возникает нагноение. В последние годы многие исследователи отдают предпочтение радикальным методам – перикистэктомии и резекции печени. Эти методы предотвращают рецидив болезни, но они технически сложны и требуют высокой

квалификации хирурга [4]. Идут поиски мер, которые были бы не сложными и в то же время способствовали улучшению результатов лечения больных эхинококкозом.

Цель работы представить результаты лечения больных эхинококкозом печени при использовании метода абдоминализации в ликвидации полости фиброзной капсулы.

Материалы и методы.

Под наблюдением находилось 78 больных, из них женщин – 51, мужчин – 27, возраст колебался от 17 до 62 лет. Давность заболевания у большинства была от 2 до 5 лет. Первичный эхинококкоз был у 71 и рецидив болезни у 7. Правая доля поражена у 65 и левая у 13 поступивших.

В обследовании больных помимо общеклинических методов (анализ крови и мочи, ЭКГ, флюорография грудной клетки) использовалось ультразвуковое исследование (УЗИ) на всех этапах лечения и по показаниям компьютерная томография (КТ). Также исследовано функциональное состояние печени и почек до операции и после нее.

Полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с определением средней арифметической (М), средней квадратичной (G) величин и ошибки ряда (m). Степень достоверности вычисляли по t – критерию по таблице Стьюдента.

В оперативном лечении больных эхинококкозом печени мы остановились на методике абдоминализации остаточной полости. Этот метод был предложен А. А. Вишневым [3] в лечении эхинококкоза легких, а затем успешно применен И.К. Ахунбаевым и Н.И. Ахунбаевой [1], также при эхинококкозе легких, а мы использовали его при эхинококкозе печени.

Сущность методики заключается в том, что после лапаротомии и ревизии органов брюшной полости и обеззараживания эхинококковой полости иссекаются выступающие части фиброзной капсулы над печенью до ее границы с печенью, на стенку фиброзной капсулы накладывается гемостатический шов и затем тщательно осматриваются стенки остающейся полости для выявления желчных свищей, свищи ушиваются и полость в виде тарелки остается открытой. Брюшная полость дренируется. Эта методика использована нами у 78 больных эхинококкозом печени.

Результаты и их обсуждение.

Все больные оперированы под эндотрахеальным обезболиванием. Доступ у 73 был в правом подреберье и верхне – срединный у 5 больных. После лапаротомии и ревизии печени намеченное место пункции тщательно отграничивали салфетками, смоченными раствором декасана 0,02% (у 32 больных) или озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл. Кисту пунктировали толстой иглой или троакаром и аспирировали содержимое, а затем обеззараживание осуществляли озонированным раствором или декасаном с экспозицией не менее 5 минут. Затем содержимое кисты вновь аспирировали, стенку кисты рассекали и удаляли хитиновую оболочку и остатки содержимого, затем полость вновь обрабатывали и тщательно осматривали для выявления желчных свищей, при их обнаружении ушивали. На края иссеченной капсулы накладывали

кровоостанавливающий шов, затем вновь осматривали полость и оставляли ее открытой, к дну полости подводили касательно дренаж, через который аспирировали отделяемое.

У 6 больных, у которых киста была расположена в зоне 6-7-8- сегментов, с большими техническими трудностями удалось выделить ее от сращений с диафрагмой, а затем выполняли обеззараживание, полость и поддиафрагмальное пространство дренировали связкой дренажей (3-4 микроирригатора) – дренаж фашина, рекомендованный Маслагиным А.С. и соавт. [5]. Связка состоит из 3-4 трубок с боковыми отверстиями, связанных друг с другом, при этом дренажная поверхность трубок увеличивается за счет дополнительных пространств между ними. Фашинные дренажи использовали и для орошения полости озонированными растворами и выполняли активную аспирацию, что предотвращало скопление жидкости и ее нагноение. В послеоперационном периоде их удаляли последовательно.

С целью профилактики осложнений за 15-30 минут до операции вводили внутривенно 1,0 цефазолина и в период завершения также вводили внутривенно 1,0 цефазолина. При неосложненных кистах антибиотики после операции больше не назначали, а при нагноившихся продолжали введение антибиотиков внутривенно еще на протяжении 4-5 дней. При операции особое внимание уделяли тщательному гемостазу, смене тампонов и салфеток, обработке брюшной полости озонированным раствором. Через 1-2 дня для своевременного выявления скопления жидкости в плевральной и брюшной полостях и ее аспирации выполняли УЗИ.

В послеоперационном периоде дренажи удаляли лишь после УЗИ, убедившись, что в брюшной полости нет скопления жидкости. У двух больных на 3-4 сутки из дренажа отделяемое было с примесью желчи, дренажи не удаляли, строго контролировали количество отделяемого через дренажи и УЗИ брюшной полости. Повторную операцию не выполняли, так как дренажи обеспечивали адекватный отток отделяемого, количество которого постепенно уменьшалось, а затем прекратилось, после чего дренажи были удалены. Следует отметить, что в тех случаях, где мы использовали дренажи фашина ни у одного желчеистечения не было. Еще у одного после абдоминализации выявлен плеврит, который был успешно излечен плевральными пункциями, и у одного с нагноившимся эхинококкозом печени возникло нагноение раны. Всего осложнений было 4, что составило 5,1 %. Летальных исходов не было.

В процессе лечения больных мы исследовали функциональное состояние печени и почек до лечения, к моменту выписки и сопоставили результаты биохимических исследований с группой больных, которым полость фиброзной капсулы ликвидирована капитонажем и инвагинацией. (Таб. 1.)

Анализ биохимических показателей позволил отметить существенные нарушения со стороны функции печени. Во всех исследуемых группах повышение уровня трансаминаз (АЛТ, АСТ) и снижение содержания общего белка сыворотки крови, содержание билирубина было в пределах нормы во всех исследуемых группах.

Таблица.1.

Показатели функционального состояния печени и почек при различных методах ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени

Показатели	Абдоминализация, n-78		Капитонаж, n-35		Инвагинация, n-20		Р-степень досто- верности
	M1 ± m1 до операции	M2 ± m2 при выписке	M3 ± m3 до операции	M4 ± m4 при выписке	M5 ± m5 до операции	M6 ± m6 при выписке	
Общий билирубин, мкмоль/л	17,4 ± 0,92	11,4 ± 0,31	19,4 ± 1,12	14,2 ± 0,41	14,2 ± 0,37	12,2 ± 0,21	M1-M2<0,01 M2-M4<0,05 M2-M6>0,05
Тимоловая проба, ед.	4,8 ± 0,16	4,1 ± 0,19	4,9 ± 0,31	3,8 ± 0,42	4,2 ± 0,17	4,0 ± 0,22	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05
АЛТ, мккат/л	0,28 ± 0,01	0,21 ± 0,02	0,31 ± 0,04	0,28 ± 0,03	0,14 ± 0,09	0,12 ± 0,03	M1-M2<0,05 M2-M4<0,05 M2-M6<0,01
АСТ, мккат/л	0,31 ± 0,07	0,19 ± 0,08	0,27 ± 0,03	0,21 ± 0,04	0,12 ± 0,01	0,10 ± 0,02	M1-M2<0,01 M2-M4>0,05 M2-M6<0,01
Общий белок, г/л	64,2 ± 1,12	71,4 ± 0,11	65,4 ± 1,13	68,2 ± 0,82	66,4 ± 0,71	64,2 ± 1,12	M1-M2<0,05 M2-M4<0,05 M2-M6<0,01
Мочевина, ммоль/л	5,2 ± 0,91	4,8 ± 0,31	4,7 ± 0,27	4,9 ± 0,17	5,2 ± 0,48	4,8 ± 0,54	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05
Креатинин, мкмоль/л	92,4 ± 2,13	88,2 ± 2,11	86,4 ± 1,18	84,1 ± 0,92	89,2 ± 1,13	83,4 ± 0,97	M1-M2>0,05 M2-M4>0,05 M2-M6>0,05

В процессе работы мы сравнили показатели при выписке и при этом отметили, что оперативное лечение способствовало улучшению функции печени при любом методе, а показатели мочевины и креатинина во всех группах были на одинаковом уровне. Лишь содержание билирубина в момент выписки было ниже в группе больных, которым выполнена абдоминализация в сравнении с капитонажем (соответственно 11,4±0,31 и 14,2±0,37. Показатели тимоловой пробы были на одинаковом уровне во всех трех группах, как до операции, так и при выписке.

Уровень трансаминаз был одинаковым во всех трех группах, после операции было их снижение, но более существенное снижение отмечалось после инвагинации. Содержание общего белка до операции было сниженным в сравнении с нормой, после абдоминализации уровень общего белка достоверно повысился, и эта тенденция сохранялась во всех группах, но более выражена у больных с абдоминализацией. Показатели мочевины и креатинина оставались в пределах нормы во всех группах как до операции, та и к моменту выписки.

В послеоперационном периоде у больных контрольной группы (капитонаж, инвагинация) осложнение выявлено у 7 (12,7%), плеврит у одного нагноение раны у 2 и у 4 к моменту выписки при УЗИ выявлен остаточная полость, но небольших размеров (3,5х2 см.) без жидкости.

Таким образом, наши исследования показали возможность выполнения абдоминализации полости фиброзной капсулы и при эхинококкозе печени, но

для достижения благоприятных исходов необходимо тщательно исследовать остающуюся часть капсулы для выявления желчных свищей и надежно их ушить с последующим контролем на герметичность их ушивания и дренировать. Возникшее желчеистечение кратковременное и имеет тенденцию к самостоятельному прекращению. Метод абдоминализации фиброзной капсулы не усугубляет функциональное состояние печени в сравнении с капитонажем и инвагинацией, его целесообразно выполнять при кистах средних и больших размеров (до 15 см в диаметре) и при кистах, когда ликвидировать полость представляет риск повреждения сосудов и желчных протоков.

Литература:

1. Ахунбаев И.К., Эхинококкоз легкого и его хирургическое лечение [Текст]/ И.К. Ахунбаев, Н.И. Ахунбаева// Фрунзе: Кыргызполиграфкомбинат, 1997. – 182с.
2. Бебезов Х.С. Распространенность и хирургическое лечение эхинококкоза печени [Текст]/ Х.С. Бебезов, Д.Н. Нурманбетов, Ш.М. Чынгышаев // Проблема эхинококкоза в Кыргызстане: Сб.науч.тр. Бишкек, 2002. – С. 22-27.
3. Вишневский А.А., К хирургическому лечению эхинококкоза легкого [Текст]/ А.А. Вишневский// Вестник хирургии. – 1956. - №11. – С. 74-79.
4. Вишневский В.А. Радикальные операции при первичном и резидуальном эхинококкозе печени [Текст]/ В.А.Вишневский, М.Г. Ефанов, Р.З. Икрамов // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. - №4. – С. 16-25.
5. Маслагин А.С. Дренирование брюшной полости после холецистэктомии [Текст] / А.С. Маслагин, Н.В. Комаров, Р.Н.

Комаров // эндоскопическая хирургия. - 2005. - №4. - С. 22-23.

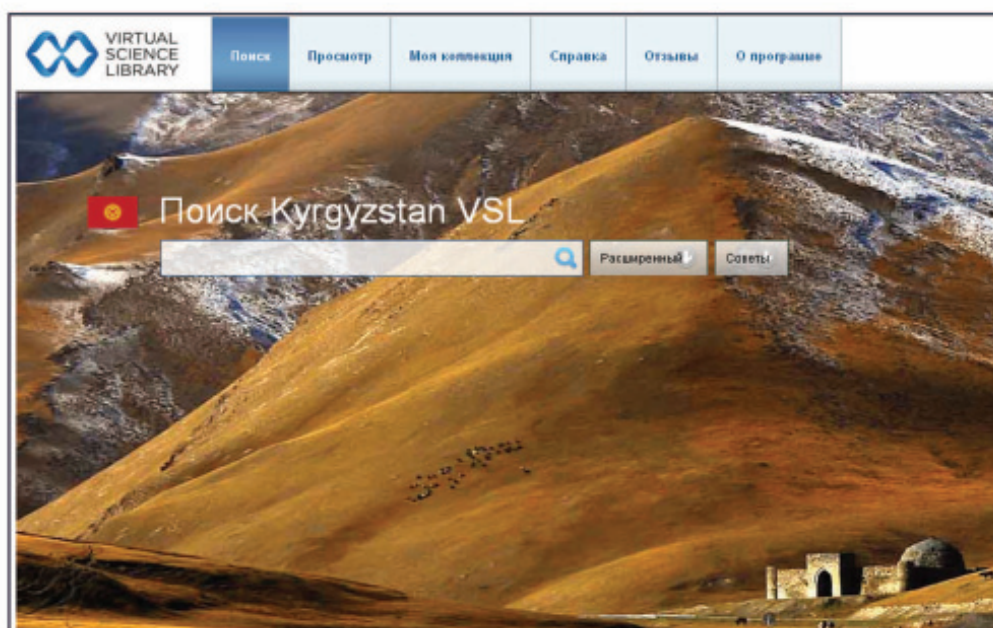
6. Меджидов Р.Т. Профилактика рецидива абдоминального эхинококкоза [Текст] / Р.Т. Меджидов, Р.С. Султанова, Ш.Р. Меджидов // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2014. - №3. - С. 63-67.

7. Мусаев А.И. Способы ликвидации полости фиброзной капсулы при эхинококкозе печени [Текст] / А.И. Мусаев. - Бишкек: Учкун, 1999. - 156с.

8. Третьякова А.А. Закрытие остаточных полостей печени [Текст] / А.А. Третьякова, И.И. Хижняк, О.Б. Дронова // *Вестник хирургии*. - 2012. - №6. - С. 97-99.

9. Perzi A. experience with different methods of treatment of nonparasitic liver cysta [Text] / A. Perzi, Y. Hohn, E. Makula // *Langenbecks. Arch. Surg.* - 2002. - Bd. 387, №5-6. - S. 229-233.

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.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕКТОПЕКСИЯ: ПЕРВЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ

Осмоналиев Б.К.¹, Жумадылов К.С.², Сапаров С.Ш.²,
Усубакунов У.Э.² Авасов Б.А.¹

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

² Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель работы – представить первый клинический опыт лапароскопической ректопексии по Зеренину-Кюммелю в лечении выпадении прямой кишки. Операция была выполнена пациенту в возрасте 52 года, суть операции заключалась в следующем: после установки лапароскопических портов, пациент переводился в положение Тренделенбурга и проводилось соединение передней поверхности сигмовидной и прямой кишки с надкостницей крестца. Осложнений в раннем послеоперационном периоде и рецидива заболевания в отдаленном послеоперационном периоде не выявлено, что подтверждено результатами контрольных осмотров. Малоинвазивные технологии выявили ряд преимуществ, такие как уменьшение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление деятельности желудочно-кишечного тракта и более быстрое восстановление физической активности.

Ключевые слова: выпадение прямой кишки, лапароскопическая ректопексия.

ЛАПАРОСКОПИЯЛЫК РЕКТОПЕКСИЯ: АЛГАЧКЫ КЛИНИКАЛЫК ТАЖРЫЙБА

Осмоналиев Б.К.¹, Жумадылов К.С.², Сапаров С.Ш.²,
Усубакунов У.Э.² Авасов Б.А.¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² №1 шаардык клиникалык оорукана

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Иштин максаты - Зеренин-Кюммелдин ыкмасы боюнча, көтөн чучук түшкөндө лапароскопиялык ректоскопиянын алгачкы клиникалык тажрыйбасын көрсөтүү. Операция 52 жаштагы оорулууга жасалган. Лапароскопиялык порттор орнотулгандан кийин, бейтап Тренделенбургдун абалына келтирилип, көтөн чучук менен сигма ичегесинин алдынкы тарабы куймалчактын кемирчек чели менен бириктирилген. Операциядан кийинки алгачкы учурларда рецидив жана эч кандай кабылдоолор болбогондугу текшерүүлөрдүн жыйынтыгында белгилүү болду. Кичиинвазивдүү технологиялар операциядан кийинки оорунун белгилерин азайышы, ичеги-карындын эрте иштеши, физикалык активдүүлүгүнүн калыптануусу сыяктуу өзгөчүлүктөрүн көрсөтө алды.

Негизги сөздөр: көтөн чучуктун түшүүсү, лапароскопиялык ректопексия.

LAPAROSCOPIC RECTOPEXY: FIRST CLINICAL EXPERIENCE

Osmonaliev B.K.¹, Jumadylov K.S.², Saparov S.Sh.²,
Usubakunov U.E.², Avasov B.A.¹

¹ I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

² City clinical hospital №1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. Purpose – to present the first clinical experience of laparoscopic rectopexy on Serenno-Kümmel in the treatment of rectal prolapse. The operation was performed in a patient aged 52 years old, the essence of the operation was as follows: after the installation of laparoscopic ports, the patient was transferred to the Trendelenburg position and the connection wire and the front surface of the sigmoid colon with the periosteum of the sacrum. Complications in the early postoperative period and disease recurrence in the postoperative period is not revealed, which is confirmed by the results of the control examinations. Minimally invasive techniques have revealed a number of advantages such as a reduction in postoperative pain, early recovery of the gastrointestinal tract and a faster recovery of physical activity.

Key words: rectal prolapse, laparoscopic rectopexy.

Актуальность.

Первое упоминание о выпадении прямой кишки найдено в папирусах Эбера в 1500 веке до н.э. У копской мумии (400–500 век до н.э.) была обнаружена выпавшая прямая кишка [1]. Еще Гиппократ описал лечение ректального пролапса, заключающееся в подвешивании человека вверх ногами до тех пор, пока выпавшая кишка самостоятельно не вправлялась. Затем к слизистой оболочке прямой кишки прикладывали едкий калий (caustic potass) и связывали бедра вместе на 3 дня. В 1880 году Микулич предложил резецировать выпавшую часть прямой кишки перианальным доступом [2]. В 1891 году Thierch производил фиксацию прямой кишки путем введения серебряного проволоочного кольца вокруг заднего прохода [3]. За всю историю хирургического лечения этого

заболевания предложено более 200 оперативных способов его коррекции [4, 5]. Она направлена на предотвращения выпадения, восстановление функции держания и нормализацию транзита кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту [5, 6]. Это может быть достигнуто путем резекции части толстой кишки, фиксации прямой кишки к крестцу и при необходимости элементам тазового дна. В настоящее время многие авторы подразделяют операционные вмешательства на внутрибрюшные и промежностные [4-6]. Внутрибрюшные операции направлены на мобилизацию и фиксацию прямой кишки, а также при необходимости могут включать резекцию отделов толстой кишки. Промежностные операции направлены на резекцию выпавшей части прямой кишки с восстановлением дефектов тазового дна

и запирающего аппарата прямой кишки.

Лапароскопические технологии получили большое распространение в хирургии в конце XX столетия. Преимущества лапароскопических операций над традиционными вмешательствами не вызывают сомнений и в колоректальной хирургии, что подтверждают многочисленные работы отечественных и зарубежных авторов. Особенно убедительны преимущества лапароскопических технологий при выполнении ректопексии по поводу ректального пролапса. Это связано с тем, что при выполнении ректопексии не требуется резекции сегмента ободочной кишки, и, соответственно, нет необходимости в выполнении мини-лапаротомии для удаления резецированной кишки [7, 8]. При выполнении лапароскопических ректопексий большинство исследователей отмечают достаточно хорошие результаты, заключающиеся в более легком течении послеоперационного периода, сокращении сроков пребывания больных в стационаре и ранней реабилитации пациентов. При этом число рецидивов заболевания не превышает таковых при традиционных вмешательствах [7, 8].

С 2011 года в Городской клинической больнице (ГКБ) №1 г. Бишкек в лечении хирургических заболеваний в основном желчнокаменной болезни используется лапароскопический метод лечения. В доступной нам литературе мы не нашли сообщений об использовании в Кыргызской Республике в хирургическом лечении выпадения прямой кишки лапароскопическим способом.

Целью клинического наблюдения поделиться своим опытом лапароскопического лечения выпадения прямой кишки.

Материал и методы.

В хирургическом отделении – 1, ГКБ №1 г. Бишкек в 2015 году была проведена лапароскопическая операция пациенту с выпадением прямой кишки. Демонстрация собственного клинического наблюдения.

Пациент Б.Т., 1963 г.р. (52 года), № истории болезни 5975/975, житель Джети-Огузского района Ыссык-Кульской области. Госпитализирован в плановом порядке 10.06.2015 года с жалобами на наличие выпадения при акте дефекации и физической нагрузке, выворачивания прямой кишки через задний проход, требующего ручного вправления, недержание жидкого кала.

Анамнез болезни: со слов больного считает себя больным длительное время, первые признаки выпадения отмечает после службы в армии. За медицинской помощью не обращался, стеснялся. Последние 2 года отмечает выпадение прямой кишки во время дефекации, при физической нагрузке, требующего ручного пособия, недержание жидкого кала, что и послужило причиной обращения в ГКБ №1 г. Бишкек.

Анамнез жизни: наследственность не отягощена. Популяция А. Инфекционные заболевания отрицает.

Мы подробно опросили пациента на предмет факторов способствующих выпадению прямой кишки: пациент не занимался тяжёлым физическим трудом; не выявлены признаки дисфункции кишечника (особенно запоры); неврологических нарушений нет. Не найдены изменения конфигурации позвоночника (повреждение

конского хвоста, травма спинного мозга); в анамнезе жизни не отмечал хронические обструктивные заболевания лёгких, сопровождающихся длительными периодами кашля.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые физиологичной окраски. Дыхание не нарушено, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Пульс 76 в минуту.

Локальный статус: Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Ректально: при натуживании пациента, как при дефекации отмечается выпадение прямой кишки округлой формы, больших размеров (рис. 1.). При этом во время её пальпации помимо слизистого определяется и мышечный слой кишечной стенки. Направление складок на выпадающих тканях ориентированы концентрически. Вправление требует ручного пособия.

Результаты исследований.

Общеклинические и биохимические анализы в пределах нормы. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 76 ударов в мин. Нормальное положение ЭОС. Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: хронический холецистит. Ректороманоскопия: без патологии. Фиброколоноскопию провести не удалось из-за недержания анального сфинктера.

Согласно классификации разработанной в 1972 году в ГНЦ колопроктологии Воробьевым Г.И. и соавт. [7], выпадение прямой кишки у пациента было II стадии (прямая кишка выпадала при дефекации и физической нагрузке). В фазе декомпенсации (вправление кишки осуществлялось только при помощи руки), 2 степени недостаточности анального сфинктера (недержание клизменных вод и жидкого кала).

Лапароскопическая ректопексия по Зеренину-Кюммелю выполнена 12.06.2015 года, после подготовки кишечника препаратом фортранс с использованием лапароскопической стойки «ALLGAIER» (Бельгия-Германия) с необходимым набором инструментов. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом. Основные этапы лапароскопической ректопексии заключались в следующем (рис. 2).

Положение пациента на операционном столе со сведенными ногами. Хирург располагался справа от пациента, камердинер в центре (над головой пациента), а ассистент слева. После установки первого 10-мм троакара в области пупочного кольца и создания пневмоперитонеума в режиме 12 мм.рт.ст проводили панорамную ревизию органов брюшной полости. Затем пациент был переведен в положение Тренделенбурга. Один 10-мм и один 5-мм троакара установлены в правой подвздошной области и два 5-мм троакара в левой подвздошной области. Места установки троакаров представлены на рисунке 3. После ревизии сигмовидная кишка максимально оттягивалась краниально. Сбоку от сигмовидной кишки, начиная от мыса, на 9 см вниз был рассечен париетальный листок брюшины с помощью ножниц и L-образного крючка (монополярная электрокоагуляция). Край разреза

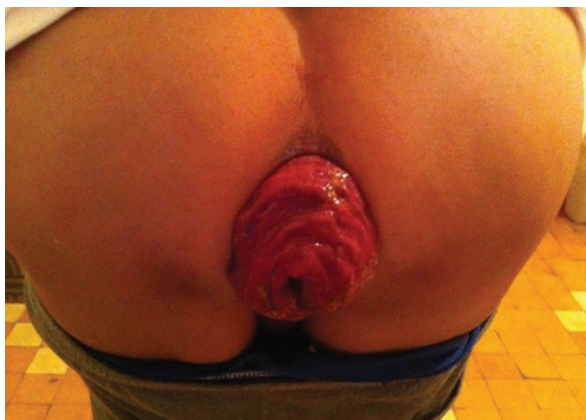


Рис 1. Фотоснимок пациента с выпадением прямой кишки до операции (объяснение в тексте).

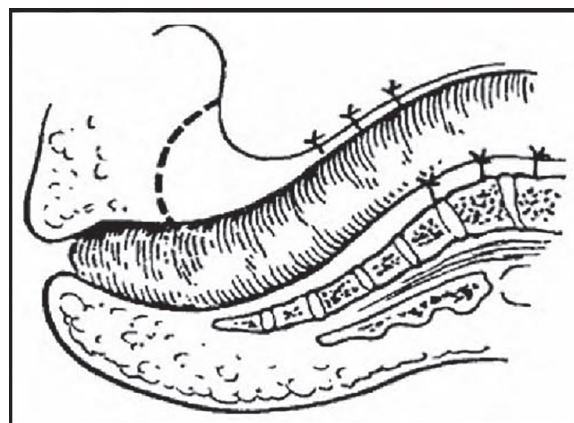


Рис 2. Схема операции ректопексии по Зеренину-Кюммелю.

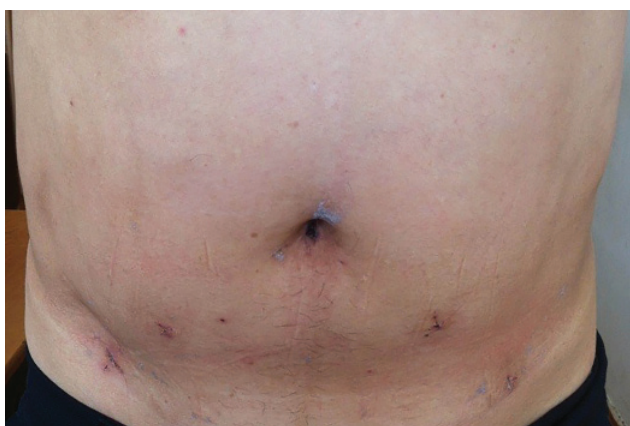


Рис 3. Фотоснимок пациента на 7 сутки после операции (местаустановки троакаров).

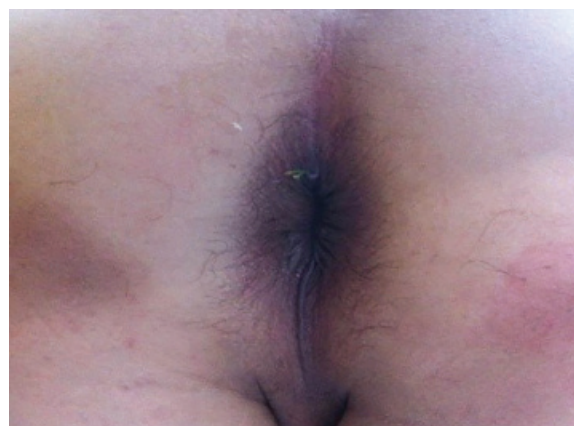


Рис 4. Фотоснимок пациента с выпадением прямой кишки на 7 сутки после операции.

раздвинуты и очищена передняя поверхность крестца от клетчатки. Кровотечение из мелких ветвей остановлено с помощью электрокоагуляции и прижатием марлевыми «шариками». Снизу верх наложены 3 узловых шва (стерисил 2-0), соединяя серозно-мышечный слой передне-боковой поверхности сигмовидной и прямой кишки с надкостницей крестца. При завязывании швов происходила ротация кишки на 180° и её фиксация к крестцу. Кровопотери не было. В малый таз установлен контрольный дренаж, который выведен через троакар и фиксирован в правой подвздошной области. Десуффляция. Швы на раны. Асептические повязки.

Результаты и обсуждение.

Длительность операции (от начала установки троакаров и до наложения кожных швов) составила 240 мин и зависела от таких факторов как первое освоение методики, с новой для эндохирургической бригады способа операции и адаптацией эргономических навыков. При завязывании узлов мы применяли технику интракорпорального узла. Во время лапароскопической операции каких-либо осложнений (повреждение органов, кровотечение, пневмоторакс, гемодинамические осложнения) не было. Лапароскопическая ректопексия, как и другие эндохирургические операции, выполняется практически без кровопотери.

В послеоперационном периоде пациент активизировался уже через 9 часов после операции, переведен на раннее энтеральное питание. Послеоперационный болевой синдром был минимальным и не потребовал назначения наркотических препаратов. Перистальтика желудочно-кишечного тракта восстанавливалась в течение первых суток после операции. Инфузионная терапия проводилась в течение 2-х дней после операции. Осложнений не наблюдалось. Дренаж удален из брюшной полости на 2 день после УЗИ контроля. В раннем послеоперационном периоде выпадения прямой кишки при акте дефекации пациент не отмечает (рис. 4). Раны зажили первичным натяжением. 20.06.2016 года пациент с выздоровлением был выписан. Пребывание в стационаре составило 10 койко-дней, 2 дня до и 8 дней после операции.

Пациент находится под нашим наблюдением. Рецидива заболевания в период наблюдения не выявлено, что подтверждено результатами контрольных осмотров, которые проведены через 1, 3 и 6 месяцев после операции. Пациент чувствует себя удовлетворительно, жалоб на выпадения прямой кишки при акте дефекации и физической нагрузке не отмечает, также пациент отмечает положительную динамику со стороны анального сфинктера, недержание жидкого кала и газов прошли.

Качество жизни у пациента значительно улучшилось.

Заключение.

Первый наш опыт лечения выпадения прямой кишки лапароскопическим способом показал ряд явных преимуществ, таких как уменьшение послеоперационного болевого синдрома, раннее восстановление деятельности желудочно-кишечного тракта, и более быстрое восстановление физической активности.

Лапароскопический доступ в хирургическом лечении выпадении прямой кишки является предпочтительным.

Литература:

1. Monro A. *The morbid anatomy of the human gullet, stomach, and intestines.* Archibald Constable & Co, Edinburgh, 1811. 363 p.
2. Mikulicz J. *Zur operative behandlung dis prolapsus recti et coli invaginati* // Arch. Klin. Chir. 1988. Vol.38. S. 74–97.
3. Watts A.M.I., Thompson M.R. *Evaluation of Delorme's procedure as a treatment for full-thickness rectal prolapse* // Br. J.

Surg. 2000. Vol.87. P. 218–222.

4. Luukkonen P., Mikkonen U. *Abdominal rectopexy with sigmoidectomy vs. rectopexy alone for rectal prolapse: a prospective randomized study* // Int. J. Colorectal Dis. 1992. Vol.7(4). P. 219–222.

5. Yakut M., Kaymakcioglu N., Simsek A. et al. *Surgical treatment of rectal prolapse: a retrospective analysis of 94 cases* // Int. Surg. –1998. –Vol.83. P. –53–55.

6. Kuijpers H.C. *Treatment of complete rectal prolapse: to narrow, to wrap, to suspend, to fix, to encircle, to plicate or to resect?* // World J.Surg. –1992. –Vol.16. P. –826–830.

7. Воробьев Г.И., Шельгин Ю.А., Фролов С.А. *Лапароскопическая ректопексия* // Колопроктология. 2001. –№3. –С. 36–42 с.

8. Фролов С.А. *Лапароскопические операции на прямой кишке. автореф. ...д.м.н. М., 2000. –43с.*

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

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ НА ФОРМИРОВАНИЕ СПАЕЧНОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Сопуев А.А., Ибраев Д.Ш., Маматов Н.Н., Абдиев А.Ш.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

Национальный хирургический центр МЗ КР

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. В параллельном рандомизированном исследовании представлены результаты влияния антисептических средств на формирование спаечного процесса брюшной полости. Экспериментальное исследование проведено на 38 беспородных крысах. В трех экспериментальных группах были использованы раствор Фурацилина 0,02%, раствор Гипохлорита натрия 0,06% и раствор Декаметоксина 0,02%.

Ключевые слова: раствор Фурацилина 0,02%, раствор Гипохлорита натрия 0,06% и раствор Декаметоксина 0,02%, спаечная болезнь брюшной полости, санация брюшной полости, спаечный процесс.

КУРСАК КӨНДӨЙҮНДӨ ЖАБЫШМА ПРОЦЕССИНИН КАЛЫПТАНУУСУНА АНТИСЕПТИКАЛЫК КАРАЖАТТАРДЫН ТААСИР ЭТҮҮСҮН БААЛОО

Сопуев А.А., Ибраев Д.Ш., Маматов Н.Н., Абдиев А.Ш.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Улуттук хирургия борбору

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Параллелдик рандомизировалык изилдөөдө курсак көндөйүндө жабышма процессинин калыптануусуна антисептикалык каражаттардын таасир этүүсүнүн жыйынтыктары сунуш этилди. Эксперименталдык изилдөө 38 пародасыз келемиштерде өткөрүлдү. 0,02% Фурацилин, 0,06% Натрий гипохлорити, 0,02% Декаметоксин аралашмалары үч эксперименталдык топто колдонулду.

Негизги сөздөр: 0,02% Фурацилин аралашмасы, 0,06% Натрий гипохлорит аралашмасы, 0,02% Декаметоксин аралашмасы, курсак көндөйүнүн жабышма оорусу, курсак көндөйүн санациялоо, жабышма процесси.

EVALUATION OF THE INFLUENCE OF ANTISEPTIC ON THE ADHESIONS FORMATION OF THE ABDOMINAL CAVITY

Sopuev A.A., Ibraev D.Sh., Mamatov N.N., Abdiev A.Sh.

I.K. Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy

National Surgical Centre MOH

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. In parallel randomized study presents the results of the impact of antiseptics on the adhesion formation of the abdominal cavity. An experimental survey was conducted on 38 outbred rats. In three experimental groups were used: furacilin solution 0,02%, sodium hypochlorite solution 0,06% and decamethoxine solution 0,02%.

Keywords: 0,02% furacilin solution, 0,06% sodium hypochlorite solution and 0,02% decamethoxine solution, adhesive disease of the abdominal cavity, sanitation of the abdominal cavity, adhesion process.

Введение.

Спаечная болезнь брюшной полости (СПБП) - сложное полиэтиологическое заболевание, возникающее, как правило, в следствии агрессивного воздействия на брюшину (механическое, физическое, химическое, биологическое) отличающееся многоликостью клинических проявлений [1; 3].

Большинство хирургов считают промывание брюшной полости при перитоните обязательным элементом ее санации. Санация брюшной полости начинается с удаления гнойного экссудата из области расположения очага, инфицирующего брюшную полость, устранения его и последовательной санации других областей, их осмотра с обязательной ревизией. Для промывания брюшной полости применяют различные растворы. Растворы могут быть причиной спайкообразования [5; 7]. В послеоперационном периоде стоит вопрос, какой фактор являлся причиной спаечного процесса (СП) [6].

Целью нашего исследования явилась экспериментальная оценка влияния различных антисептиков на формирование СП брюшной полости, без других факторов спайкообразования таких как механическое воздействие или перитонит.

Материалы и методы исследования.

В условиях эксперимента нами было проведено рандомизированное параллельно, контролируемое исследование по оценке влияния раствора Фурацилина 0,02%, раствора Гипохлорита натрия 0,06%, раствора Декаметоксина 0,02% на формирование СП брюшной полости.

В экспериментальных группах использовались беспородные крысы, обоего пола, массой $180 \pm 15,8$ г и возрастом 70 ± 14 дней.

Работа проводилась на 3 группах беспородных крыс, в каждую из трех экспериментальных групп было включено по 12-14 животных.

В стерильных условиях подместной анестезией Sol. Novocaini 0,25%- 1,0 животным производился лапаролифт, в брюшную полость вводились растворы Фурацилина 0,02%, Гипохлорита натрия 0,06%, Декаметоксина 0,02%, в количестве 1,8 мл [3].

В I экспериментальной группе использовалось 12 животных. В брюшную полость вводился раствор Фурацилина 0,02%, который, восстанавливая 5-нитрогруппу, образуют высоко реактивные аминопроизводные, способные вызывать

конформационные изменения белков, макромолекул, приводя к гибели клеток. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Устойчивость развивается медленно и не достигает высокой степени. Увеличивает активность ретикуло-эндотелиальной системы, усиливает фагоцитоз.

II экспериментальная группа состояла из 14 животных, интраперитонеально вводился раствор Гипохлорита натрия 0,06%. Раствор Гипохлорита натрия 0,06% способен выделять атомарный хлор, являющийся сильнейшим окислителем. Разрушает молекулы любых органических субстратов. Активен в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, большинства патогенных грибов, простейших, вирусов.

В III группе экспериментов использовалось 12 животных, применялся раствор Декаметоксина 0,02%, который оказывает антимикробное противогрибковое действие и концентрируется на цитоплазматической мембране (ЦПМ) микробной клетки. Нарушая проницаемость ЦПМ микроорганизмов, соединяется с фосфатидными группами липидов мембраны. Декаметоксин имеет выраженное бактерицидное влияние на стрептококки, стафилококки, капсульные бактерии, синегнойную и дифтерийную палочки и фунгицидное действие, протистоцидное действие на лямблии, трихомонады, вирусцидное действие на вирусы. К микроорганизмам, устойчивым к антибиотикам, высокоактивный.

На 14-й день после операции животные всех трех групп выводились из эксперимента методом передозировки кетамин (80мг/100гр. массы тела).

Выраженность СП оценивалась модифицированной балльной системой, разработанной в НХЦ МЗ КР (Табл. 1), учитывающей распространенность спаек, изменения со стороны диаметра кишечной трубки, количество спаек, морфологический вид сращений [5].

Результаты и обсуждение.

В I экспериментальной группе (раствор Фурацилина 0,02%) внутрибрюшные спайки выявлены

у 4-х животных, т.е. в 33,3% случаев. Визуально спаечный процесс имел вид шнуровидных спаек. По распространенности спаечного процесса у 3-х животных зона спайкообразования занимала один этаж брюшной полости, у одного животного в пределах 2-х этажей. При балльной оценке этого критерия среднее количество баллов в этой группе животных составило 0,5 баллов.

При визуальной оценке изменений со стороны диаметра кишечной трубки обнаружено сужение просвета кишки у 3-х животных, деформации кишечника у одного животного не выявлено, по этому критерию количество баллов составило 0,83 балла.

Расчет среднего количества спаек составил 0,5 баллов. По морфологическому виду сформировавшиеся спайки были шнуровидные, что соответствовало 0,5 баллам (Табл. 2).

Во II группе экспериментов (Гипохлорит натрия 0,06%). 14 животных в группе обнаружен СП у 8-и животных, что соответствует 57%. При ревизии СП брюшной полости распространен в пределах одного этажа у 6-х животных, у 2-х других особей в пределах 2-х этажей брюшной полости, что соответствует в среднем 1 баллу.

В результате спаек у 4-х особей обнаружено сужение кишечной трубки. У остальных 4-х животных сужений не отмечалось, что составило в среднем 1,16 балла. Количество спаек в этой группе составил 1,0 балл.

Сращения несли характер у 3-х животных мембранозные, у 5-и животных шнуровидный вид спаек. По этому критерию расчеты составили в среднем 1,16 балла.

В III группе экспериментов, где использовался раствор Декаметоксина 0.02%, СП наблюдался у 4-х животных, что составило 33,3% случаев. У одной особи СП был в виде конгломерата из петель тонкой кишки. У одного животного отмечались сращения между печенью и мочеточником. У 2-х других животных спаечный процесс между печенью и тонким кишечником. При оценке распространенности спаечного процесса, сращения в

Таблица 1.

Таблица оценки спаечного процесса брюшной полости

1	Критерии оценки	В пределах одного этажа	В пределах двух этажей	СП в виде конгломерата органов	Баллы
	Распространенность СП в брюшной полости	1 балл	3 балла	5 баллов	
2	Критерии оценки	Спаечный процесс без сужения просвета кишки	Спаечный процесс с сужением просвета кишки	Обтурация или странгуляция кишечной трубки	Баллы
	Изменения со стороны кишечной трубки	1 балл	3 балла	5 баллов	
3	Критерий оценки	До 5	От 5 до 10	От 10 и более	Баллы
	Количество спаек	1 балл	3 балла	5 баллов	
4	Критерии оценки	Шнуровидные	Мембранозные	Плоскостные	Баллы
	Морфологический вид спаек	1 балл	3 балла	5 балла	

Таблица 2.

Оценка СПБП в экспериментальных группах животных (M±m)

№	Критерии оценки	I группа	II группа	III группа	P
1	Распространенность СП в брюшной полости	0,5	1,0	0,83	
2	Изменения со стороны кишечной трубки	0,83	1,16	0,66	
3	Количество спаек	0,5	1,0	0,66	
4	Морфологический вид спаек	0,5	1,16	1,0	
Σ	M±m	2,33±0,09 (2,04÷2,62)	4,76±0,16 (4,62÷4,9)	3,15±0,1 (2,85÷3,45)	P ₁ <0,05; P ₂ <0,05; P ₃ <0,05
P ₁ – достоверность между I и II экспериментальными группами; P ₂ – достоверность между I и III экспериментальными группами; P ₃ – достоверность между II и III экспериментальными группами;					

пределах двух этажей брюшной полости обнаружены у 1-го животного, у второго животного в виде конгломерата, 2-х других в пределах одного этажа. Расчет балльной оценки распространенности СП составил 0,83 балла.

Сужение просвета кишечника имелось у 2-х крыс, у 2-х других сужение просвета не было, что соответствовало в среднем 0,66 баллам.

Далее производилась оценка СП по среднему количеству спаек, которое соответствовало в среднем 0,66 баллам.

Морфологически сращения у первого животного все виды, у других 3-х в виде шнура. Среднее количество баллов по этому критерию составило 1,0 балл (Табл. 2).

Выводы.

Результат исследования показывает, что применение растворов Фурацилина 0,02%, Гипохлорита натрия 0,06%, Декаметоксина 0,02%, приводит к разной степени формирования спаечного процесса. Однако степень проявления СП статистически достоверно отличалась по всем выделенным критериям объективизации оценки спаечного процесса. Так, математический анализ распространенности СП в брюшной полости, изменений со стороны кишечной трубки, количеству спаек и их морфологическому виду статистически достоверно показал, что наиболее выраженным агрессивным влиянием на брюшину и тем самым формированием СП являются растворы Гипохлорита натрия 0,06% и Декаметоксина 0,02%, у раствора Фурацилина 0,02% спаечный процесс менее выражен.

Литература:

1. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь / Р.А. Женчевский. - М.: Медицина, 1989. - 191с.
2. Липатов В.А. Обоснование применения геля метилцеллюлозы для профилактики послеоперационного спаечного процесса брюшной полости : дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / В.А. Липатов – Курск, - 2004. - 148с.
3. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Шагинян Г.Г. и др. Спаечная болезнь как проблема репродукции и методы ее профилактики / А.А. Попов, Т.Н. Мананникова, Г.Г. Шагинян и др. // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2005. - №4. – С.41-44.
4. Сопуев А.А., Маматов Н.Н., Овчаренко К.Е. и др. Оценка эффективности различных вариантов моделирования спаечного процесса брюшной полости / А.А. Сопуев, Н.Н. Маматов, К.Е. Овчаренко и др. // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2011. - №3. - С.327-332.
5. Gaertner W.B., Hagerman G.F., Felemovicius I. et al. Two Experimental Models for Generating Abdominal Adhesions / W.B. Gaertner, G.F. Hagerman, I. Felemovicius et al. // J. Surg. Res. – 2007. - № 14. – P.31-34.
6. Harris D.A., Topley N. Peritoneal adhesions / D.A. Harris, N. Topley // Br. J. Surg. – 2008. - №3. - P.271-272.
7. Whitfield R.R., Stills H.F., Huls H.R. et. al. Effects of peritoneal closure and suture material on adhesion formation in a rabbit model / R.R. Whitfield, H.F. Stills, H.R. Huls et. al // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2007. - №. – P.66-69.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ УШИБОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА**Турганбаев Б.Ж.**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Проведено клиническое исследование 170 больных с ушибами головного мозга. Из них 92 пострадавших были подвергнуты к хирургическому лечению, а 78 больных пролечены консервативно, и были оценены исходы лечения.

Ключевые слова: ушибы головного мозга, дифференцированный подход лечения ушибов мозга.

БАШ МЭЭНИН ЭЗИЛИШИНДИН ДИФФЕРЕНЦИАЛДУУ ДАРЫЛОО ЫКМАСЫ**Турганбаев Б.Ж.**И.К.Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. 170 баш мээ эзилишине дуушар болгон бейтаптардан турган клиникалык изилдөө жүргүзүлдү. Алардын арасынан 92 бейтап хирургиялык жол менен дарыланган, калган 78 бейтап консервативдүү жолу менен дарыланган, жана бул дарылоо жолдорунун жыйынтыктары келтирилген.

Негизги сөздөр: баш мээнин эзилиши, баш мээнин эзилишинин дифференциалдуу жол менен дарылоо.

DIFFERENTIATED METHOD OF TREATMENT OF BRAIN INJURY**Turganbaev B.**I.K.Ahunbaev Kyrgyz State Medical Academy
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. We conducted a clinical trial of 170 patients with brain injury. Of these, 92 patients were subjected to surgical treatment, and 78 patients treated conservatively and were evaluated outcomes.

Key words: Brain contusion, differentiated method of treatment of brain injury.

Актуальность.

В современной нейрохирургии в сфере диагностики появилась возможность применения нейровизуализационных методов исследования с высоким разрешением, которая обеспечивает доказательность данных. Аналогично в корне изменились принципы и тактика лечения ушибов головного мозга, так как удается за короткое время устанавливать состояние ликворных пространств, состояние вещества головного мозга и его реакцию, визуализация сосудов, а также четко устанавливать этапы сагогенеза при разможжениях вещества головного мозга.

Учитывая выше изложенное, примитивное хирургическое лечение на основе профессионального опыта, по существу, почти вслепую, не представляя ни их истинных размеров, ни особенностей распространения, сменилось требованием «увидеть», чтобы подумать, какой путь лечения лучше. Клиника и катамнез, остающиеся фундаментом всех суждений, в сопряжении с визуализацией субстратов повреждения мозга, позволяют обосновать динамические критерии для выбора адекватного метода их лечения.

Материалы и методы исследования.

На базе отделений нейротравматологии Национального Госпиталя при МЗКР в период с 2011 по 2014 гг. проведен комплексный анализ 170 больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.

У всех больных было проведено МРТ и КТ обследование в динамике, а также гистологических материалы взятые в ходе оперативных вмешательств. У всех выживших пострадавших изучался катамнез по шкале исходов Глазго на глубину не менее 6 месяцев. Распределение пострадавших по возрасту было достаточно типичным для черепно-мозговой травмы – преобладали лица молодого и среднего возраста, как и соотношение

мужчин и женщин – 4:1.

Выявлено четкое преобладание при очаговых повреждениях вещества мозга противоударного механизма (75%) над ударным (25%). Переломы костей черепа отмечены в 93% наблюдений. Распределение очаговых повреждений мозга по долевым локализациям представлено в таблице 2.

По количеству повреждений доминировала лобная и височная локализация повреждений вещества головного мозга, что объясняется их значительной массой и особой подверженностью, наряду с ударной, противоударной травме.

Из всех 170 больных 92 пострадавших были подвергнуты хирургическому лечению, а 78 больных пролечены консервативно (таблица 2).

Результаты и обсуждение.

Изучена клиническая и компьютерно-томографическая динамика сагогенеза тяжелых очаговых повреждений вещества мозга, которую в усредненном виде раскрывают таблицы 3, 4 и 5.

В таблице 6 представлены исходы тяжелых очаговых повреждений вещества мозга в зависимости от характера лечения по шкале исходов Глазго с учетом как минимум 6-месячного катамнеза.

Сравнивая результаты лечения пострадавших при хирургическом вмешательстве и при консервативном ведении, мы видим, как значительны возможности и эффективность медикаментозного воздействия при тяжелых очаговых повреждениях вещества головного мозга.

Ушибы мозга тяжелой степени со сдавлениями внутримозговыми гематомами, предрасполагают нас к хирургическому лечению, но это имеет за собой обширные механические повреждения вещества головного мозга, что следует за ним грубые неврологические дефициты, а

Таблица 1.
Долевая локализация тяжелых очаговых повреждений вещества мозга

Локализация	Процентное соотношение
Лобная доля	45,3%
Височная доля	41,7%
Теменная доля	13,2%
Затылочная доля, мозжечок	2,8%

Таблица 2.
Распределение наблюдений по тяжести состояния и характеру лечения

Баллы ШКТГ	Оперативное лечение	Консервативное лечение	Всего
13-15	13 (14%)	39 (50%)	52 (31%)
9-12	18 (20%)	16 (21%)	34 (20%)
3-8	61 (66%)	23 (29%)	84 (49%)
Всего	92 (100%)	78 (100%)	170 (100%)

Таблица 3.
Клиническая динамика саногенеза тяжелых очаговых повреждений вещества мозга

Процессы	Протяженность
Регресс внутричерепной гипертензии	2-4 нед.
Регресс менингеальных симптомов	3-4 нед.
Нормализация неврологического статуса	4-6 нед.
Нормализация психического статуса	2-3 мес.

Таблица 4.
КТ-динамика саногенеза очагов разможнения мозга

Процессы	Протяженность
Нарастание перифокального и долевого отека	2-7 сут
Увеличение очагов разможнения	7 сут
Регресс перифокального и долевого отека	14-28 сут
Переход из гиперденсивной в изоденсивную фазу	3-4 нед
Переход из изоденсивной в гиподенсивную фазу	4-5 нед
Резорбция очага разможнения	5-7 нед
Расправление желудочковой системы	3-5 нед
Исход в локальный атрофический процесс	1,5-3 мес

Таблица 5.
КТ-динамика саногенеза внутримозговых гематом

Процессы	Протяженность
Уменьшение зоны визуализации и снижение коэффициента абсорбции кровоизлияния до 40-50Н	15-20 сут
Переход из гиперденсивной в изоденсивную фазу	4-5 нед
Расправление деформированной желудочковой системы	4-6 нед
Резорбция гематомы	5-8 нед
Исход в кистоподобную полость	1,5-3 мес

Таблица 6.

Исходы ЧМТ при тяжелых очаговых повреждениях вещества головного мозга (шкала исходов Глазго)

ШИГ	Оперированные	Неоперированные
Хорошее восстановление	28,2%	52,5%
Умеренная инвалидизация	33,7%	30,7%
Грубая инвалидизация	20,6%**	9,0%
Вегетативный статус	4,3%	2,5%
Смерть	13,0%	5,1%

* $p < 0,001$

* $p < 0,05$

Таблица 7.

Сравнение основных характеристик групп пострадавших с угнетением сознания до комы в 2007-2010 гг и 2011-2014 гг

Показатели	2007-2010 гг	2011-2014гг
Средний возраст, лет	32,0 ± 1,7	31,9 ± 1,6
Средний балл по ШКТ	5,6 ± 0,1	6,1 ± 0,2
Средняя длительность комы, сутки	3,1 ± 0,2	7,2 ± 1,0
Количество больных с сочетанной травмой	62 (45%)	34 (40%)
Всего больных	137	84

Таблица 8.

Сопоставление исходов тяжелой черепно-мозговой травмы у коматозных больных за 2007-2010 гг. и 2011-2014 гг.

Шкала исходов Глазго	Количество больных 2007-2010 гг	Количество больных 2011-2014 гг
Хорошее восстановление	22 (16%)	24 (29%)*
Умеренная инвалидизация	26 (19%)	25 (30%)
Грубая инвалидизация	54 (39%)	19 (23%)**
Вегетативный статус	6 (4%)	2 (2%)
Смерть	29 (21%)	14 (17%)
Всего	137 (100%)	84 (100%)

* $p < 0,05$ при сравнении групп ** $p < 0,01$ при сравнении групп

также координально меняется качество жизни больного в худшую сторону. Изложенные послышки и полученные нами и другими авторами результаты, обосновывают концепцию расширения показаний к консервативному ведению пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями вещества мозга.

До определенных пределов консервативное лечение лучше способствует развертыванию саногенных механизмов и компенсаторных возможностей пострадавшего мозга, чем хирургическое вмешательство. Об этом свидетельствуют данные КТ и МРТ мониторинга и, главное, изучение катамнеза перенесших тяжелые очаговые повреждения мозга. Причем, как нами установлено, очаговые изменения легкой и средней степени и диффузные изменения легкой степени (по данным КТ и МРТ) не препятствуют трудовой и социальной реадaptации пострадавших.

Показания к оперативному и консервативному лечению.

На основании также проведенных исследований в НИИ им. Н.Н. Бурденко предложены критерии для дифференцированного лечения тяжелых очаговых повреждений вещества головного мозга. Они полипараметрические, в чем-то может быть избыточные, с

тем, чтобы максимально перекрыть возможность ошибок.

Показания для хирургического вмешательства: 1) стойкое пребывание пострадавшего в фазе грубой клинической декомпенсации; 2) состояние сознания в пределах сопора или комы (по шкале Глазго ниже 10 баллов); 3) выраженные клинические признаки дислокации ствола; 4) объем очага разможжения при гомогенности его структуры по данным КТ или МРТ больше 50 куб см при лобной локализации и больше 30 куб см при височной дислокации; максимальный диаметр внутримозговой гематомы больше 4 см; 5) выраженные КТ или МРТ признаки боковой (смещение срединных структур свыше 5 мм) и/или аксиальной (грубая деформация охватывающей цистерны) дислокации мозга.

Показания для консервативного лечения: 1) пребывание пострадавшего в фазе субкомпенсации или умеренной клинической декомпенсации; 2) состояние сознания в пределах умеренного или глубокого оглушения (по шкале комы Глазго не менее 10 баллов), при этом допустимо обратимое углубление нарушений сознания до сопора; 3) отсутствие выраженных клинических признаков дислокации ствола; 4) объем очага разможжения по КТ или МРТ данным менее 50 куб см для лобной и теменной локализации и менее 30 куб см для височной локализации;

максимальный диаметр внутримозговой гематомы менее 4 см; 5) отсутствие выраженных КТ или МРТ признаков боковой (смещение срединных структур не больше 5-7 мм) и аксиальной (сохранность или незначительная деформация охватывающей цистерны) дислокации мозга.

Больные с тяжелыми ушибами головного мозга относятся к группе риска, которые требуют интенсивной терапии при динамическом клиническом наблюдении с повторными КТ/МРТ исследованиями.

Заключение.

Анализируемые наблюдения (2011-2014 гг.), когда при ведении пострадавших с тяжелыми очаговыми повреждениями вещества мозга стали строже придерживаться предложенных критериев дифференцированного лечения и принципов доказательной медицины, показали положительную динамику результатов по сравнению с аналогичными пострадавшими в период с 2007 по 2010 гг.

На таблице 7 представлено сравнение ряда основных параметров при тяжелых очаговых повреждениях головного мозга в 2007-2010 гг и в 2011-2014 гг, сопровождавшихся комой.

Как видно из таблиц 7 и 8, группы пострадавших с травматической комой сопоставимы по таким важнейшим показателям, как средний возраст, баллы по шкале комы Глазго, наличие сочетанных повреждений, а по средней длительности комы заметно ее удлинение в два с лишним раза у больных 2011-2014 гг. И тем не менее в группе 2011-2014 гг отмечается улучшение исходов по ШИГ, при этом удельный вес благоприятных результатов достоверно выше, а грубой инвалидизации достоверно ниже, чем в группе 2007-2011 гг.

Таким образом, концепция дифференцированного лечения тяжелых очаговых повреждений вещества головного мозга, способствуя улучшению исходов, расширяет сферу консервативного лечения пострадавших.

Литература:

1. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Гаврилов А.Г. Рекомендации при черепно-мозговой травме с позиций доказательной медицины. В кн.: Доказательная нейротравматология. М., 2003; 33–61.
2. Потапов А.А., Лихтерман Л.Б., Вос П.Е. и др. Стандарты и рекомендации в современной нейротравматологии. В кн.: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 3. М.: Антидор, 2002; 29–41.
3. Chesnut RM. Implications of the management of severe head injury for the practicing neurosurgeon. Surg Neurol 1988; 50 (3): 187–93.
4. Walters BC. Neurosurgery in Transition. Washington, 1988; Chapt. 6: 99–111.
5. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. I. Recent developments. Arch Intern Med 1990; 150: 1811–8.
6. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines. Arch Intern Med 1992; 152 (5): 946–52.
7. Woolf SH. Practice guidelines: a new reality in medicine. III. Impact on patient care. Arch Intern Med 1993; 153 (23): 2646–55.
8. Maas AIR. Current recommendations for neurotrauma. Current Opin Critic Care 2000; 6: 281–92.
9. Коновалов А.Н., Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Магнитно-резонансная томография в нейрохирургии. М.: Видар, 1997.
10. Корниенко В.Н., Пронин И.Н. Диагностическая нейрорадиология. М., 2006.
11. Лихтерман Л.Б. Черепно-мозговая травма. М.: Медицинская газета, 2003.
12. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. М., 2009; 500 с.
13. Лихтерман Л.Б. Неврология черепно-мозговой травмы. В кн.: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме. Т. 1. М.: Антидор, 1998; 230–67.
14. Зотов Ю.В., Касумов Р.Д., Тауфик И. Очаги размножения головного мозга. СПб., 1996.

СЛЕНГ КАК РАЗНОВИДНОСТЬ СПОСОБА АББРЕВИАЦИИ

Соронкулова А.Г.

Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме. Цель статьи - показать экспансию аббревиатур – сленгов, которые представляют опасность для стабильности литературного языка, нарушая систему литературных норм. Материалом исследования послужили аббревиатуры – сленги различных структурно – семантических типов. Основным источником исследования стали лексикографические материалы, а также опрос студентов. А основным методом исследования – описательный метод.

Вопрос употребления аббревиатур инвективного характера мало изучен, следовательно представляет интерес и его дальнейшее исследование.

Ключевые слова: аббревиация, актуализация, инициальный, ненормативная лексика, сленг, слоговой, телескопический.

СЛЕНГ - ЛЕКСИКАНЫН КЫСКАРТУУ ЫКМАЛАРЫНЫН ТҮРҮ

Соронкулова А.Г.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макаланын максаты болуп сленг кыскартылган сөздөрдүн таралуусу адабият системасын бузу аркылуу адабият тилине кооптук көрсөтүүсү ыктымал экенин чагылдырат. Изилдөө материалы катары кыскартылган сөздөрдүн ар кандай сленгтердин семантикалык түзүлүшүнүн типтери колдонулду. Изилдөөнүн негизги булагы лексикографиялык материалдар ошондой эле студенттер менен сурамжылоо өткөзүү. Изилдөөнүн негизги ыкмасы – сүрөттөө ыкмасы. Кыскартылган сөздөрдүн инвективдүү мүнөзүндө колдонулуусу көп изилденген эмес, андыктан анын кийинки изилдөөсү кызыктуулук жаратат.

Негизги сөздөр: аббревиация, актуализация, инициалдуу (баш тамгалардан турган), нормага кирбеген сөздөр, сленг сөздөр, муундук, телескопикалык (башкы жана акыркы муундан турган) ыкма

SLANG AS A VARIETY OF ABBREVIATION

Soronkulova A.G.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume. The purpose of the article is to show an extension of slang abbreviation which may hazard to the stability of literary language thus breaking the system of literary norms.

The slang abbreviation and its varieties in structural and semantic types are served as a material of the research. The primary source of this research is lexicographical materials and interview. Descriptive method is used as the main in the research.

Usage of invective abbreviation is a very little known therefore it takes consistent interest in further research.

Keywords: abbreviation, actualization, initial, non-normative lexicon, slang, syllabic, telescopic.

В настоящее время возросла функциональная значимость аббревиатур. Под аббревиатурами мы понимаем любые типы сокращений. Широкое распространение сокращения получили и в студенческой среде. Причиной создания и употребления сленгизмов - аббревиатур является тяготение к необычным словесным новшествам. Рождаются эти мини – слова в непринужденной речи, в узкой социальной среде как сознательное нарушение литературной языковой нормы, как протест против неё. Привлекает и определенная свобода в создании таких языковых единиц. Отсюда и их близость к ненормативной лексике.

Исходным материалом аббревиатур - сленгов, в большинстве случаев, являются соответствующие графические сокращения, которые лексикализировались в речи молодежи. Чаще других употребляются данные аббревиатуры с фиксированным порядком членов предложения.

Сокращенные сленгизмы не предназначены для понимания всеми, и в этом их особенность. Более того, такие аббревиатуры порой сочетают в себе непередаваемую игру слов. Обратимся к примерам: «Русалка (преподаватель русского языка) устроила ВОР (временный оккупационный режим). Обещала неуд (неудовлетворительная оценка) за слив (пропуск) контры (контрольная работа). А глобус (преподаватель без волос на голове) приказал ковырять инетку (искать в интернете

нужный сайт). А мне фиолетово (всё равно).

Семантическая ценность аббревиатурных слов различна. Она зависит от ряда лингвистических причин, причем важную роль в актуализации сокращений играет их общественная и социальная значимость. Отсутствие такой особой актуальности делает их менее активными в употреблении. Следует также разграничивать аббревиатуры, закрепленные в системе языка, и аббревиатуры, появляющиеся в речи спонтанно и не ставшие фактами языковой системы. Так молодежный сленг ГРОБ (гражданская оборона) уступил место аббревиатуре ГО, а педульник - аббревиатуре педвуз.

История развития и исследования современной аббревиации показывает, что аббревиатуры никогда не стояли вне стиля. Например, аббревиатуры – сленгизмы относятся к разговорному стилю. Некоторые из них являются просторечными словами (автомат, кожан, зачетка, училка, препод, курсач, школота, ботаник (от слова «ботать» и т.д.), другие - жаргонами (прикид, гумло – название студентов гуманитарного факультета), степуха, чел (человек), в лом (лень), хва (хватит), родаки (родители), БиДе (белый дом).

Молодёжь излишне эмоциональна и иронична поэтому возникает эмоциональная реакция на известные или малоизвестные аббревиатуры с определенными целями: с установкой на развлечение, со стремлением к сатире, пародированию и т.д. Общеупотребительное

слово СТУДЕНТ, представленное в качестве аббревиатуры расшифровывается как: Срочно Требуется Уйма Денег Есть Нечего Точка; СНГ - Содружество наркопроизводящих Государств; ОРЗ - Очень редкое здоровье; ЖЭУ (жилищно - эксплуатационный участок) - Жильцы - это уроды; НЛО - Не двигающийся лежащий объект (пациент в коме); ДОБДД (Департамент обеспечения безопасности дорожного движения)- Дай оборотню бабки и дуй дальше и т.д.

Поскольку в сфере информационных технологий появились иноязычные аббревиатуры, молодежь не замедлила использовать их в своей речи, подвергнув адаптации в русском языке. Так появились аббревиатуры - жаргоны. От **BBS** (Bulletin board system - биба, бибизба, бибиса; от **PC** (Personal computer) - писюк, пишишка; сидюк, сидюшник (от **CD** -compact disc) и т.д.

Аббревиатуры - сленги представляют определенную систему. Эта системность проявляется на уровне их тематических связей; структурных связей, возникающих не только на базе словосочетаний, но и на базе отдельных слов.

Анализ исследуемого материала позволил выявить следующие тематические группы сокращений:

1) профессиональные аббревиатуры - сленги, относящиеся к той или иной дисциплине: бэха - биохимия, матан - математический анализ, ТАУ - теория автоматического управления, ТГП - теория государства и права, термех - теоретическая механика, ФРА - физкультура, БюП - бюджетное право, заруба - зарубежная литература, линал - линейная алгебра, пата - паталогическая анатомия и другие;

2) сокращения - сленги, обозначающие человека: Примат - студент, изучающий прикладную математику, Русалка - преподаватель русского языка, Химера - учитель химии, Коменда - комендант общежития, Комерс - студент, обучающийся на коммерческой основе, Комбез - студент, обучающийся по специальности «компьютерная безопасность», Третьекур - третьекурсник, БС - человек, рассчитывающий поесть и попить за чужой счет (от слова «босой»), ЧМО - Человек, мешающий о бществу, Ментавр - конный милиционер, Бэцэшник - пациент, с гепатитом Б и С, Кээсница - женщина, которой сделали кесарево сечения, Мировушки - мировые судьи, Физлы - физические лица, финики - финансисты, ГАЕЦ - работник ГАИ и т.д.;

3) Компьютерный сленг: сисадмин - системный администратор, виндец - аварийное завершение (от Windows), дрова - драйвера, комп - компьютер, ЧАВО - рубрика на каком-либо сайте «Часто задаваемые вопросы», мыло - email (электронная почта), клавиша - клавиатура и мн.др.;

4) Сокращения -сленги, называющие отвлеченные и конкретные понятия: газява - газированная вода, СПС - спасибо, яга - алкогольный энергетический

напиток «Ягуар», попса - поп-музыка, КиШ - рок- группа «Король и Шут», ОМГ - восклицание, выражающее удивление (от англ. аббревиатуры OMG - oh my God - О боже мой!), ИМХО - имею мнение, хрен откажусь, уши- наушники, непруха - непроходимость кишечника (невезение), клиника - клиническая смерть и пр.

По структуре сленговые сокращения можно разделить на:

1) инициальные аббревиатуры (в основе аббревиатур - названия первых букв и (или) звуков слов, входящих в исходное словосочетание): ВОР, НЛО, ЖЭУ, ТАУ, ТГП, БюП, ЧМО, БС, СПС, ЧПЕН, ДПС, ДОБДД, КиШ, ВЫСЯ - Высший арбитражный суд, НДК - недобросовестная конкуренция и т.д. (Все значения аббревиатур даны при описании тематических групп);

2) слоговые (образованные из сочетания начальных частей слов): линал, комбез, матан, тервер, гроб, вычмат, линур, матобес, контра, примат, чаво, воса, налплат (налогоплательщик);

3) телескопические сокращения, образованные из начала и конца составляющих слов: физра, вышка, кулек, дебильник, зачетка, хаюшки (приветика), бэцэшник, непруха, налорг и т.д.

Остальные структурные типы не обнаружены в исследуемом материале.

Современный аббревиатурный сленг молодежи быстро пополняется, что объясняется сменой поколений. Целесообразность сокращений как специфической подсистемы языка очевидна. Но эстетико - фонетическая несостоятельность большинства таких аббревиатур признается их главным недостатком.

Литература:

1. Бондалетов, В.Д. Иноязычная лексика в русском арго/ В.Д. Бондалетов.- Куйбышев, 1990.
2. Дубровина, К.Н. Студенческий жаргон// Филол. науки, 1980.
3. Ермакова О.И. Особенности компьютерного жаргона. По материалам Интернет.// www.dialog21.ru/archiv/2001/volume1/114.htm
4. Плотникова Л.И. Словотворчество как феномен языковой личности. Из-во Белгород, уп-10 2000
5. Санников В.З. Об истории и современном состоянии русской языковой игры//Вопр.языкознания, 2005.-№4.
6. Суздальский Г.А. Сленг - что это такое? -М.:Воениздат, 1973.
7. Словарь молодежного сленга (на материале лексикона студентов Томского государственного университета) Издательского Дома Томского государственного университета «17» июля 2014г. Л.А. Захарова, А.В. Шуваева.

КЫРГЫЗ ТИЛИ САБАГЫНДАГЫ СТУДЕНТТЕРДИН ӨЗ АЛДЫНЧА ИШТЕРИНИН ТҮРЛӨРҮ ЖАНА ФОРМАЛАРЫ

Шабданбаева Ж.К.

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

Корутунду. Өз алдынча ишти уюштуруу, аны жетекчиликке алуу- бул ар бир окутуучунун жоопкерчиликтүү жана татаал иши. Активдүүлүктү жана өз алдынчалуулукту тарбиялоо студенттерди тарбиялоонун составдык бөлүгү катары кароо зарыл. Бул маселе биринчи даражадагы маанилүү маселелердин катарында ар бир окутуучунун алдына коюлат.

Студенттердин өз алдынчалуулугун калыптандыруу жөнүндө айтып жатып, бири-бири менен тыгыз байланышкан эки маселени эске алыш керек. Алардын биринчиси, таанып билүүчүлүк ишкердүүлүктө өз алдынчалуулукту студенттерде калыптандыруу, аларды билимдерге өз алдынча ээ болууга, өзүнүн дүйнө таанымын калыптандырууга үйрөтүү; экинчиси-практикалык ишкердүүлүккө үйрөтүү.

Негизги сөздөр: модификация, жеке-дидактикалык максаттар, таанып билүүчүлүк тапшырмалар, фронталдык өз алдынча иштер, глоссарий

ВИДЫ И ФОРМЫ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ РАБОТ СТУДЕНТОВ НА УРОКЕ КЫРГЫЗСКОГО ЯЗЫКА

Шабданбаева Ж.К.

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

Резюме. Организация самостоятельной работы – это ответственная деятельность для каждого преподавателя. Воспитание активности и самостоятельности студентов нужно рассматривать как составную часть обучения. Это задача является основной целью для преподавателя. При формировании самостоятельности студентов надо учитывать взаимосвязь между двумя задачами. Во-первых формирование у студентов навыка самостоятельной работы для проработки материалов восприятия мировых событий, во-вторых, привитие практического применения знаний в работе.

Ключевые слова: модификация, лично-дидактические цели, познавательные задания, самостоятельная фронтальная работа, глоссарий

KYRGYZ LANGUAGE SELF-STUDY TYPES AND FORMS FOR STUDENTS Shabdanbaeva J.K.

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

Resume. Self-study management is a responsibility and activity of each teacher. It is necessary to consider student's activity and independence training as compound part of education. This task is the main for each teacher. It is necessary to consider an interconnection between 2 tasks during students independence formation. Firstly it is world news teaching study materials in formation of student's self study ability, secondly it is actual use the knowledge in practice.

Keywords: modification, didactic purposes, cognitive tasks, front work, glossary.

Өз алдынча иштердин илимий негизделген классификациясынын маанилүүлүгүн белгилеп кетүү зарыл. Анткени

ага ориентирсиз студенттердин өз алдынча ишинин эффективдүүлүгүн курууга мүмкүн эмес. Бүгүнкү күндө өз алдынча иштин ар түрдүү классификациялары бар экендигин айтып кетишибиз керек. Кээ бир изилдөөчүлөр аны максаттары боюнча, башкалары-өз алдынча иштин жүрүшүндө студенттер тарабынан аткарылган окуу тапшырмаларынын мүнөзү боюнча классификациялашат, үчүнчүлөрү ар кандай маселелерди аткаруу процессиндеги окуу ишкердүүлүгүн классификацияга негиз кылып алышат, төртүнчүлөрүнүн иштеринде жалпыланган негизди эске алуу менен өз алдынча ишти классификациялоого аракеттер жасалган.

Биздин оюбузча, жеке-дидактикалык максаттарды, таанып билүүчүлүк тапшырмалардын маңызын жана окуу-таанып билүүчүлүк ишкердүүлүгүнүн спецификасын трактовалоону негиз кылган классификация окуу-тарбия процессиндеги өз алдынча иштин дидактикалык мазмунун жана ролун толук чагылдырат. Бул классификацияда өз алдынча иштин төрт тиби белгиленген.

Биринчиптиптигизалдынчаишке,ишкердүүлүктүн алгоритминин негизинде жана тапшырманын шарттарында камтылган ишкердүүлүктө эмне талап кылынса,

дидактикалык максаты аны тышкы планда көрсөтүү жөндөмүн студенттерде калыптандырууну көздөгөн өз алдынча иш киргизилген (б.а. биринчи деңгээлдеги билимдерди жана ишкердүүлүктү калыптандыруу). Мында студенттердин таанып билүүчүлүк ишкердүүлүгү объектилер же алардагы кайталанган аракеттер жөнүндө маалыматты кайталап кабылдоодогу билимдердин бул тармагындагы объектилерди билүүдө турушу керек.

Экинчи типтеги өз алдынча иштин жеке-дидактикалык максаты типтүү маселелерди чечүүгө жана өздөштүрүлгөн маалыматтарды эске тутуу боюнча кайра жаратууга мүмкүндүк берүүчү билимдерди жана ишкердүүлүктү калыптандырууда турат(б.а. экинчи деңгээлдеги билимдерди жана ишкердүүлүктү калыптандыруу). Мындай кырдаалда окуучулардын таанып билүүчүлүк иши так кайра жаратууда же аздап реконструкциялоодо, мурда өздөштүрүлгөн маалыматтын структурасын жана мазмунун кайра жаратууда турат. Бул объектини баяндоону анализдөөнүн зарылдыгын, тапшырманы аткаруунун мүмкүн болгон ар кандай жолдорун, алардын туурасын тандап алууну, же чечүүнүн логикалык ыкмасын ырааттуу табууну болжолдойт.

Үчүнчү типтеги өз алдынча иштин жеке-дидактикалык максаты болуп типтүү эмес маселелерди чечүүнүн негизинде жаткан билимдерди жана ишкердүүлүктү студенттерде калыптандыруу (б.а. үчүнчү деңгээлдеги билимдерди жана ишкердүүлүктү калыптандыруу). Үчүнчү типтеги өз алдынча ишти аткаруудагы студенттердин таанып билүүчүлүк ишкердүүлүгү билимдерди, жөндөмдөрдү жана көндүмдөрдү ишке ашыруу жолу менен мурда өздөштүрүлгөн формалдуу тажрыйбанын негизинде, алар үчүн жаңы тажрыйбаны тышкы планда топтоодо жана көрсөтүүдө турат. Мындай ишкердүүлүк чечүүнүн ыкмаларын табууга, формулировкалоого жана ишке ашырууга алып келет. Бул өткөндөгү формалдуу тажрыйбанын чегинен чыгууну талап кылат жана ой жүгүртүүнүн реалдуу процессинде тапшырманын шарттарын жана мурда өздөштүрүлгөн маалыматты варианттоого, жаңыча көз карашта карап чыгууга түртөт.

Төртүнчү типтеги өз алдынча иштин жеке-дидактикалык максаты-чыгармачылык ишкердүүлүк үчүн өбөлгөлөрдү түзүү (б.а. билимдерди жана ишкердүүлүктү калыптандыруу). Мында студенттердин таанып билүүчүлүк ишкердүүлүгү каралуучу объектилердин мазмунуна сүңгүп кирүүдө, жаңы байланыштарды жана мамилелерди чечүүнүн мурда белгисиз идеялары менен принциптерин табуу үчүн зарыл байланыштарды жана мамилелерди белгилөөдө, жаңы маалыматтарды издөөдө турат. Бул иштин ар бир этабында жаңы аракеттердин мазмунунун, түзүүгө керек болгон маалыматтын мүнөзүнүн үстүндө иштөөнү талап кылат.

Белгилеп кетчү башкы нерсе, берилген тапшырма боюнча студенттердин өз алдынча ишин уюштуруу-бул таанып билүүчүлүк ишкердүүлүктү уюштуруунун методдоруна, аларды баяндоону, түшүндүрүүнү жана орундатууну түзүүнүн методикасы менен куралдандырууга-жеке таанып билүүнүн милдеттүү процедураларына алдын ала үйрөтүү зарылдыгы.

Бул маселелерди окутуучу теориялык сабактарда гана эмес, практикалык сабактарда да чечүүгө аракет жасашы зарыл. Бул жерде ал пикирлешүүнү курууда өздөштүрүлгөн билимдердин жана жөндөмдөрдүн маанилүүлүгүн далилдеген практикага акцент (басым) жасашы керек. Практикалык иштерге мындай ориентацияда студенттерде илимий теориялык изилдөөнүн негизги этаптарын өткөрүүгө, белгиленген талаптар боюнча отчетторду жасоого жөндөмдөр калыптана баштайт. Окутуучу мындай иштердеги процессте илимий изилдөөнүн атмосферасына кирүү, жолдоштору менен иштиктүү байланышка чыгуу, изилдөөнүн этаптарын пландоо, анын максаттарын жана милдеттерин калыптандыруу, максатка багыттуу методиканы тандоо, иш журналын алып баруу жөндөмдөрдүн жогорку окуу мүмкүнчүлүктөрү бар студенттерде максатка багыттуу калыптандыра алат [2].

Ошентип, кыргыз тили сабагында студенттердин өз алдынча ишинин эффективдүүлүгүн камсыз кылуучу кандайдыр бир шарттарды түзүү керек.

Эмгекти уюштуруунун формасы анын натыйжасына таасир этээри белгиленген. Өз алдынча иштин педагогикалык баалуулугу студенттердин

ишкердүүлүгүнүн кандай уюшулгандыгынан көз каранды. Уюштуруунун формасы-бул окуу процессинин катышуучуларын белгиленген ордуларына коюу, окутуучу менен студенттердин, студенттердин бири-бири менен өз ара аракеттешүү ыкмалары. Студент өз алдынча жалгыз, группалаштарынын анча чоң эмес тобу, жолдошторунун кимдир бирөөсү менен биргеликте иштей алат же жалпы аудиториялык ишке катыша алат. Ошондуктан өз алдынча ишкердүүлүктү уюштуруунун формалары олуттуу тарбиялык мааниге ээ. Эгер педагог ар бир форманын мүмкүнчүлүгүн, анын спецификасын жана колдонуунун педагогикалык шартын билсе, оң натыйжаларга жетишет. Аларды карап көрөбүз.

Фронталдык өз алдынча иштер.

Белгилүү болгондой, аудиториялык-сабактык система студенттер менен биргеликте таанып билүүчүлүк ишкердүүлүктү алдын ала карайт. Бул окутуучунун тикеден-тике байкоосу жана жетекчилиги менен аткарылуучу фронталдык аңгемелешүү жана өз алдынча болушу мүмкүн. Студенттердин өз алдынча ишинин фронталдык формасын уюштуруунун өзгөчөлүктөрү төмөндөгүлөрдө турат:

1) бардык студенттер тапшырманы жалпы аткарышат.

2) окутуучу тапшырманы аткарууга жалпы көрсөтмө берет;

3) студенттердин аракетин уюштуруунун жана жетектөөнүн жалпы ыкмалары колдонулат.

Жеке (индивидуалдык) өз алдынча иш - студенттердин кызматташтыгын четке каккан, жекелештирилген (индивидуалдаштырылган) тапшырмаларды аткарууну алдын ала караган иш. Бирок, окутуучу менен студенттердин кызматташтыгы үчүн кеңири мүмкүнчүлүктөрдү ачат. Мында окутуучунун милдети студентке караганда татаал жана жоопкерчиликтүү. Окуу материалына кылдат анализ зарыл, анын негизинде окутуучу өз алдынча иштеп чыгуу жана таанып билүүчүлүк кызыкчылыкты өнүктүрүү үчүн маанилүү, айрым студенттерге жеткиликтүү маселелерди бөлүп көрсөтөт.

Аудиториялык-сабактык системанын шарттарында жеке өз алдынча ишти уюштуруу педагогдорго тоскоолдуктарды жаратат. Группадары ар бир баланын жеке өзгөчөлүктөрүн ачуу кыйын, тапшырмаларды алдын ала иштеп чыгуу көп убакытты алат. Эгер аудиториядагы иш бир учурда бардыгы тарабынан аткарылса, мугалимге таркатуучу материалдардын санын көбүрөөк даярдоого туура келет.

Кандай тапшырмаларды, качан жана кантип студенттер жеке аткара алышат?

1. Сабактын структурасына көлөмү боюнча анча чоң эмес иштер жеңил киргизилет, анткени окутуучу айрым студенттерге же группаларга (2-4 адам) сунуштайт. Тапшырма аудиторияда фронталдык иш жүрүп жаткан учурда аткарылат. Алар ошол учурда же сабактан кийин текшерилет.

2. Ар бир студент тапшырманы карточкага мурдараак жасап, сабакка көтөрүп келишет. Ошентип аудиторияда окутуучу тарабынан эмес, студенттер өздөрү түзгөн жеке тапшырмалар сунушталат. Аткарылган ишти

студенттер да, окутуучулар да текшерет жана оңдойт. Бул педагог менен студенттердин кызыктуу ыкмасы.

3. Окутуучу сунуштаган, бирок студент тарабынан альтернативалуу негизде тандалган кезектеги жеке үй тапшырмаларын аткаруу.

4. Издөөчү ишкердүүлүктү: маалыматтарды, докладдарды, тажрыйбаларды талап кылган, тапшырмаларды озуп өткөн сабакка даярдык.

5. Өзүнчө сабактарды жогорку класстын окуучулары менен даярдоо жана өткөрүү.

6. Тигил же бул предметти үйрөнүү процессинде таанып билүүчүлүк же кесиптик кызыкчылыгы калыптанган студенттер менен аткарылуучу чыгармачылык мүнөздөгү узак жеке иш.

7. Окуудан тышкаркы иш студенттердин кызыкчылыктарын жана таанып билүүчүлүк керектөөлөрүн канааттандырууга багытталган өзүнө өзү билим берүүчүлүк ишкердүүлүгү менен байланыштуу.

Акыркы жылдары ЖОЖдордо өз алдынча ишти уюштуруунун группалык формасы белгилүү жайылтууга ээ болду. Ал педагогдорду эмнеси менен өзүнө тартат? Барыдан мурда, коллективдүү өз ара аракет үчүн, студенттердин өздөрүн кызматташуу үчүн жагымдуу шарттары менен кызыктырат. Сабактагы студенттердин өтө эле жөнөкөй жана жеткиликтүү кызматташтыгынын формасы-туруктуу курамда жупта иштөө. Аны окуу китебин ийгиликтүү иштеп чыгуу жана практикалык тапшырмаларды аткаруу, жазуу көнүгүүлөрүн өз ара текшерүү ж.б. үчүн пайдаланууга болот. Туруктуу курамдын мындай жуптары болуп бир партада отурган эки студент эсептелет. Ошондуктан өз ара аракет уюштурууда кыйынчылыктарсыз жана убакытты коротпостон ишке ашат. Айрым тапшырмаларды аткарууга студенттер 5-10 мүнөт сарпташат, бүтүндөй теманын материалын камтыган өз ара текшерүүнүн барактары менен иштөөгө көбүрөөк убакыт коройт. Эффективдүү жуптук иш болуп шериктердин ролу дайыма алмашкан, жетишүүсү ар кыл студенттердин кызматташтыгы саналат.

Группалык ишти колдонуу студенттердин кызматташтыгынын ар кандай ыкмаларын жана механизмдерин гана жаратпастан, ошондой эле өзүн өзү уюштурууну талап кылат, окуунун мотивациялык чөйрөсүнө таасир көрсөтөт. Бирок окуу-тарбия маселелерин комплекстүү чечүү, өз алдынча иштин фронталдык, жеке жана группалык формалары айкалышкан шартта жетишилет.

Бул айкалыштын варианттары ар түрдүү болушу мүмкүн:

1. Студенттер материалды жекече иштеп чыгышат, андан соң жуптарда жана жалпы класстык аңгемелешүүдө талкууланат.

2. Жеке чыгармачылык тапшырмалар айрым студенттер тарабынан үйдө аткарылат. Алар эки студент

тарабынан талкуулануу менен рецензияланат жана бүтүндөй группанын студенттери рецензиялайт.

3. Группа тарабынан аткарылуучу жалпы тапшырмалар группанын ар бир мүчөсү жекече иштөө үчүн жеке тапшырмаларга бөлүштүрүлөт.

Ар биринин жыйынтыгы алгач группаларда, андан соң педагог жана аудитория менен талкууланат.

Педагог тексттик материалдар жана оозеки тема боюнча материалдар менен өз алдынча иштөө үчүн төмөндөгү тапшырмаларды сунуштай алат:

1. Тема боюнча таяныч материалдар менен таанышыла (мисал, окуу китебинин материалында): аннотация, реферат жазгыла; негизги илимий түшүнүктөрдүн аныктамасын көчүргүлө; негизги мазмунду конспектилегиле; ачык сөздөрдү жазгыла.

2. Өтүлгөн материалдын оозеки маалыматын угуу же сунушталган материал боюнча окуу процессинде ориентир-тапшырмаларды аткаргыла:

- мазмун боюнча мурда коюлган суроолорго жооп бергиле;

- проблемалык суроолорго жооп тапкыла;

- маалыматтардын ичинен туураларын тандагыла;

- айтылган жоболорго комплексте өздү тажрыйбаны колдонула.

- түшүнүктөрдүн сөздүк анализин толтургула.

3. Теманын үстүндө төмөндөгү тапшырмаларды аткаргыла:

- тема боюнча негизги илимий түшүнүктөргө глоссарий түзгүлө;

- план менен ылайыкта тема боюнча кошумча адабияттарды окугула;

- коммуникативдик максатта текстти окугула (маалымат, аңгеме, дискуссия үчүн);

- тема боюнча тапшырмаларды аткаргыла;

- реферат жазгыла;

Адабияттар:

1. Жарова Л.В. *Учить самостоятельности.* - М.: Просвещение, 1993

2. Хакунова Ф.П. *Особенности организации самостоятельной работы обучающихся // Начальная школа.* - 2003. - №1.

3. Ямалтдинова Д.Т. *Организация самостоятельной деятельности учащихся // Начальная школа.* - 2008. - №2.

4. Тупичкина Е.А., Крючкова И.В. *виды самостоятельных работ в условиях развивающего обучения // Начальная школа.* - 1996. - №5.

5. *Что такое учебная самостоятельность и как ее развивать? // Начальная школа.* - 2007. - №22.

6. Шепелева В.И. *Принципы организации внеклассной работы. // Иностранные языки в школе.* - 1975. - №5.